

Sexo, direitos humanos e AIDS: uma análise das novas tecnologias de prevenção do HIV no contexto brasileiro

Sex, human rights and AIDS: an analysis of new technologies for HIV prevention in the Brazilian context

Dulce Ferraz^{I,II}, Vera Paiva^{II,III}

RESUMO: Globalmente, o campo da prevenção do HIV está desafiado a mudar, especialmente depois que ensaios clínicos mostraram o efeito protetor de tecnologias como a circuncisão, a profilaxia pré-exposição e a supressão da carga viral pelo tratamento com antirretrovirais. Diante de demandas pela implantação destas tecnologias em escala populacional, o temor de estimular processos de compensação de risco e de aumentar práticas sexuais mais arriscadas, entre outras questões, retardam a sua integração nos programas de prevenção. Seguindo uma revisão narrativa de artigos científicos sobre o tema recuperados na base PubMed, oferecemos uma reflexão crítica sobre o tema adotando a vertente construcionista da psicologia social integrada à análise da epidemia no quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos. O uso de tecnologias biomédicas para a prevenção não induz grande parte dos usuários ao aumento de práticas mais arriscadas, havendo variações relativas a cada método, segundo observa-se na literatura. Abordagens das ciências sociais e humanas alternativas às sócio-cognitivistas, como as de base construtivista, indicam interpretações mais abrangentes, que preservam a noção de sujeitos da prevenção e de direitos. Apontamos ações prioritárias no processo de implantação: desenvolvimento de programas abrangentes, realização de estudos de acompanhamento e diálogo sobre sexualidade e informações técnicas. Enfatizamos a necessidade de respostas dialógicas baseadas na perspectiva dos direitos humanos, buscando ressaltar a complementaridade entre tecnologias que atendam às necessidades da população. Concluímos destacando a necessidade de mudanças sócio-políticas que reestabeleçam a participação, o diálogo sobre a sexualidade e a ênfase nos direitos como elementos centrais da política brasileira de aids.

Palavras-chave: HIV. Sexualidade. Direitos humanos. Vulnerabilidade em saúde. Políticas Públicas. Prevenção & Controle.

^IEscola FIOCRUZ de Governo – Diretoria Regional de Brasília da Fundação Oswaldo Cruz – Brasília (DF), Brasil.

^{II}Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS da Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^{III}Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

Autor correspondente: Dulce Ferraz. Diretoria Regional de Brasília da Fundação Oswaldo Cruz. Escola FIOCRUZ de Governo. Avenida L3 Norte, s/n, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A, SC, 4, CEP 70910-900. Brasília, DF, Brasil. E-mail: dulceferraz@fiocruz.br

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

ABSTRACT: Worldwide, HIV prevention is challenged to change because clinical trials show the protective effect of technologies such as circumcision, preexposure prophylaxis, and the suppression of viral load through antiretroviral treatment. In the face of demands for their implementation on population levels, the fear of stimulating risk compensation processes and of increasing riskier sexual practices has retarded their integration into prevention programs. In this article, following a narrative review of the literature on risk compensation using the PubMed database, we offer a critical reflection on the theme using a constructionist approach of social psychology integrated to the theoretical framework of vulnerability and human rights. The use of biomedical technologies for prevention does not consistently induce its users to the increase of riskier practices, and variations on the specificity of each method need to be carefully considered. Alternatives to the theories of sociocognitive studies, such as social constructionist approaches developed in the social sciences and humanities fields, indicate more comprehensive interpretations, valuing the notions of agency and rights. The critical analysis suggests priority actions to be taken in the implementation process: development of comprehensive programs, monitoring and fostering dialog on sexuality, and technical information. We highlight the need to implement a human rights-based approach and to prioritize dialog, stressing how complementary these technologies can be to meet different population needs. We conclude by stressing the need to prioritize sociopolitical changes to restore participation, dialog about sexuality, and emphasis on human rights such as core elements of the Brazilian AIDS policy.

Keywords: HIV. Sexuality. Human rights. Health Vulnerability. Public Policy. Prevention & Control.

INTRODUÇÃO

As primeiras estratégias de prevenção do HIV foram resultado da criatividade dos grupos mais afetados, socialmente estigmatizados e discriminados, que renovaram suas práticas frente à urgência de se prevenir¹⁻³. No final dos anos 1980, quando a negação da magnitude da epidemia começou a ser superada¹, o investimento na produção de ciência em diálogo com aquelas experiências aprimorou as estratégias preventivas³ e estabeleceu como prioritárias as intervenções comportamentais e, no final dos anos 1990, as estruturais². O preservativo estabeleceu-se como principal insumo de prevenção por oferecer alto grau de proteção, além de representar uma estratégia de caráter emancipatório, que expressava o reconhecimento das escolhas pessoais no campo da sexualidade como um direito inviolável.

No final dos anos 1990, o AZT e, em seguida, os antirretrovirais de alta potência (TARV) foram incorporados aos programas de AIDS para uso quimioprolático pós-exposição (PEP) para grupos específicos (bebês expostos, profissionais de saúde que sofreram acidentes ocupacionais com materiais perfuro-cortantes e pessoas vítimas de violência sexual). Em alguns países, a PEP logo foi adotada para situações de exposições consensuais, passando a ser chamada de PEP sexual, que só foi oficialmente adotada no Brasil em 2010.

Na segunda metade dos anos 2000, as evidências sobre a eficácia de outras tecnologias de base biomédica para a prevenção do HIV ganharam destaque. Em 2007, três ensaios clínicos em países africanos mostraram que a circuncisão masculina reduzia em até 60% o risco de infecção pelo HIV entre homens que se relacionavam sexualmente com mulheres

em países com epidemias generalizadas e transmissão majoritariamente heterossexual⁴⁻⁶. A Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a recomendar e apoiar a implantação do método em países com características epidemiológicas semelhantes às dos locais estudados⁷, mesmo sem evidências de efeito protetor para as mulheres nem para homens que fazem sexo com homens (HSH).

Em 2008, a Comissão Nacional de AIDS da Suíça, baseada em consenso de especialistas, defendeu que pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) em uso de TARV e sem outras infecções de transmissão sexual não transmitiam o vírus por via sexual⁸. Quatro anos depois, o ensaio clínico HTPN052 confirmou este dado, mostrando que o tratamento das PVHA com ARV pode reduzir em até 96% o risco de transmissão do HIV, efeito que se sustentou mesmo quando o tratamento foi iniciado em fases preliminares da infecção e contribuiu para a redução de morbidades associadas ao HIV⁹. Seus resultados, somados a evidências de estudos anteriores, sustentaram as recomendações da adoção do chamado tratamento para prevenção (TasP, sigla em inglês para *Treatment as Prevention*) pela OMS¹⁰.

Ensaio clínico mostraram que também a profilaxia pré-exposição (PrEP) tem potencial protetor, variável de 44 a 90%, com maior eficácia entre homens gays e casais sorodiscordantes e invariavelmente associado à adesão¹¹⁻¹³. Resultados discrepantes destes foram encontrados em dois estudos que analisavam o efeito protetor do regime de tomada diária de ARV entre mulheres de países africanos, interrompidos por não encontrarem evidências positivas^{14,15}, o que foi atribuído à baixa adesão¹⁶. Entre as mulheres, resultados positivos foram encontrados em ensaio clínico sobre o uso tópico de gel a base de 1% de tenofovir antes e após as relações sexuais¹⁷.

Os resultados desses ensaios clínicos provocaram, simultaneamente, otimismo e dúvidas. O otimismo levou ao anúncio, em 2012, da possibilidade do fim da epidemia na sua quarta década¹⁸. Em tese, o conhecimento acumulado, os compromissos assumidos em nível global, as conquistas no campo dos direitos humanos e as tecnologias hoje existentes poderiam levar à eliminação da transmissão do HIV, se aplicados de forma eficiente¹⁹.

As dúvidas concentram-se nas possibilidades de operacionalizar o uso destas tecnologias em nível populacional e assegurar sua máxima eficiência. Neste sentido, um dos questionamentos frequentes se refere aos possíveis efeitos que a implantação delas pode ter sobre o comportamento sexual. Teme-se, sobretudo, a ocorrência da chamada “compensação de risco”, noção que postula que cada pessoa aceita viver certo nível de risco à saúde, subjetivamente estimado, em troca dos benefícios que determinada prática pode lhe oferecer²⁰ e que, frente à introdução de qualquer nova intervenção, podem, crescentemente, adotar comportamentos não protegidos por se perceberem em menor risco²¹. Considerando a proteção parcial das novas tecnologias de prevenção, reiteradamente se questiona se a oferta delas não levará ao aumento da incidência do HIV, caso as pessoas abandonem ou reduzam o uso da camisinha, passem a ter muitos parceiros sexuais ou adotem quaisquer outros comportamentos entendidos como de maior exposição ao vírus.

Pesquisadores, formuladores de políticas e pessoas afetadas pela AIDS têm sido provocados por questões como: de que maneiras será possível incorporar novas tecnologias aos

programas e serviços, divulgá-las em campanhas, disseminar as informações científicas sobre seus riscos e benefícios? Isso resultaria em atitudes e práticas falsamente protetoras e em compensação de risco? Seria direito das pessoas que não têm encontrado no preservativo uma tecnologia viável ter acesso a outras tecnologias? Seria dever dos programas de prevenção assegurar o acesso a elas? Como isso poderia ser feito no Brasil, onde a emergência deste debate ocorre num cenário de fragilização da perspectiva dos direitos e da participação coletiva nos processos decisórios?

O objetivo deste texto é oferecer uma reflexão crítica sobre as questões em debate e suas especificidades no contexto brasileiro. Em tema tão complexo e amplo na resposta global à AIDS, optamos por focar duas questões que julgamos centrais para a discussão no Brasil: que ações priorizar para assegurar uma implantação efetiva e adequada de novas tecnologias de prevenção, considerando aspectos técnicos, sócio-políticos e culturais? E como reintroduzir as sexualidades do século XXI nos novos discursos sobre prevenção no país e dar conta da temida “compensação de risco”?

Partimos de uma revisão de tipo narrativa²² de artigos científicos que analisaram a ocorrência de mudanças no comportamento sexual de usuários de métodos alternativos ao preservativo e que se basearam no constructo da compensação de risco. Orientamos nossa reflexão crítica sobre a literatura e o momento da resposta programática brasileira pela vertente da abordagem psicossocial construcionista e o quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos (V&DH)^{23,24}.

METODOLOGIA

O levantamento foi realizado na base PubMed, entre setembro e outubro de 2013, utilizando palavras-chaves como termos livres: “*risk compensation*” AND “HIV OR AIDS” foram combinadas em diferentes buscas de acordo com o tipo de tecnologia estudada — “*circumcision*”, “*post-exposure prophylaxis OR PEP*”, “*pre-exposure prophylaxis OR PrEP*”, “*ART OR antiretroviral treatment*” e “*new prevention technologies*”. Em nossa análise, foram incluídos estudos publicados entre 2000 e 2013 que, por meio de técnicas qualitativas ou quantitativas, investigaram o efeito sobre as práticas sexuais de quatro diferentes tecnologias: o tratamento da infecção do HIV com antirretrovirais, as profilaxias pré e pós-exposição e a circuncisão masculina.

A análise guiou-se pelo quadro da V&DH, que valoriza a mediação programática na análise das dinâmicas do processo saúde-doença, focalizando a história social e as respostas institucionais à aids²³. É uma abordagem que se diferencia da perspectiva do modelo conhecido como História Natural da Doença e Níveis de Prevenção (HDN), ainda hegemônico na formação em saúde, e que amplia o modelo conhecido como Nova Promoção da Saúde (NPS)²³. O quadro da V&DH baseia-se no diálogo interdisciplinar para compreender processo saúde-doença, analisando-o em três planos inextricavelmente ligados: o programático, o social e o individual. Para tanto, busca a transdisciplinaridade, considerando, centralmente,

as contribuições da epidemiologia e das ciências sociais e humanas para interpretação de seus achados.

Articulada a este quadro, a abordagem psicossocial prioriza a compreensão da “intersubjetividade em cena” e sua implicação nos cenários socioculturais. Valoriza a dimensão das pessoas como agentes, sujeito de discursos e de direitos, contrastando com a noção de indivíduo biológico-comportamental da psicologia da saúde²⁵ que permaneceu central nos modelos HDN e NPS e que prevalece no campo sócio-cognitivista que produziu o conceito de compensação de risco. A compreensão da intersubjetividade viva, ou seja, a interação com “a pessoa em contexto e o contexto na pessoa”^{23,24} é o que guia a ação de prevenção, inspirando desde o planejamento das ações, as estratégias de comunicação em campanhas públicas, até os encontros programáticos organizados pelos serviços. Mediados pelos vários saberes desenvolvidos no campo do cuidado, da educação, da psicologia, do aconselhamento e da clínica, esses encontros valorizam as cenas cotidianas e a trajetória de cada pessoa, tomada como sujeito de direitos e das ações preventivas e não como *estereo-typos* extraídos dos estudos populacionais.

RESULTADOS

Há um acúmulo importante de estudos sobre o fenômeno da compensação de risco entre usuários de tecnologias alternativas ao preservativo. Os primeiros a explorar o tema foram realizados no início dos anos 2000, quando os antirretrovirais passaram a ser usados para tratamento da infecção e se especulava sobre os efeitos da percepção da AIDS como doença tratável. Pesquisas realizadas com a comunidade gay dos Estados Unidos e da Austrália mostraram que aqueles que acreditavam no potencial de redução de transmissibilidade da TARV, assim como os mais otimistas em relação aos benefícios do tratamento, de fato, tendiam a estar menos preocupados com a exposição e, conseqüentemente, a adotar práticas sexuais menos seguras^{26,27}. Contudo, notou-se que o crescimento dessas práticas não resultou diretamente no aumento da incidência do HIV neste grupo, fato que recebeu diversas explicações. A principal delas propunha que a TARV efetivamente reduzia a infectividade e a transmissibilidade do HIV, resultando numa proteção populacional nos países onde havia amplo acesso ao tratamento²⁸.

Logo após, estudos passaram a explorar o tema no contexto de uso da PEP sexual, após sua implantação em serviços. Análise qualitativa realizada na Austrália com 88 homens que fazem sexo com homens (HSH)²⁹ indicou que os usuários desta tecnologia são altamente motivados a se prevenirem do HIV e que fizeram uso deste método em situações excepcionais às suas práticas habituais. A experiência de uso mostrou-se motivadora para a manutenção de práticas de sexo seguro, tanto pela compreensão de que a PEP era uma tecnologia complementar ao uso do preservativo quanto pela própria experiência de manejo dos ARV e de seus efeitos. De modo similar, estudo norte-americano com 397 pessoas (maioria HSH) que utilizaram o método e foram submetidas a sessões de aconselhamento para redução de

risco mostrou que a maioria dos participantes teve redução significativa das práticas consideradas de alto risco e a busca repetida pelo método foi baixa (17%)³⁰. Os maiores desafios apontados para a ampliação do acesso e da efetividade da PEP atualmente são o conhecimento sobre a existência do método³¹ e a adesão, com registros de altas taxas de abandono do tratamento³², inclusive nos casos de exposição ocorrida por violência sexual³³.

Em relação à PrEP, um ensaio clínico nos Estados Unidos com 400 HSH que comparou o efeito do uso do método em dois grupos (um que iniciou a tomada no começo estudo e outra que a iniciou 9 meses depois) não encontrou evidências de aumento de práticas sexuais mais arriscadas em nenhum dos grupos, em 24 meses; ao contrário, observou redução da frequência de sexo anal desprotegido em ambos. Quando as práticas foram analisadas de acordo com a sorologia dos parceiros, constatou-se redução de episódios de sexo anal desprotegido com aqueles de status desconhecido ou positivo e aumento dessa prática com parceiros soronegativos³⁴. Uma análise longitudinal realizada com casais sorodiscordantes heterossexuais que participaram do *Partners PrEP* (estudo que testou a eficácia da tecnologia com casais heterossexuais sorodiscordantes) comparou o uso de camisinha antes e depois da divulgação da eficácia da PrEP entre as pessoas do grupo de intervenção. Não foram encontradas mudanças nas práticas entre os parceiros sorodiscordantes que haviam sido originalmente captados para o estudo, porém houve aumento no número de relações sexuais sem preservativo com novos parceiros estabelecidos após o estudo, o que pode ser atribuído ao fato de, frequentemente, essas relações ocorrerem com pessoas de status sorológico desconhecido³⁵. Uma modelagem matemática que analisou o impacto potencial da PrEP entre HSH e mulheres transgêneros concluiu que o aumento de práticas de risco poderia aumentar a incidência do HIV somente se viesse a ocorrer entre os usuários de PrEP com menor adesão ao método e que, portanto, o investimento no componente educativo dos serviços é complemento indispensável e custo-efetivo à oferta dos medicamentos³⁶.

Entre homens que realizaram circuncisão, os resultados dos estudos são variados. Em países onde a tecnologia está implantada há evidências de que, embora o conhecimento correto sobre ela seja relativamente alto, até um terço da população acredita em informações incorretas que poderiam levar a comportamentos arriscados, como que a circuncisão oferece proteção total (9 a 15%) e que homens soropositivos circuncidados não transmitem o HIV (14 a 26%)³⁷. Uma coorte em Uganda identificou mudanças de comportamento semelhantes entre homens que, ao longo do estudo, optaram pela circuncisão e aqueles que optaram por não realizá-la, não havendo, portanto, associação entre a opção por cirurgia e a maior exposição a práticas arriscadas³⁸. Resultados similares foram encontrados num estudo no mesmo país que coletou informações de homens participantes de um ensaio clínico randomizado após seu encerramento³⁹. Em ambos estudos, os grupos receberam atividades educativas sobre DST/AIDS e aconselhamento pré e pós teste, com informações sobre o efeito parcialmente protetor da circuncisão. Um estudo qualitativo no Quênia com 30 homens circuncidados também identificou que a maior parte deles manteve suas práticas sexuais habituais, embora tenha encontrado relatos de aumento de relações sem preservativos e do número de parceiras, motivados pelo desejo do sexo pele a pele e a percepção de

si como um parceiro mais desejável após a circuncisão⁴⁰. Por ser a circuncisão uma tecnologia que protege apenas os homens heterossexuais, questiona-se se seria ético oferecê-la, especialmente considerando que a proteção parcial dos homens pode dificultar ainda mais a negociação de práticas sexuais seguras para as mulheres em contextos de desigualdades de gênero. Estudos de simulação⁴¹ indicam que quaisquer alterações comportamentais entre homens circuncidados pode aumentar o risco de transmissão para suas parceiras e, a médio prazo, aumentar a incidência também entre os homens da população geral.

DISCUSSÃO

A IDEIA DE COMPENSAÇÃO DE RISCO: MEDO DO SEXO MAL COMPORTADO?

Revisões narrativas têm por finalidade discutir teórica e contextualmente o desenvolvimento de um tema, com base na literatura e na análise crítica de seus achados, configurando uma abordagem qualitativa do conhecimento disponível.

O que a literatura consultada nos informa é que, de maneira geral, o uso de tecnologias biomédicas para a prevenção não parece induzir seus usuários ao aumento de práticas mais arriscadas, mas que o cenário pode variar para cada tipo de método, o que faz com que aplicação de cada um deles requeira atenção a aspectos específicos, mais relevantes do que a preocupação com a temida compensação de risco. No caso da PEP, a preocupação maior está em assegurar o conhecimento amplo para que seu uso seja realizado em tempo hábil e, assim como na PrEP, investir na adesão. Para a PrEP, há ainda que se analisar quais grupos podem se beneficiar mais de seu uso, já que sua eficácia entre mulheres, por exemplo, permanece questionável, embora possa vir a tornar-se apropriada ao cotidiano delas para uso tópico, como estudos promissores tem indicado⁴². No caso do tratamento de PVHA, embora o alto grau de proteção oferecido possa fazer crer que os benefícios de sua adoção superem os riscos dos aspectos comportamentais levarem ao aumento da incidência, novamente a adesão mostra-se como o desafio central, pois dela depende o atingimento e a sustentação da supressão viral. Em relação à circuncisão, a preocupação persiste não pelas mudanças comportamentais serem frequentes, mas em razão de que, mesmo ocorrendo em baixa proporção, podem ser suficientes para aumentar a incidência do HIV, já que a proteção é para apenas um grupo e relativamente baixa. Estudiosas da epidemia na perspectiva de gênero argumentam que não podem ser desprezados os indícios de que a circuncisão pode aumentar o risco para as mulheres, sobretudo pela dificuldade dos homens se manterem abstinentes durante o período de cicatrização, e defendem a ampliação de investimentos em métodos que protejam a todos⁴³. Defensores do método alegam que nas situações de epidemia generalizada e com transmissão majoritariamente heterossexual o efeito protetor nos homens se estenderia para o conjunto da população a médio ou longo prazo⁴⁴.

A literatura aponta também limitações importantes no conhecimento disponível acerca dos efeitos das novas tecnologias sobre as práticas sexuais. O primeiro é o fato de que para

algumas tecnologias as informações existentes limitam-se à experiência de grupos específicos, como é o caso da PEP, investigada quase exclusivamente entre HSH. Além disso, a grande parte das análises foi realizada em estudos controlados, o que torna limitada a extrapolação de seus dados para a “vida real” e o cotidiano dos serviços de saúde, por uma série de razões²⁰: as intervenções realizadas neste tipo de estudo não são reproduzíveis em larga escala; a probabilidade de se encontrarem diferenças significativas entre os grupos de intervenção e controle é pequena, já que, por razões éticas, ambos recebem intervenções padronizadas idênticas, situação que não se repetirá na implantação; e a confiança dos usuários em tecnologias em estudo tende a ser menor do que quando elas são efetivamente oferecidas nos serviços de saúde. Soluções metodológicas para esses limites incluem²⁰: identificar desenhos inovadores para ensaios clínicos, como a chamada *nested-trial strategy*, que propõe alocação dos sujeitos nos braços do estudo na proporção 2:1, a fim de interferir na percepção deles acerca da probabilidade de estarem efetivamente usando a droga em estudo; incluir nos ensaios clínicos fase II e III questões adicionais para identificar participantes que acreditam estar recebendo a intervenção eficaz e comparar seu comportamento com o daqueles que acreditam estar recebendo placebo; realizar estudos qualitativos e com metodologias mistas para aprofundar o conhecimento sobre a percepção de risco e os comportamentos sexuais; e investir em estudos de acompanhamento de implantação das tecnologias, incluindo a análise da dimensão programática da oferta dos métodos.

Do ponto de vista teórico, a principal limitação se refere ao conceito de compensação de risco, originário das teorias sócio-cognitivistas, conceber o indivíduo biológico-comportamental como o único responsável e “alvo” preferencial das ações de prevenção e tomar o contexto social como “meio ambiente”, reduzindo-o à dimensão em que a pessoa pode lidar com ele. Esta abordagem tem implicações práticas, pois, ao abstrair artificialmente a complexidade dos modos como a sexualidade é vivenciada e desconsiderar os aspectos estruturais, contextuais e intersubjetivos que afetam os recursos de proteção que cada pessoa pode acessar e usar a cada encontro sexual intersubjetivo, resulta em estratégias de prevenção insuficientes, sobretudo para responder aos contextos de maior vulnerabilidade social e programática ao HIV, em que, por exemplo, o racismo, o machismo, a homofobia e a violação de direitos são constantes.

Como alternativa, abordagens das ciências sociais têm produzido informações importantes ao analisar as práticas sexuais como práticas sociais. Ao analisarem, por exemplo, a redução do uso do preservativo na comunidade *gay* depois da introdução da TARV, essas abordagens ampliaram as clássicas investigações de uso/não uso por tipos parceiros e passaram a investigar como e com base em que critérios se dava a decisão de usar a camisinha^{3,45}. Identificaram um conjunto de, pelo menos, quatro tipos de práticas que viriam a ser classificadas como soroadaptativas:

1. *serosorting*: escolha de parceiros sexuais do mesmo status sorológico;
2. *seropositioning*: escolha de posições para o sexo anal entre parceiros sorodiscordantes;
3. *segurança negociada*: acordo de não uso do preservativo com o parceiro estável soros concordante e de uso com parceiros casuais; e
4. *coito interrompido*: retirada do pênis do ânus antes da ejaculação.

A identificação da dinâmica cotidiana dessas práticas mostrou que a redução do uso do preservativo não poderia ser interpretada, invariavelmente, como compensação de risco. O que ela revelou, na realidade, foi a ocorrência de uma reinterpretação da cultura do “sexo seguro” produzida por e nas comunidades *gays* nos anos 1980 em busca de estratégias de prevenção mais factíveis de serem adotadas entre pessoas dessas comunidades, que já lidavam há mais de vinte anos com a epidemia. O que a decisão sobre o uso a partir de um processo de hierarquização de riscos baseado em marcadores biológicos de *status* sorológico e de carga viral dos parceiros indica é a atividade de sujeitos produtores de discursos e práticas de prevenção, em um processo de aculturação dos conhecimentos produzidos pela biociência⁴⁶ que, como afirma a tradição da abordagem construcionista da sexualidade e baseada nos direitos humanos⁴⁷⁻⁴⁹, é sempre esperado. Cada pessoa ressignifica a cada encontro os discursos sobre prevenção a que tem acesso, de acordo com sua experiência, seu contexto particular de vida e seus projetos de felicidade. O que opera na vida cotidiana, portanto, não é meramente um processo compensatório, mas uma ação, mais ou menos informada, de pessoas que atuam como sujeitos dos discursos que conhecem e que colocam em prática os recursos a que têm acesso.

Porque as pessoas são cotidianamente sujeitas de suas práticas sexuais e porque condutas são produzidas ou apoiadas socialmente foi que, mesmo antes de outras tecnologias preventivas existirem, parte importante da população brasileira já não adotava o preservativo. Pela mesma razão, as taxas de uso sempre variaram de acordo com o sexo, idade, tipo de parceria e situação conjugal, refletindo as desigualdades de poder existentes na sociedade que se atualizam na dinâmica intersubjetiva de cada cena sexual. Como já foi relatado⁴⁸ em testemunhos de PVHA, quando elas estavam “pegando AIDS” não estavam “pegando AIDS”, nem “se expondo ao vírus”, ou “praticando comportamentos de risco”: estavam amando; se entregando a uma paixão; sem dinheiro ou lugar para incluir a camisinha; cheio de dinheiro, mas com a cabeça “zoadá”; trabalhando; sendo abusada; fazendo sexo com o marido por obrigação; ou seja, estavam vivendo suas vidas de jeito semelhante a vários outros e outras.

Diante de todas essas reflexões, a oferta de métodos reconhecidamente eficazes, seguros e adequados à realidade epidemiológica brasileira parece-nos uma ação programática indispensável para assegurar o direito das pessoas se prevenirem do HIV quando, por razões várias, o preservativo não for para elas a alternativa mais viável. Ainda mais se considerarmos as análises epidemiológicas que indicam que a AIDS cresce no Brasil, sobretudo pela via de transmissão sexual e entre grupos estigmatizados. Em 2011, foi registrado o maior número de novos casos desde o início dos anos 2000⁵⁰ e estudos mostraram que a prevalência do HIV entre *gays* de 35 a 49 anos atinge assustadores 27,7% em regiões específicas do país⁵¹ e 14,2% em nível nacional⁵², e que chega a 5% entre prostitutas⁵³ e 6% entre usuários de drogas⁵⁴.

Isto posto, cabe-nos retomar nossas questões centrais: com que ações assegurar uma implantação efetiva e adequada de novas tecnologias de prevenção no país, considerando aspectos técnicos, sócio-políticos e culturais? E de que maneiras reintroduzir as sexualidades do século XXI no discurso sobre prevenção?

No que tange à implantação, a literatura consultada e o conhecimento acumulado pela resposta brasileira nos permitem elencar algumas ações centrais:

- investir em programas abrangentes, que integrem intervenções estruturais, comportamentais, educativas e biomédicas;
- construir protocolos que orientem a abordagem de temas centrais, como adesão, grau de proteção e combinação de métodos, com base na literatura e no consenso entre especialistas, incluídos aí os representantes dos grupos mais afetados;
- produzir ações de comunicação, educação e atenção psicossocial que orientem os usuários neste novo cenário da epidemia e disseminem informações técnicas prioritárias, como o grau de proteção oferecido por cada tecnologia, a importância da adesão como fator determinante do grau de proteção e a importância da realização do acompanhamento laboratorial;
- assegurar apoio laboratorial e retaguarda assistencial para acompanhamento clínico dos usuários das novas tecnologias;
- aprimorar as tecnologias de cuidado para que aproximem as ações de saúde do universo intersubjetivo e sociocultural das pessoas, ampliando a possibilidade de construção compartilhada de modos de cuidado factíveis e seguros e promovendo a adesão, com base nas cenas cotidianas de uso dos métodos⁵⁵; e
- realizar estudos de acompanhamento da implantação.

Mas, para além de investir nas ações técnicas e até para ser capaz de realizá-las, o avanço depende de mudanças sócio-políticas na condução da resposta à AIDS. A resposta à epidemia nos anos 1990 ensinou sobre a importância de aliar à distribuição de insumos a conversa franca sobre a sexualidade, em oficinas comunitárias junto a grupos mais afetados ou nos programas de prevenção nas escolas, implicados no combate à discriminação e na defesa dos direitos das pessoas mais afetadas pela epidemia⁵⁶. Contudo, depois de duas décadas de investimento público numa política de prevenção baseada na participação social, na perspectiva dos direitos humanos e na coragem de inovar, desde o final da primeira década dos anos 2000 o Brasil viveu momentos de retrocessos⁵⁷. A crise entre governo e sociedade civil organizada desmantelou os espaços de participação e os recuos nas políticas sobre sexualidade e os estigmas associados a ela indicaram uma possível substituição da perspectiva dos direitos por uma abordagem tecnicista da saúde.

Neste cenário, o debate público sobre as inovações no campo da prevenção tem sido marcado por tensionamentos. Se inicialmente o governo brasileiro adiou o debate enquanto o movimento social demandava a revisão dos programas de prevenção e estudos indicavam a necessidade de fazê-lo, mais recentemente, o anúncio oficial da incorporação de um conjunto de novas tecnologias passou a ser questionado por grupos diretamente afetados por essa decisão, que não participaram suficientemente do processo decisório⁵⁸.

Ao mesmo tempo, cresceram no país as tentativas de dessexualização da epidemia, ou seja, de desconsiderar a sexualidade como experiência corporal e a sanitizar o sexo. Este movimento (que ocorre internacionalmente desde 2004⁵⁹, influenciado, inclusive, pela ênfase na importância dos aspectos macrosociais e estruturais⁴⁹) aqui se radicalizou quando cresceu a politização do sexo

como tema em campanhas eleitorais e, na contramão de todas as evidências científicas, o marketing político prevaleceu sobre os princípios das políticas públicas exitosas de AIDS, buscando extrair a corporalidade do sexo nas ações de saúde sexual e reprodutiva. São emblemáticos deste movimento que o programa federal de atenção obstétrica tenha sido denominado de “rede cegonha”, assim como que ações de combate à estigmatização e a discriminação de prostitutas e homossexuais tenham sido censuradas por parte de Ministros e Secretários de saúde. Esse modo de gestão da política governamental contribui para reforçar e legitimar ideias equivocadas (como “o problema da AIDS está resolvido” ou “vive-se bem com AIDS, a doença está controlada”) recorrentes entre aqueles responsáveis pela execução das ações de prevenção, como gestores escolares e pais de alunos⁶⁰. Acomodam a dificuldade de falar sobre sexualidade ou prevenção e, ao fazê-lo, tornam estéreis quaisquer discussões sobre a implantação de métodos preventivos, já que o uso eficaz de todos eles é dependente da possibilidade de diálogo sobre sexo e prevenção entre parceiros sexuais.

No processo de implantação de novas tecnologias, é urgente reestabelecer os princípios que regeram a resposta à AIDS no Brasil e que o consenso internacional demonstrou serem centrais para o sucesso dos programas de prevenção: a participação e a ênfase nos direitos humanos. Neste sentido, dois movimentos são fundamentais: fortalecer os canais de participação como condição primordial para que as estratégias de implantação sejam legitimadas socialmente e responsivas às necessidades da população; e recuperar o diálogo sobre sexualidade, não apenas com informações técnicas, mas também promovendo o respeito à diversidade e enfrentando a estigmatização que contribui para a maior vulnerabilidade dos grupos mais afetados.

Para avançar no enfrentamento da epidemia de AIDS, não há resposta estritamente técnica, como a defendida pelo Ministério da Saúde em ocasiões recentes⁶¹. Enquanto o vírus estiver circulando, enquanto a AIDS for epidêmica, precisaremos enfrentar o desafio da educação e do aconselhamento sobre a sexualidade, respeitando os termos e valores das pessoas, sua identidade sexual e seus desejos, que é o modo mais produtivo de educar sobre todos os métodos preventivos (inclusive sobre as nova tecnologias). Métodos preventivos são utilizados porque as pessoas se expõem ao vírus em suas cenas e práticas sexuais; e é somente no contexto do diálogo sobre essas vivências que a reflexão sobre o uso de PrEP, PEP, TasP ou preservativos pode adquirir sentido.

Com todo conhecimento acumulado em três décadas de epidemia (que demonstrou que quanto maior a violação de direitos, maior a probabilidade de exposição, adoecimento e mortes por AIDS) seria imprudência sustentar a dessexualização da prevenção, negligenciar o direito à proteção contra a discriminação e comprometer a sustentabilidade do investimento de duas décadas em educação sexual.

CONCLUSÃO

DIALOGAR PARA AVANÇAR

Oscilando entre o otimismo e dúvidas, o campo da prevenção do HIV vive um momento de reformulação. Mesmo com o amplo conjunto de informações produzidas acerca das

novas tecnologias, persistem lacunas sobre os efeitos sociais e culturais que sua implantação em larga escala poderá provocar.

Momentos como este são recorrentes na saúde pública e demandam sofisticada análise dos riscos e benefícios de cada decisão. Recorrer às evidências científicas e analisá-las criticamente com base em referenciais teóricos, éticos e políticos são estratégias indispensáveis para avançar. Foram essas estratégias, articuladas à ousadia de enfrentar o debate público sobre sexualidade e drogas e à ação colaborativa com a sociedade civil, que fundamentaram a adoção de políticas públicas essenciais para o êxito do controle da AIDS no Brasil, como a redução de danos e a disponibilização de preservativos.

Nesta direção, este artigo recorreu à análise crítica da literatura orientada pelos quadros teóricos da V&A e da psicologia construcionista, permitindo-nos concluir que o temor da compensação de risco não justifica paralisar a ação programática, por três razões principais. Primeiramente, porque os dados disponíveis não confirmam ser este um fenômeno que ocorra com frequência, especialmente para as tecnologias que o país já adotou (caso da PEP) ou estuda adotar (caso da PrEP). Em segundo lugar, porque, como a abordagem construcionista e no quadro da V&DH tem validado em diferentes segmentos populacionais, a vivência da sexualidade não se limita a processos cognitivos e compensatórios. Já superamos, com teoria e boas práticas, as noções de “desejo incontrolável” dos homens e “febre hormonal dos jovens”, e já sabemos que fornecer informações e treinar habilidades sexo protegido não garante a adoção da prevenção (nem estimula a sexualidade, temor dos mais conservadores). Qualquer pessoa, mesmo em condições sociais produtoras do mais alto grau de vulnerabilidade, será sempre, em alguma medida, sujeito de sua sexualidade, manejará e reinventará/adaptará os discursos preventivos, se tiver acesso a eles e aos insumos para realizá-los. Não cabe, portanto, buscar estratégias para controlar a experiência sexual. Finalmente, porque havendo diversos métodos possíveis convivendo com indícios de crescimento da epidemia não se pode justificar, do ponto de vista dos direitos sexuais e à saúde, que apenas um insumo de prevenção esteja disponível. O preservativo e todas as demais tecnologias podem ser mais ou menos adequados às necessidades de cada pessoa ou comunidade, de modos que variarão em função de questões singulares e contextuais, devendo ser pensados de forma complementar e não concorrente.

Aproximar os conhecimentos científicos da vida cotidiana para produzir práticas preventivas factíveis de serem adotadas pelas pessoas depende do diálogo e, neste sentido, a ação dos serviços e programas será central para assegurar o direito à informação correta, além de favorecer o acesso aos diferentes insumos e à atenção de qualidade, sem perder de vista seu papel na transformação do contexto social em que as práticas sexuais se inserem. Simultaneamente, análises epidemiológicas apuradas e pesquisas operacionais rigorosas deverão ser realizadas para guiar a tomada de decisão e monitorar os efeitos da introdução das tecnologias⁶².

Em que pesem os desafios, a experiência brasileira certamente assegura ao país condições para, uma vez mais, inovar. A relação estreita com os segmentos mais afetados, que sempre foi fundamental para a responsividade e a legitimidade dos programas de AIDS em todo mundo, será indispensável neste processo. Os impasses sócio-políticos produzidos pela defesa de um tecnicismo que despreza o debate sobre direitos, a sexualidade e a participação como a espinha dorsal dos programas de AIDS no Brasil devem ser superados.

REFERÊNCIAS

- Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. *A AIDS no Mundo*. Rio de Janeiro: ABLA-Relume Dumará; 1993
- Parker R. Grassroots activism, civil society mobilization, and the politics of the global AIDS epidemic. *Brown Journal of World Affairs* 2011; XVII(2): 21-37.
- Kippax S, Race K. Sustaining safe practice: twenty years on. *Soc Sci Med* 2003; 57: 1-12.
- Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, Makumbi F, Watya S, Nalugoda F, et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *Lancet* 2007; 369(9562): 657-66.
- Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, Sobngwi-Tambekou J, Sitta R, et al. Randomized, Controlled Intervention Trial of Male Circumcision for Reduction of HIV Infection Risk: The ANRS 1265 Trial. *PLoS Med* 2005; 2(11): e298.
- Bailey RC, Moses S, Parker CB, Agot K, Maclean I, Krieger JN, et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 369: 643-56.
- World Health Organization (WHO). *Guideline on the use of devices for adult male circumcision for HIV prevention*. Geneva; 2013.
- Vernazza P, Hirschel B, Bernasconi E, Flepp M. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. *Bulletin des médecins suisses* 2008; 89(5): 165-9.
- Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. *N Engl J Med* 2011; 365: 493-505.
- World Health Organization (WHO). *Programmatic Update: Antiretroviral Treatment as Prevention (TasP) of HIV and TB*. Geneva; 2012.
- Grant R, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al. Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. *N Engl J Med* 2010; 363(27): 2587-99.
- Baeten JM, Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, Wangisi J, et al. Antiretroviral Prophylaxis for HIV Prevention in Heterosexual Men and Women. *N Engl J Med* 2012; 367(5): 399-410.
- Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paxton LA, Smith DK, Rose CE, Segolodi TM, et al. Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. *N Engl J Med* 2012; 367(5): 423-34.
- Van Damme L, Corneli A, Ahmed K, Agot K, Lombaard J, Kapiga S, et al. Preexposure prophylaxis for HIV infection among African women. *N Engl J Med* 2012; 367(5): 411-22.
- Microbicide Trials Network. *Understanding the results of VOICE*. Fact Sheet – results. Disponível em <http://www.mtnstopshiv.org/node/2003>. (Acessado em 24 de novembro de 2013).
- IAVI Report. Vol. 15, No. 5; New York: 2011.
- Abdool Karim Q, Abdool Karim SS, Frohlich JA, Grobler AC, Baxter C, Mansoor L, et al. Effectiveness and Safety of Tenofovir Gel, an Antiretroviral Microbicide, for the Prevention of HIV Infection in Women. *Science* 2010; 329(5996): 1168-74.
- The Washington D.C Declaration. *Turning the tide together: a declaration to end the AIDS epidemic*. Disponível em http://scdev.co.za/Sabcoha/images/stories/doc/2012/Washington_Declaration_July2012.pdf (Acessado em 06 de dezembro de 2013).
- Manifesto AIDS no Brasil hoje: o que nos tira o sono? Disponível em: <http://oquenostiraosono.tumblr.com/manifesto> (Acesso em 06 de dezembro de 2013).
- Underhill K. Study designs for identifying risk compensation behavior among users of biomedical HIV prevention technologies: balancing methodological rigor and research ethics. *Soc Sci Med* 2013; 94: 115-23.
- Macphail CL, Sayles JN, Cunningham W, Newman PA. Perceptions of sexual risk compensation following posttrial HIV vaccine uptake among young South Africans. *Qual Health Res* 2012; 22(5): 668-78.
- Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem* 2007; 20(2): v-vi.
- Ayres JRCM, 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 JRCM, Buchalla CM. *Vulnerabilidade e Direitos Humanos – Prevenção e Promoção da Saúde*. Livro I: da doença à cidadania. Curitiba: Editora Juruá; 2012. p. 71-94.
- Paiva V. Cenas da vida cotidiana: metodologia para compreender e reduzir a vulnerabilidade na perspectiva dos direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla CM. *Vulnerabilidade e Direitos Humanos – Prevenção e Promoção da Saúde*. Livro I: da doença à cidadania. Curitiba: Editora Juruá; 2012. p. 165-208.
- Paiva V. Psicologia na saúde: sociopsicológica ou psicossocial? Inovações do campo no contexto da resposta brasileira à AIDS. *Temas psicol.* [online] 2013; 21(3): 531-49.
- Crepaz N, Hart TA, Marks G. Highly active antiretroviral therapy and sexual risk behavior: A meta-analytic review. *JAMA* 2004; 292(2): 224-36.

27. Van de Ven P, Prestage G, Crawford D, Grulich A, Kippax S. Sexual risk behavior increases and is associated with HIV optimism among HIV-negative and HIV-positive gay men in Sydney over the 4 year period to February 2000. *AIDS* 2000; 14(18): 2951-3.
28. MacConnell JJ, Bragg L, Shiboski S, Grant RM. Sexual seroadaptation: lessons for prevention and sex research from a cohort of HIV-positive men who have sex with men. *PLoS One* 2010; 5(1): e8831.
29. Körner H, Hendry O, Kippax S. Safe sex after post-exposure prophylaxis for HIV: intentions, challenges and ambivalences in narratives of gay men. *AIDS Care* 2006; 18(8): 879-87.
30. Martin J, Roland M, Neilands T, Krone M, Bamberger J, Kohn R, et al. Use of postexposure prophylaxis against HIV infection following sexual exposure does not lead to increases in high-risk behavior. *AIDS* 2004; 18(5): 787-92.
31. Cohen SE, Liu AY, Bernstein K, Phillip S. Preparing for pre-exposure prophylaxis: lessons learned from post-xposure prophylaxis. *Am J Prev Med* 2013; 44(1 Suppl 2): S80-5.
32. Tissot F, Erard V, Dang T, Cavassini M. Nonoccupational post-exposure prophylaxis: a 10-year retrospective analysis. *HIV Med* 2010, 11(9): 584-92.
33. Chacko L, Ford N, Sbaiti M, Siddiqui R. Adherence to HIV post-exposure prophylaxis in victims of sexual assault: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Infect* 2012; 88: 335-41.
34. Liu AY, Vittinghoff E, Chillag K, Mayer K, Thompson M, Grohskopf L, et al. Sexual risk behavior among HIV-uninfected men who have sex with men participating in a tenofovir preexposure prophylaxis randomized trial in the United States. *J Acquir Immune Defc Syndr* 2013; 64(1): 87-94.
35. Mugwanya KK, Donnell D, Celum C, Thomas KK, Ndase P, Mugo N, et al. Sexual Behavior of Heterosexual Men and Women Receiving Antiretroviral Pre-Exposure Prophylaxis for HIV Prevention: A Longitudinal Analysis. *Lancet Infect Dis* 2013; 13(12): 1021-8.
36. Gomez G, Borquez A, Caceres CF, Segura ER, Grant RM, Garnett GP, et al. The potential impact of Pre-Exposure Prophylaxis for HIV Prevention among men who have sex with men and transwomen in Lima, Peru: a mathematical modeling study. *PLoS Medicine* 2012; 9(10): e1001323.
37. Andersson N, Cockcroft A. Male circumcision, attitudes to HIV prevention and HIV status: A cross-sectional study in Botswana, Namibia and Swaziland. *AIDS Care* 2012; 24(3): 301-9.
38. King X, Kigozi G, Nalugoda F, Musoke R, Kagaayi J, Latkin C, et al. Assessment of changes in risk behaviors during 3 years of posttrial follow-up of male circumcision trial participants uncircumcised at trial closure in Rakai, Uganda. *Am J Epidemiol* 2012; 176(10): 875-85.
39. Gray R, Kigozi G, Kong X, Ssempiija V, Makumbi F, Watty S, et al. The effectiveness of male circumcision for HIV prevention and effects on risk behavior in a posttrial follow-up study. *AIDS* 2012; 26(5): 609-15.
40. Reiss T, Achieng M, Otieno S, Ndinya-Achola JO, Bailey RC. "When I was circumcised I was taught certain things:" risk compensation and protective sexual behavior among circumcised men in Kisumu, Kenya. *PLoS One* 2010; 5(8): e12366.
41. Hallet TB, Singh K, Smith JA, Richard G, White RG, Abu-Raddad, et al. Understanding the impact of male circumcision interventions on the spread of HIV in Southern Africa. *PLoS One* 2008; 3(5): e2212.
42. Mansoor LE, Abdool Karim Q, Yende-Zuma N, MacQueen KM, Baxter C, Madlala BT, et al. Adherence in the CAPRISA 004 tenofovir gel microbicide trial. *AIDS Behav* 2014; 18(5): 811-9.
43. Berer M. Male circumcision and risk of HIV in women. *Lancet* 2009; 374(9700): 1497-8.
44. Baeten JM, Celum C, Coates, T J. Male Circumcision and risk of HIV in women – author's reply. *Lancet* 2009; 374(9685): 182-4.
45. Mao L, Crawford JM, Hoppers HJ, Prestage GP, Grulich AE, Kaldor JM, et al. "Serosorting" in casual anal sex of HIV-negative gay men is noteworthy and is increasing in Sidney, Australia. *AIDS* 2006; 20(8):1204-6.
46. McConnel JJ, Bragg L, Shiboski S, Grant R. Sexual seroadaptation: lessons for prevention and sex research from a cohort of HIV-positive men who have sex with men. *PLoS One* 2010; 5(1): e8831.
47. Gruskin S, Tarantola D. Um panorama sobre saúde e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla CM. *Vulnerabilidade e Direitos Humanos – Prevenção e Promoção da Saúde*. Livro I: da doença à cidadania. Curitiba: Editora Juruá, 2012, p. 23-42.
48. Paiva V. A psicologia redescobrirá a sexualidade? *Psicol Estud* 2008; 13(4): 641-51.
49. Parker R. Unintended consequences: evaluating the impact of HIV and AIDS on sexuality. *Cad Saude Publica* 2009; 25(Suppl 2): S251-8.
50. Grangeiro A, Castanheira ER, Nemes MIB. A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(52): 5-8.
51. Veras MASM, Calazans GJ, Ribeiro MCSA, Oliveira CA, Giovanetti MR, Facchini R, et al. High HIV Prevalence among Men who have Sex with Men in a Time-Location Sampling Survey, São Paulo, Brazil. *AIDS Behav* 2014. [Epub ahead of print].

52. Kerr LRFS, Mota RS, Kendall C, Pinho AA, Mello MB, Guimarães MDC, et al. HIV among MSM in a large middle-income country. *AIDS* 2013; 27(3): 427-35.
53. Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Damacena GN, Barbosa Junior A, Kendall C. Analysis of data collected by RDS among sex workers in 10 Brazilian cities, 2009: estimation of the prevalence of HIV, variance, and design effect. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2011; 57(Suppl 3): S129-35.
54. Brasil. Ministério da Saúde. *AIDS no Brasil*. Brasília: 2012. Disponível em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/36364/aids_no_brasil_2012_17137.pdf (Acessado em 26 de janeiro de 2014).
55. Bellenzani R, Nemes MIB, Paiva, V. Comunicação profissional-paciente e cuidado: avaliação de uma intervenção para adesão ao tratamento de HIV/AIDS. *Interface (Botucatu)* 2013; 17(47): 803-34.
56. Berkman A, Garcia J, Muñoz-Laboy M, Paiva V, Parker R. A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. *Am J Public Health* 2005; 95(7): 1162-72.
57. Malta M, Beyrer C. The HIV epidemic and human rights violations in Brazil. *J Int AIDS Soc* 2013, 16: 18817.
58. ANAIDS - Articulação Nacional de Luta Contra AIDS. Carta aberta à população. Brasília, 16 de julho de 2014. Disponível em http://www.forumaidssp.org.br/home/noticias/noticia_detalhe/612 (Acessado em dia de mês de ano). (Acessado em 26 de julho de 2014).
59. Boyce P, Huang Soo Lee M, Jenkkins C, Mohamed S, Overs C, Paiva, V, et al. Putting sexuality (back) into HIV/AIDS: issues, theory and practice. *Glob Pub Helath* 2007; 2(1): 1-34.
60. Paiva V. Dispensação de preservativos na escola: Experiências de um projeto. In: IX Congresso da SBDST e V Congresso Brasileiro de AIDS, Salvador, 2013.
61. Ministro diz que mensagem 'Sou feliz sendo prostituta' será suspensa. Disponível em <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2013/06/ministro-diz-que-mensagem-sou-feliz-sendo-prostituta-sera-suspensa.html> (Acessado em 14 de fevereiro de 2014).
62. Chang LW, Serwadda D, Quinn TV, Wawer MJ, Gray RH, Reynolds SJ. Combination implementation for HIV-prevention: moving from clinical trial evidence to population-level effects. *Lancet Infect Dis* 2013; 13: 65-76.

Recebido em: 31/01/2014

Versão final apresentada em: 12/10/2014

Aceito em: 22/01/2015