

## Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem

Challenges facing HIV treatment as prevention in Brazil: an analysis drawing on literature on testing

Simone Souza Monteiro (<https://orcid.org/0000-0003-2009-1790>)<sup>1</sup>

Mauro Brigeiro (<https://orcid.org/0000-0002-0791-1670>)<sup>1</sup>

Wilza Vieira Vilella (<https://orcid.org/0000-0002-6246-2716>)<sup>2</sup>

Claudia Mora (<https://orcid.org/0000-0003-4854-3429>)<sup>3</sup>

Richard Parker (<https://orcid.org/0000-0003-3796-0198>)<sup>4</sup>

**Abstract** According to current global AIDS guidelines, HIV testing is key to the success of the ‘treatment as prevention’ (TasP) strategy and the control of AIDS. In view of Brazil’s commitment to these guidelines, this article characterizes the principles and justifications underpinning TasP and discusses implementation challenges. The analysis draws on a systematic review of the literature (2005 to 2015) on recruitment and testing strategies for men who have sex with men. This approach was adopted based on the assumption that current knowledge on HIV testing can offer valuable insights into the foundations of global AIDS policies and their uptake in local contexts. Based on the analysis of the 65 articles selected, we suggest that TasP represents a shift in the AIDS prevention paradigm. There is an overlap between prevention and care and the new approach places major emphasis on biomedical and psychological knowledge. The TasP approach fails to address the factors associated with HIV vulnerability and the stigma surrounding AIDS and undermines the participation of activists and PLWHA as autonomous producers of preventive of preventive practices. We argue that, to ensure the effective implementation of TasP in Brazil, it is necessary to discuss issues such as the protection of human rights and the structural problems facing Brazil’s public health system.

**Key words** Systematic review, Testing, HIV/AIDS, Prevention, MSM

**Resumo** Segundo as diretrizes globais atuais, a realização do teste anti-HIV é crucial para o sucesso da estratégia do ‘tratamento como prevenção’ (TcP) e controle da Aids. Dado o compromisso do Brasil com essa política, este artigo objetiva caracterizar os princípios e justificativas do TcP e discutir os desafios da sua implementação. A reflexão é orientada por uma revisão sistemática da literatura internacional de 2005 a 2015 sobre estratégias de captação e oferta do teste do HIV entre homens que fazem sexo com homens (HSHs). Tal escolha parte do pressuposto de que a produção acadêmica é uma fonte relevante para compreender os fundamentos e apropriações das políticas globais de Aids nos contextos locais. Segundo a análise dos 65 artigos selecionados, a TcP opera uma transformação no paradigma preventivo. Prevalece uma superposição entre prevenção e assistência, sugerindo maior peso aos conhecimentos e práticas biomédicos. Esse enfoque não contempla o enfrentamento de fatores estruturais associados à vulnerabilidade ao HIV e ao estigma da Aids e a participação de ativistas e PVHA como produtores autônomos de práticas preventivas. Argumentamos que a efetividades da TcP no Brasil requer uma discussão sobre a garantia dos direitos humanos e problemas estruturais e programáticos do sistema público de saúde.

**Palavras-chave** Revisão sistemática, Testagem, HIV/Aids, Prevenção, HSH

<sup>1</sup> Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde, Instituto Oswaldo Cruz, Fiocruz. Av. Brasil 4365/ Pavilhão Lauro Travassos, Mangueiras, 21045-900 Rio de Janeiro RJ Brasil. [monteiro.simone.fiocruz@gmail.com](mailto:monteiro.simone.fiocruz@gmail.com)

<sup>2</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo SP Brasil.

<sup>3</sup> Departamento de Políticas e Instituições de Saúde, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

<sup>4</sup> Instituto de Estudos de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Em 2014 foi lançada pela UNAIDS a proposta de eliminar mundialmente a Aids até o ano 2030 pelo cumprimento da meta intitulada “90-90-90”, que significa testar 90% da população com HIV, tratar 90% dos casos positivos e manter 90% das pessoas em tratamento com carga viral indetectável<sup>1</sup>. O governo brasileiro assumiu o cumprimento dessa meta e reiterou o compromisso em 2015 no Rio de Janeiro e em Genebra em 2016<sup>2</sup>.

O ‘Tratamento como Prevenção’ (TcP) foi elaborado como uma estratégia central para alcançar a meta 90-90-90 pela possibilidade de diminuição do vírus circulante na população, rompendo a cadeia de transmissão. Para tanto, o diagnóstico deve ser o mais precoce possível, seguido da disponibilização da terapia antirretroviral (TARV). A estratégia se baseia em evidências sobre a proteção dos antirretrovirais e o baixo risco de transmissão quando a carga viral é indetectável<sup>3,4</sup>. Caberia ao setor saúde promover a ampliação da testagem, especialmente para os grupos mais afetados (denominados de ‘populações-chave’), identificar os casos positivos e assegurar acesso e adesão ao tratamento.

No TcP ganham protagonismo os novos recursos biotecnológicos de testagem (teste rápido, teste via fluido oral) e as estratégias de ampliação dos locais de testagem para além dos serviços de saúde. Assim, domicílios, organizações não governamentais (ONGs) e locais de sociabilidade e interação sexual, tornam-se alternativas para realizar o teste em horários ampliados. Trata-se de uma resposta à Aids na qual a ‘farmaceuticalização’<sup>5</sup> tanto rege o tratamento individual, como domina a racionalidade sobre a prevenção. O foco prioritário passa a ser os indivíduos já acometidos pela infecção do HIV, sendo necessário identificá-los e encaminhá-los para tratamento. A diminuição da carga viral é um objetivo não só do tratamento individual, como do controle sanitário.

Antes da formulação do TcP, as estratégias de testagem existentes, como o *Voluntary Counseling Testing* (VCT) e a *Provider-Initiated HIV Testing and Counseling* (PICT), igualmente objetivavam identificar pessoas com sorologia positiva. No caso do VCT o teste visa atender as demandas espontâneas e promover o diálogo e a reflexão sobre os contextos de risco e vulnerabilidade. Datada da década 1980, essa abordagem orientou a criação dos Centros de Testagem e Aconselhamento voluntário (CTA) para a população em geral em todas as regiões do país.

Já o PICT se define pelo encaminhamento profissional para o exame do HIV de alguns gru-

pos populacionais que apresentam condições de vida particulares<sup>6</sup>. Foi introduzido ao longo dos anos 2000, a partir de evidências dos benefícios do diagnóstico oportuno e início da TARV, para prevenção e cuidado de determinados grupos populacionais, como gestantes, pessoas com tuberculose, DST ou infecções oportunistas e passou a coexistir com o VCT. Ilustra essa lógica a implementação, na atenção básica, do teste de HIV no pré-natal e no parto, visando a prevenção da transmissão vertical do vírus da gestante para o bebê.

Assim, desde meados da década de 1990 a política de Aids no Brasil já inclui como diretriz a promoção do diagnóstico precoce da infecção pelo HIV<sup>7</sup>. O tema passa a ganhar destaque na política nacional, identificado no plano estratégico nacional e no acordo de empréstimo entre o Governo Brasileiro e o Banco Mundial (AIDS II). Progressivamente campanhas de testagem são lançadas e amplia-se a sua oferta no Sistema Único de Saúde (SUS).

Embora a ênfase na testagem do HIV nas políticas de saúde seja prévia à introdução do TcP, existem diferenças relevantes em relação ao significado do teste em cada uma das estratégias mencionadas. O VCT orienta-se pelo paradigma da excepcionalidade do exame na identificação do HIV, fundamentado no princípio da autonomia e promoção de ações de prevenção e aconselhamento. O PICT e o TcP se caracterizam pela perspectiva de normalização da testagem, informado pela valorização dos benefícios coletivos, decorrentes do acesso ao tratamento, em detrimento do direito à autonomia individual. Aqui a testagem ocupa um lugar privilegiado, principalmente entre as populações consideradas de maior risco ao HIV, uma vez que o conhecimento do estado sorológico se torna uma condição fundamental para a prevenção e controle da epidemia pelo potencial de intervir na cadeia de transmissão do HIV. Tal perspectiva aponta para uma nova lógica da prevenção, centrada na identificação e tratamento das pessoas infectadas.

No Brasil, o conceito do TcP foi introduzido pelo governo em dezembro de 2013 a partir da aprovação<sup>8</sup> do *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção por HIV em adulto*; este recomenda o início precoce da TARV entre adultos com HIV, independentemente do estágio clínico da infecção ou da contagem do CD4, respeitando o consentimento do usuário<sup>9</sup>.

Além de manter a testagem no pré-natal, parto e entre pessoas com tuberculose ou IST, como sífilis e hepatites, o Ministério da Saúde (MS)

fomentou a capilaridade da testagem na rede e iniciou a oferta do teste rápido por fluido oral em unidades do SUS do país. Ademais, em 2014, por meio do projeto “Viva Melhor Sabendo”, lançou edital dirigido às ONGs para promover testagem por fluido oral entre: gays, HSHs, travestis, transexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas. Em 2015, 47 organizações da sociedade civil de diferentes regiões do país foram contempladas por esse edital<sup>10</sup>. Em paralelo, promoveu campanhas de estímulo à testagem para jovens com o slogan #partiu teste.

No âmbito de ampliação dos locais de testagem de HIV, de 2008 a 2014, o MS e a USAID apoiaram o desenvolvimento e a avaliação do projeto *Quero fazer* no Rio de Janeiro, Brasília, Fortaleza, São Paulo e Recife. Voltado para HSHs, gays e travesti, esse projeto buscou comparar a oferta de teste entre três contextos: CTA, ONG e unidade móvel de testagem (UMT)<sup>11</sup>.

Na atualidade, organizações internacionais, como AIDS Health Care Foundation, têm apoiado governos (estaduais e municipais) e ONGs no país na implementação de UMT, priorizando as populações com maior prevalência do HIV. Em Curitiba, por exemplo, existe um projeto que oferece testes em UMT e kits de autoteste para HSHs, com apoio do Centers for Disease Control (CDC) em parceria com UNAIDS, MS, Fiocruz, governo e ONGs locais (<https://www.ahoraeagora.org/>). No Rio de Janeiro, uma UMT vem sendo mantida no bairro de Madureira pela Gerência Estadual de DST/Aids e pelo Laboratório de Pesquisa Clínica em DST e Aids do INI/Fiocruz.

Com o propósito de discutir os desafios da implementação do TcP no cenário brasileiro, este trabalho analisa os princípios e as justificativas dessa estratégia. A reflexão é orientada por uma revisão sistemática da literatura sobre as estratégias de captação e oferta da testagem do HIV entre HSHs, de 2005 a 2015. Ao circunscrever a revisão aos HSHs considera-se este grupo como uma unidade de análise privilegiada, haja vista seu protagonismo na construção das respostas, nacionais e globais, à epidemia.

A escolha pela revisão da literatura parte do princípio de que a construção das diretrizes globais de prevenção da Aids envolve diferentes agentes e instituições, articulados em uma densa rede de especialistas, profissionais e pesquisadores das áreas clínica, básica e epidemiológica. Desse modo, a análise da produção acadêmica sobre a testagem representa uma fonte relevante na compreensão dos fundamentos e apropriações das políticas no campo da Aids, como o TcP, na

medida em que permite desvelar pressupostos filosóficos subentendidos e não explicitados. A análise de Clarke et al.<sup>12</sup>, acerca dos complexos processos e fatores multidimensionais envolvidos na transformação histórica da medicalização para a biomedicalização do HIV/Aids, atesta a contribuição do olhar das ciências sociais na compreensão da emergência de novos discursos, como as atuais diretrizes globais de controle da epidemia.

## Metodologia

Foram seguidas as etapas de uma revisão sistemática: escolha das bases, identificação dos descritores, definição dos critérios de inclusão e exclusão e análise dos artigos por no mínimo dois pesquisadores de forma cega<sup>13,14</sup>. Foram consultadas as bases PubMed, Sociological Abstract, Lilacs, Cochrane e o portal SciELO e selecionados os artigos em inglês, espanhol e português, publicados entre 2005 e julho de 2015. O levantamento resultou da combinação dos descritores no Quadro 1.

A seleção dos artigos considerou como critérios de inclusão: teste voluntário em diferentes locais; uso de diagnóstico rápido; estratégias de captação de indivíduos para o teste; efeitos da testagem e do aconselhamento; prevenção vinculada à testagem; custo-efetividade; avaliação; efeitos do estigma nos serviços de testagem e população HSH. Os critérios de exclusão abarcaram estudos sobre técnicas laboratoriais ou outras doenças infecciosas não sexualmente transmissíveis e análises que não abordavam o acesso ou a frequência da testagem entre HSHs.

O levantamento gerou 167 resumos. A exclusão daqueles presentes em mais de uma base resultou em 133 resumos. Após leitura, selecionamos apenas os artigos sobre formas de captação de HSHs para o teste e estratégias de oferta do teste. Tal seleção totalizou 65 referências, listadas no Quadro 2, sendo três sobre o contexto brasileiro<sup>15-17</sup>. A produção nacional identificada, embora limitada, aponta para a preocupação com a melhora das condições de vida e acesso aos serviços de saúde de populações vulneráveis ao HIV. Ademais, revela a escassez de estudos sobre o TcP no Brasil, ainda de recente implementação no país.

Da análise dos 65 artigos emergiram como categorias de análise: Racionalidade das políticas globais de testagem do HIV; Importância do preservativo; Diversificação dos locais de testagem e

**Quadro 1.** Termos identificados no MESH (Medical Subject Headings) e no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde).

Testing	testeo	Testagem
anonymous testing	pruebas anónimas	testes anônimos
Serologic test	pruebas serológicas	testes sorológicos, sorodiagnóstico
Aids serodiagnosis	serodiagnóstico del sida	Não identificado no DECS
Prevention	prevención	Prevenção
Aids	Sida	Aids
Counseling	consejería	Aconselhamento
testing strategies	estrategias de testeo	Não identificado no DECS
<b>Termos presentes na literatura indexada, mas NÃO reconhecidos no MESH e DECS</b>		
testing methods	Métodos de testeo	Métodos de testagem
mobile HIV testing	_____	_____
mobile testing	_____	_____
mobile unit	_____	_____
treatment as prevention	_____	_____
combination HIV prevention	_____	_____
HIV prevention	Prevención del VIH	Prevenção do HIV
HIV prevention strategies	_____	_____
POC Point of Care	_____	_____
home-based	_____	_____
self-testing	_____	_____
community-based	_____	_____
community mobilization	_____	_____
MSM	HSH	HSH
Homosexual	homosexual	homossexual
Bisexual	bisexual	bissexual
assessment	acceso	acesso
Barriers	barreras	barreiras
willingness	aceptabilidad	aceitabilidade

metodologia de captação da população; Tipo de participação de ONGs e movimentos comunitários nas políticas de prevenção e testagem.

## Resultados

### Racionalidade dos modelos de prevenção

No início da epidemia, diante da ausência de medicamentos eficazes, predominavam ações de testagem e aconselhamento voluntário, segundo a estratégia do VCT (*Voluntary Counseling Testing*), na qual a oferta do teste era concebida como parte dos direitos do sujeito de conhecer seu estado sorológico. Aqui, a vinculação da testagem ao aconselhamento parte da premissa de que as reflexões suscitadas pelo diálogo entre aconselhador e usuário/a favorecem mudanças de atitudes e práticas de sexo seguro. A articulação do teste

ao processo de aconselhamento constitui uma oportunidade de informar e estimular práticas de prevenção, desfazer mitos e preconceitos e dar suporte aos casos positivos. No VCT, o exame se enquadra no paradigma da excepcionalidade ao centrar-se na busca espontânea e não no teste de rotina. Tal abordagem se insere num conjunto de respostas à Aids que consideram a saúde na perspectiva dos direitos humanos<sup>18,19</sup> referendada pelo Brasil<sup>20</sup>.

Dos trabalhos revisados, o VCT foi identificado em 18 artigos como estratégia exclusiva, caracterizada pelo aconselhamento pré e pós-teste, pelos princípios do consentimento informado, confidencialidade e pela oferta de apoio emocional frente ao resultado e suas consequências<sup>21</sup>. Houve predomínio das modalidades extramuros, como ações de testagem em saunas<sup>22,23</sup>, ONGs e iniciativas comunitárias<sup>24-27</sup>. São também abordados a interação entre usuários e equipes dos

**Quadro 2.** As 65 referências bibliográficas analisadas.

1	Agarwal A, Hamdallah M, Swain SN, Mukherjee S, Singh N, Mahapatra S, et al. Implementation of a confidential helpline for men having sex with men in India. <i>JMIR mHealth uHealth</i> . 2015;3(1):e17.
2	Bai X, Xu J, Yang J, Yang B, Yu M, Gao Y, et al. HIV prevalence and high-risk sexual behaviours among MSM repeat and first-time testers in China: implications for HIV prevention. <i>J Int AIDS Soc</i> . 2014;17:18848
3	Bavinton BR, Brown G, Hurley M, Bradley J, Keen P, Conway DP, et al. Which gay men would increase their frequency of HIV testing with home self-testing? <i>AIDS Behav</i> . 2013;17(6):2084–92.
4	Baytop C, Royal S, Hubbard McCree D, Simmons R, Tregerman R, Robinson C, et al. Comparison of strategies to increase HIV testing among African-American gay, bisexual, and other men who have sex with men in Washington, DC. <i>AIDS Care</i> 2014; 26(5):608–12.
5	Beattie TSH, Bhattacharjee P, Suresh M, Isac S, Ramesh BM, Moses S. Personal, interpersonal and structural challenges to accessing HIV testing, treatment and care services among female sex workers, men who have sex with men and transgenders in Karnataka state, South India. <i>J Epidemiol Community Health</i> . 2012; 66 Suppl 2:ii42–8.
6	Bernstein KT, Liu K-L, Begier EM, Koblin B, Karpati A, Murrill C. Same-sex attraction disclosure to health care providers among New York City men who have sex with men: implications for HIV testing approaches. <i>Arch Intern Med</i> . 2008;168(13):1458–64.
7	Bilardi JE, Walker S, Read T, Prestage G, Chen MY, Guy R, et al. Gay and bisexual men's views on rapid self-testing for HIV. <i>AIDS Behav</i> . 2013;17(6):2093–9.
8	Bingham T a, Secura GM, Behel SK, Bunch JG, Simon P a, MacKellar DA. HIV risk factors reported by two samples of male bathhouse attendees in Los Angeles, California, 2001-2002. <i>Sex Transm Dis</i> . 2008; 35(6):631–6.
9	Blas MM, Menacho LA, Alva IE, Cabello R, Orellana ER. Motivating men who have sex with men to get tested for HIV through the internet and mobile phones: a qualitative study. <i>PLoS One</i> . 2013; 8(1): e 54012.
10	Brookmeyer R, Boren D, Baral SD, Bekker L-G, Phaswana-Mafuya N, Beyrer C, et al. Combination HIV prevention among MSM in South Africa: results from agent-based modeling. <i>PLoS One</i> . 2014;9(11):e112668
11	Carnicer-Pont D, Barbera-Gracia MJ, Fernandez-Davila P, Garcia de Olalla P, Munoz R, Jacques-Avino C, et al. Use of new technologies to notify possible contagion of sexually-transmitted infections among men. <i>Gac Sanit</i> . 2015;
12	Castillo M, Palmer BJ, Rudy BJ, Fernandez MI. Creating partnerships for HIV prevention among YMSM: the Connect Protect(R) Project and House and Ball Community in Philadelphia. <i>J Prev Interv Community</i> . 2012;40(2):165–75.
13	Champenois K, Le Gall J-MJ-M, Jacquemin C, Jean S, Martin C, Rios L, et al. ANRS-COM'TEST: description of a community-based HIV testing intervention in non-medical settings for men who have sex with men. <i>BMJ</i> ; 2012; 2(2):e 000693.
14	Cinta F, Jordi C, Rafael M, Victoria G, Kati Z. Incremento en la prevalencia del VIH y en las conductas de riesgo asociadas en hombres que tienen sexo con hombres: 12 años de encuestas de vigilancia conductual en Cataluña. <i>Gac Sanit</i> 2010; 24(1): 40–6
15	Cohall A, Dini S, Nye A, Dye B, Neu N, Hyden C. HIV testing preferences among young men of color who have sex with men. <i>Am J Public Health</i> ; 2010;100(10):1961–6
16	Delaney KP, Kramer MR, Waller LA, Flanders WD, Sullivan PS. Using a geolocation social networking application to calculate the population density of sex-seeking gay men for research and prevention services. <i>J Med Internet Res</i> ; 2014;16(11):e 249
17	Dewsnap CH, McOwan A. A review of HIV point-of-care tests. <i>Int J STD AIDS</i> . 2006;17(6):357–9
18	Dorell CG, Sutton MY, Oster AM, Hardnett F, Thomas PE, Gaul ZJ, et al. Missed opportunities for HIV testing in health care settings among young African American men who have sex with men: implications for the HIV epidemic. <i>AIDS Patient Care STDS</i> . 2011;25(11):657–64
19	El-Bassel N, Gilbert L, Witte S, Wu E, Hunt T, Remien RH. Couple-based HIV prevention in the United States: advantages, gaps, and future directions. <i>J Acquir Immune Defic Syndr. United States</i> 2010;55 Suppl 2:S98–101
20	Ellen JM, McCree DH, Muvva R, Chung S-E, Miazad RM, Arrington-Sanders R, et al. Recruitment approaches to identifying newly diagnosed HIV infection among African American men who have sex with men. <i>Int J STD AIDS</i> . 2013;24(5):335–9
21	Fairley CK, Law M, Chen MY. Eradicating syphilis, hepatitis C and HIV in MSM through frequent testing strategies. <i>Curr Opin Infect Dis</i> . 2014;27(1):56–61

continua

**Quadro 2.** As 65 referências bibliográficas analisadas.

22	Fan EL. HIV testing as prevention among MSM in China: the business of scaling-up. <i>Glob Public Health</i> . 2014;9(1-2):85–97
23	Fernández-Balbuena S, de la Fuente L, Hoyos J, Rosales-Statkus ME, Barrio G, Belza M-JM-J, et al. Highly visible street-based HIV rapid testing: is it an attractive option for a previously untested population? A cross-sectional study. <i>Sex Transm Infect</i> 2014;90(2):112–8
24	Firestone R, Rivas J, Lungo S, Cabrera A, Ruether S, Wheeler J, et al. Effectiveness of a combination prevention strategy for HIV risk reduction with men who have sex with men in Central America: a mid-term evaluation. <i>BMC Public Health</i> . 2014;14:1244
25	Flowers P, McDaid LM, Knussen C. Exposure and impact of a mass media campaign targeting sexual health amongst Scottish men who have sex with men: an outcome evaluation. <i>BMC Public Health</i> . 2013;13:737
26	Frasca T, Balan I, Ibitoye M, Valladares J, Dolezal C, Carballo-Dieguez A. Attitude and behavior changes among gay and bisexual men after use of rapid home HIV tests to screen sexual partners. <i>AIDS Behav</i> ; 2014;18(5):950–7
27	Fuqua V, Chen Y-H, Packer T, Dowling T, Ick TO, Nguyen B, et al. Using social networks to reach Black MSM for HIV testing and linkage to care. <i>AIDS Behav</i> . 2012;16(2):256–65
28	Gilbert M, Hottes TS, Kerr T, Taylor D, Fairley CK, Lester R, et al. Factors associated with intention to use internet-based testing for sexually transmitted infections among men who have sex with men. <i>J Med Internet Res</i> . 2013;15(11):e254
29	Golden MR, Gift TL, Brewer DD, Fleming M, Hogben M, St Lawrence JS, et al. Peer referral for HIV case-finding among men who have sex with men. <i>AIDS</i> . 2006 ;20(15):1961–8
30	Goldenberg T, McDougal SJ, Sullivan PS, Stekler JD, Stephenson R. Preferences for a Mobile HIV Prevention App for Men Who Have Sex With Men. <i>JMIR mHealth uHealth</i> 2014;2(4):e 47
31	Greacen T, Friboulet D, Fugon L, Hefez S, Lorente N, Spire B. Access to and use of unauthorised online HIV self-tests by internet-using French-speaking men who have sex with men. <i>Sex Transm Infect</i> . 2012;88(5):368–74
32	Gu J, Lau JTF, Tsui H. Psychological factors in association with uptake of voluntary counselling and testing for HIV among men who have sex with men in Hong Kong. <i>Public Health</i> . 2011;125(5):275–82.
33	Gumy C, Jeannin A, Balthasar H, Huissoud T, Jobin V, Hausermann M, et al. Five-year monitoring of a gay-friendly voluntary counselling and testing facility in Switzerland: who got tested and why? <i>BMC Public Health</i> . 2012;12:422.
34	Halkitis PN, Kupprat SA, McCree DH, Simons SM, Jabouin R, Hampton MC, et al. Evaluation of the relative effectiveness of three HIV testing strategies targeting African American men who have sex with men (MSM) in New York City. <i>Ann Behav Med</i> . 2011;42(3):361–9.
35	Han L, Bien CH, Wei C, Muessig KE, Yang M, Liu F, et al. HIV self-testing among online MSM in China: implications for expanding HIV testing among key populations. <i>J Acquir Immune Defic Syndr</i> . 2014;67(2):216–21
36	Hao C, Huan X, Yan H, Yang H, Guan W, Xu X, et al. A randomized controlled trial to evaluate the relative efficacy of enhanced versus standard voluntary counseling and testing on promoting condom use among men who have sex with men in China. <i>AIDS Behav</i> . 2012;16(5):1138–47
37	Hong NTT, Wolfe MI, Dat TT, McFarland D a., Kamb ML, Thang NT, et al. Utilization of HIV voluntary counseling and testing in Vietnam: an evaluation of 5 years of routine program data for national response. <i>AIDS Educ Prev</i> . 2011;23(3 Suppl):30–48.
38	Hoyos J, Belza MJ, Fernandez-Balbuena S, Rosales-Statkus ME, Pulido J, de la Fuente L. Preferred HIV testing services and programme characteristics among clients of a rapid HIV testing programme. <i>BMC Public Health</i> . 2013;13:791
39	Hoyos J, Fernández-Balbuena S, de la Fuente L, Sordo L, Ruiz MM, Barrio G, et al. Never tested for HIV in Latin-American migrants and Spaniards: prevalence and perceived barriers. <i>J Int AIDS Soc</i> . 2013;16:18560.
40	Hu Q, Xu J, Chu Z, Zhang J, Yun K, Shi F, et al. Barriers to acceptance of provider-initiated testing and counseling among men who have sex with men in Shenyang, China: a cross-sectional study. <i>Biomed Res Int</i> . 2013;2013:280969
41	Huebner DM, Binson D, Pollack LM, Woods WJ. Implementing bathhouse-based voluntary counselling and testing has no adverse effect on bathhouse patronage among men who have sex with men. <i>Int J STD AIDS</i> . 2012;23(3):182–4.
42	Huebner DM, Binson D, Dilworth SE, Neilands TB, Grinstead O, Woods WJ. Rapid vs. standard HIV testing in bathhouses: what is gained and lost? <i>AIDS Behav</i> . 2010;14(3):688–96.

continua

**Quadro 2.** As 65 referências bibliográficas analisadas.

43	Ifekandu C, Suleiman A, Aniekwe O. The cost-effectiveness in the use of HIV counselling and testing-mobile outreaches in reaching men who have sex with men (MSM) in northern Nigeria. <i>J Int AIDS Soc.</i> 2014;17(4 Suppl 3):19610
44	Laperrière H. Evaluation of STD/HIV/AIDS peer-education and danger: a local perspective. <i>Ciênc saúde coletiva.</i> 2006;13(6):1817–24
45	Lippman SA, Périssé AR, Veloso VG, Sullivan PS, Buchbinder S, Sineath RC, Grinsztejn B. Acceptability of self-conducted home-based HIV testing among men who have sex with men in Brazil: data from an on-line survey. <i>Cad Saude Pública.</i> 2014;30(4):724–34
46	Mackellar DA, Hou S-I, Whalen CC, Samuelsen K, Sanchez T, Smith A, et al. Reasons for not HIV testing, testing intentions, and potential use of an over-the-counter rapid HIV test in an internet sample of men who have sex with men who have never tested for HIV. <i>Sex Transm Dis.</i> 2011;38(5):419–28.
47	MacKellar DA, Valleroy LA, Secura GM, Behel S, Bingham T, Celentano DD, et al. Unrecognized HIV infection, risk behaviors, and perceptions of risk among young men who have sex with men: opportunities for advancing HIV prevention in the third decade of HIV/AIDS. <i>J Acquir Immune Defic Syndr.</i> 2005; 38(5):603–14
48	MacPherson P, Chawla A, Jones K, Coffey E, Spaine V, Harrison I, et al. Feasibility and acceptability of point of care HIV testing in community outreach and GUM drop-in services in the North West of England: a programmatic evaluation. <i>BMC Public Health.</i> 2011;11:419.
49	Mansergh G, Naorat S, Jommaroeng R, Jenkins RA, Jeeyapant S, Kanggarnruea K, et al. Adaptation of Venue-Day-Time Sampling in Southeast Asia to Access Men Who Have Sex with Men for HIV Assessment in Bangkok. <i>Field methods.</i> Division HIV/AIDS Prevention, Centers Disease Control & Prevention, Atlanta: Sage Publications; 2006;18(2):135–52.
50	Marcus U, Ort J, Grenz M, Eckstein K, Wirtz K, Wille A. Risk factors for HIV and STI diagnosis in a community-based HIV/STI testing and counselling site for men having sex with men (MSM) in a large German city in 2011 inverted question mark2012. <i>BMC Infect Dis.</i> 2015 Jan;15(1):14.
51	Margolis AD, Joseph H, Belcher L, Hirshfield S, Chiasson MA. “Never testing for HIV” among men who have sex with men recruited from a sexual networking website, United States. <i>AIDS Behav.</i> 2012;16(1):23–9.
52	Marley G, Kang D, Wilson EC, Huang T, Qian Y, Li X, et al. Introducing rapid oral-fluid HIV testing among high risk populations in Shandong, China: feasibility and challenges. <i>BMC Public Health.</i> ; 2014;14:422.
53	Marsh KA, Reynolds GL, Rogala BE, Fisher DG, Napper LE. Who chooses a rapid test for HIV in Los Angeles County, California? <i>Eval Health Prof.</i> 2010;33(2):177–96.
54	Martinez O, Carballo-Diequez A, Ibitoye M, Frasca T, Brown W, Balan I. Anticipated and actual reactions to receiving HIV positive results through self-testing among gay and bisexual men. <i>AIDS Behav.</i> 2014;18(12):2485–95
55	Mattioli S, Corbelli GM, Pieralli S, Esposti MD. HIV test: which is your best? A National survey on testing preferences among MSM in Italy. <i>J Int AIDS Soc.</i> ; 2014;17(4 Suppl 3):1959
56	Mayer KH, Ducharme R, Zaller ND, Chan PA, Case P, Abbott D, et al. Unprotected sex, underestimated risk, undiagnosed HIV and sexually transmitted diseases among men who have sex with men accessing testing services in a New England bathhouse. <i>J Acquir Immune Defic Syndr.</i> 2012;59(2):194–8
57	McCree DH, Millett G, Baytop C, Royal S, Ellen J, Halkitis PN, et al. Lessons learned from use of social network strategy in HIV testing programs targeting African American men who have sex with men. <i>Am J Public Health.</i> 2013;103(10):1851–6.
58	Mitchell JW. Gay male couples’ attitudes toward using couples-based voluntary HIV counseling and testing. <i>Arch Sex Behav.</i> 2014;43(1):161–71
59	O’Byrne P, MacPherson P, Ember A, Grayson M-O, Bourgault A. Overview of a gay men’s STI/HIV testing clinic in Ottawa: clinical operations and outcomes. <i>Can J Public Health.</i> 2014;105(5):e389–94.
60	O’Byrne P, Macpherson P, Roy M, Kitson C. Overviewing a Nurse-Led, Community-Based HIV PEP Program: Applying the Extant Literature in Frontline Practice. <i>Public Health Nurs.</i> 2015 Apr
61	Pattanasin S, Wimonsate W, Chonwattana W, Tongtoyai J, Chaikummao S, Sriporn A, et al. Loss to follow-up and bias assessment among a cohort of Thai men who have sex with men in Bangkok, Thailand. <i>Int J STD AIDS.</i> 2015. Mar
62	Prestage G, Jin F, Zablotzka IB, Imrie J, Grulich AE, Pitts M. Trends in HIV testing among homosexual and bisexual men in eastern Australian states. <i>Sex Health.</i> 2008 ;5(2):119–23

continua

**Quadro 2.** As 65 referências bibliográficas analisadas.

63	Prost A, Chopin M, McOwan A, Elam G, Dodds J, Macdonald N, et al. "There is such a thing as asking for trouble": taking rapid HIV testing to gay venues is fraught with challenges. <i>Sex Transm Infect.</i> 2007;83(3):185–8.
64	Purcell DW, Mizuno Y, Smith DK, Grabbe K, Courtenay-Quick C, Tomlinson H, et al. Incorporating couples-based approaches into HIV prevention for gay and bisexual men: opportunities and challenges. <i>Arch Sex Behav.</i> 2014;43(1):35–46
65	Silva SM, Spiassi AL, Alves D de C, Guedes D de J, Leigo R de O, Silvia Moreira da S, et al. Redução de danos: estratégia de cuidado com populações vulneráveis na cidade de Santo André - SP. <i>Saude soc.</i> 2009;18(supl.2):100–3.

serviços de saúde, a qualidade do aconselhamento pré e pós-teste e os significados da repetição da testagem<sup>22,24</sup>. Nota-se uma preocupação com o direito à informação e os efeitos positivos do diagnóstico para os indivíduos e seus/suas parceiros/as.

No marco do TcP a testagem é vinculada ao tratamento como uma ferramenta de prevenção. O teste se torna o ponto de partida e condição necessária para o sucesso da estratégia 90-90-90, equacionada pela sequência "testagem-tratamento-carga viral indetectável-não transmissão"<sup>3</sup>. Em tal abordagem, a testagem perde, no plano social e programático, o seu caráter de excepcionalidade<sup>6</sup>; ou seja, passa a vigorar o princípio da normalização do exame, visando torná-lo mais corriqueiro. Ainda nesse marco, o aconselhamento perde importância na dinâmica dos serviços. Enquanto no VCT a testagem aparece, mais frequentemente, associada à oportunidade de "tomada de consciência" sobre os riscos e a adoção de práticas de proteção, no TcP o teste tende a ser concebido como uma medida essencialmente sanitária de identificação de casos, na qual o aconselhamento ganha outro significado.

Os fundamentos e as estratégias do TcP foram identificados, de forma exclusiva, em 19 artigos, incluindo estudos sobre crenças acerca da carga viral, gestão de risco e procura de teste<sup>28</sup> e a relação do teste de rotina com a revelação da orientação sexual<sup>29</sup>. Outros trabalhos identificam associações entre autoteste e fatores de risco individuais<sup>30</sup> ou a efetividade das estratégias de captação para testagem entre grupos específicos. Nesta direção, discute-se barreiras individuais e estruturais para a realização de teste entre HSHs e sua oferta em locais alternativos, redes sociais e serviços convencionais de testagem<sup>31</sup>.

Na lógica do TcP argumenta-se que as oportunidades para realizar a testagem podem ser maximizadas no contexto de parcerias estáveis<sup>32</sup>

e em unidades especiais de testagem, gerenciadas por ativistas ou ONGs<sup>33</sup>. Nessa perspectiva, saber o resultado positivo, iniciar a TARV e monitorar a carga viral pode trazer benefícios aos sujeitos e suas parcerias sexuais, desde que haja adesão ao tratamento consistente.

#### Mudanças na importância do preservativo

O reconhecimento do preservativo como principal recurso de prevenção foi um dos aspectos mais expressivos do *coletivo de pensamento*<sup>34</sup> formado por profissionais e ativistas nas três primeiras décadas da epidemia. Entretanto, na literatura analisada da última década, há menos referência ao preservativo, sugerindo a perda de sua importância nas ações de prevenção associadas à testagem.

Nos artigos analisados encontram-se questionamentos sobre a efetividade do preservativo, ao mesmo tempo em que o teste passa a se apresentar como um recurso alternativo para a prevenção do HIV. Há argumentos de que o teste rápido antes das interações sexuais pode ter um efeito mais benéfico na diminuição das taxas de transmissão do HIV do que o preservativo<sup>32</sup>.

Há artigos que buscam demonstrar empiricamente a relação entre conhecimento do estado sorológico e adesão a práticas sexuais protegidas, afirmando que um dos efeitos positivos da testagem é o uso do preservativo<sup>35</sup>. Tal relação igualmente aparece nos trabalhos sobre *serosorting* (seleção de parceiros segundo sua sorologia) e usos do teste rápido. Nos casos de negociação sexual para o não uso do preservativo, o teste caseiro é avaliado pelos pesquisadores como mais efetivo para a prevenção do que o relato do parceiro sobre sua condição sorológica. Sob essa perspectiva, o resultado do teste se torna um recurso para a gestão de risco, dando suporte à decisão de prescindir do preservativo<sup>36</sup>. Encontramos na



literatura o entendimento de que a testagem levaria a mudanças nas práticas sexuais e o tratamento reduziria as chances de infecção, mesmo em situações de exposição ao vírus. Gradualmente a não testagem torna-se um problema e a testagem uma solução, relativizando-se a importância do uso do preservativo.

A promoção do uso do preservativo enquanto tecnologia de prevenção pressupõe o reconhecimento da agência individual dos sujeitos. Nesse marco, o sujeito social da prevenção tem sido historicamente debatido, em função de sua capacidade de agência na escolha e manejo dos recursos de prevenção<sup>37</sup>, seja em termos potenciais ou ideais. Na literatura revisada, está ausente uma discussão mais aprofundada sobre racionalização e reflexividade dos sujeitos ou dos grupos sociais acerca da adoção de práticas sexuais seguras, embora haja análises sobre as motivações e condicionantes envolvidos na decisão de realizar ou não o teste.

### **Emergência da testagem de rotina**

Na literatura revista, as ações de testagem parecem desconectadas do incentivo ao uso do preservativo. A prescrição do preservativo, antes repetida à exaustão, vai dando passo na discussão dos especialistas à intensificação na autovigilância do estado sorológico, a partir do estímulo à testagem rotineira. Parte dos artigos sublinha que as normas sanitárias progressivamente vêm instituindo a testagem de rotina para grupos específicos em serviços de emergência e atendimentos clínicos, como a proposta do PICT referida na introdução. Assim, o estímulo à decisão individual e voluntária para o teste passa a coexistir definitivamente com a prescrição médica da testagem.

Os artigos revisados permitem ver como sujeitos com práticas homossexuais vêm se tornando alvo privilegiado das discussões sobre a pertinência da testagem periódica. Nos trabalhos sobre TcP o teste não é proposto em função de avaliação individual do risco e sim mediante uma regularidade baseada na categorização de risco no nível coletivo. Diversos estudos mencionam que o intervalo ideal de retestagem para homens gays e outros HSHs vêm progressivamente diminuindo<sup>28,31,32,38-40</sup>. Segundo estudos, na população gays, bissexuais, HSHs afro-americanos, os que apresentam menores taxas de testagem são os com maior exposição ao HIV<sup>31,41,42</sup>, especialmente os que não se identificam como gays<sup>43</sup>.

### **Diversificação da testagem**

A meta de ampliação da testagem associada ao TcP traz como novidade no campo programático a diversificação da oferta do teste em locais privados e públicos, para além dos serviços de saúde. Assim, passa a ser uma preocupação dos estudos as implicações e os desafios da expansão do teste em termos de estratégias de captação e do seu alcance e integração com os sistemas de saúde vigentes.

A racionalidade do modelo preventivo do TcP pode ser ilustrada pelas pesquisas acerca das diferentes modalidades de teste, incluindo a aceitabilidade do autoteste<sup>28,30,44,45</sup> e seu uso enquanto estratégia de prevenção<sup>36,46</sup>. Nesses trabalhos, a testagem é entendida como recurso para a adoção de comportamentos sexuais seguros. As redes e os contextos de interação sexual, outrora abordados para entender a vulnerabilidade ao HIV e orientar as respostas sociais, voltam à cena nos artigos sobre testagem. Todavia, os locais de sociabilidade e encontro sexual assumem outro enfoque, voltado para a avaliação de alternativas de oferta de testagem.

Nessa linha, autores referem o uso de metodologias para mapeamento dos locais e fluxos de interação para definição dos contextos de oferta de testagem<sup>22,23,47</sup>. Chama atenção a diversidade de recursos empregados nas intervenções para alcançar e captar sujeitos para testagem, como o rastreamento via web e a oferta do teste nas farmácias<sup>48,49</sup>. No entanto, pouco se discute os direitos humanos da pessoa testada e as determinações sociais que definem os contextos de vulnerabilidade ao HIV, mesmo quando se trata de populações mais suscetíveis ao preconceito, à violência e à exclusão social. Prevalece o enfoque no risco, centrado apenas nos fatores comportamentais.

### **Participação de ONGs**

Os investimentos na diversificação da oferta de testagem trazem à tona ainda ressignificações sobre o papel da sociedade civil nas respostas à Aids. A menção aos ativistas como produtores legítimos e autônomos de discursos preventivos foi encontrada apenas em alguns artigos que correspondem à lógica da VCT. Este é o caso do artigo sobre a importância de pares e profissionais não clínicos nas ações de aconselhamento, de modo a diminuir as barreiras culturais e o estigma do HIV/Aids e valorizar a consciência do estado sorológico e do diagnóstico precoce<sup>25</sup>. Outro es-

tudo descreve uma experiência na Tailândia que envolveu ONGs, proprietários de locais de sociabilidade homossexual e lideranças comunitárias; o que favoreceu o diálogo entre pesquisadores e a população alvo sobre temas relevantes para prevenção<sup>50</sup>. Além da descrição ou avaliação de intervenções envolvendo testagem, encontramos trabalhos em que as ONGs colaboram no desenho e condução da pesquisa<sup>25,41,43,51</sup>. Em alguns casos, membros das ONGs são coautores do artigo<sup>22,43,51</sup>.

Todavia, em outros trabalhos, as ONGs assumem somente um papel auxiliar nas estratégias de prevenção, ajudando na captação de sujeitos para testagem, haja vista sua experiência e acesso com HSHs e PVHA<sup>22,24,30,49</sup>. Ademais, espaços comunitários e sedes de organizações passam a ser alternativas para realizar testagem em horários ampliados e para além dos serviços de saúde. Há artigos em que as ONGs são coadjuvantes na revisão de instrumentos e captação de participantes para os estudos<sup>30,51-54</sup>. Tal enfoque sugere o predomínio de uma perspectiva de prevenção que concentra o *savoir-faire* nos profissionais de saúde, atribuindo às ONGs uma função secundária, restrita ao seu capital de acesso aos sujeitos considerados chave, como HSHs, homens negros e latinos. Depreendemos que as ONGs ganham um novo status quando se aborda o tratamento como prevenção. Valoriza-se menos o que elas têm a dizer sobre prevenção e sexualidade e destaca-se sua importância na aproximação aos grupos para captação para a testagem ou pesquisas.

Fan<sup>55</sup> analisa criticamente a relação entre testagem do HIV e organizações comunitárias ao abordar a contratação, pelo governo, de ONGs na China para ampliar a realização de testes em HSHs. O trabalho mostra como a testagem se mercantiliza na relação entre o Estado e as ONGs, possibilitando a emergência de novas formas de vigilância por parte do Estado e um novo tipo de atuação comunitária. Nesse processo de terceirização, a testagem realizada pelas ONGs promove uma espécie de *coming out*, pois revela a prática homossexual de sujeitos antes contabilizada pelo governo como transmissão heterossexual.

Numa perspectiva crítica, a participação das ONGs apenas como suporte às ações de testagem, promovidas pelo Estado, compromete o papel do ativismo na construção de ações de prevenção e controle social<sup>56</sup>. Em um contexto em que a testagem é informada por avanços tecnológicos e pela retórica técnico-econômica, é preciso observar detidamente como as ONGs enfrentarão o desafio de agir perante tal dispositivo sem descaracterizar sua função de controle social. Como vem se

verificando no caso brasileiro, o recente financiamento público para ONGs/Aids têm se centrado na ampliação da oferta de teste. Num cenário de escassos recursos internacionais, tal fato colabora para mudanças no seu papel tradicional de controle social e advocacy<sup>57</sup>, reforçando sua potencialidade de auxiliar nas ações de diagnóstico conduzidas por equipes biomédicas.

## Discussão

As principais diferenças entre as estratégias do VCT e do TcP, identificadas na literatura sobre testagem do HIV na última década e sistematizadas no Quadro 3, atestam a emergência de um novo paradigma preventivo, centrada no TcP. Este caracteriza-se pela expansão e diversificação da oferta de testagem, visando ampliar o diagnóstico e a testagem de rotina passa a ser prescrita como estímulo às práticas preventivas. Na literatura, as considerações de tipo sociológico ou psicossocial sobre a prevenção são reduzidas a discussões pontuais acerca das motivações ou barreiras para testagem e tratamento. O aconselhamento articulado à testagem, centrado na reflexão e diálogo entre aconselhador e usuário/a, presente na racionalidade do VCT<sup>58-61</sup>, perde seu protagonismo; a repetição do teste se torna uma meta, diferenciando-se da concepção da repetição do teste como uma falha de prevenção individual ou programática.

Diante da efetivação do TcP no contexto brasileiro, citada na introdução, cabe refletir sobre suas potenciais implicações, tendo em vista que os principais aspectos dessa política se contrapõem às diretrizes históricas da resposta nacional ao HIV/Aids, como: a promoção do preservativo, o ideário dos direitos das PVHA e o enfrentamento do estigma da Aids e das desigualdades sociais, de gênero e sexuais.

A implementação do modelo preventivo da meta 90-90-90 colide com a tradição da resposta brasileira ao HIV/Aids, uma vez que sugere uma superposição entre prevenção e assistência, designando maior peso aos conhecimentos e práticas biomédicos e psicológicos, em detrimento da combinação desses com os saberes sociais. A prevenção deixa de ser um compromisso de todos e de cada um, pautada na criação de condições para a escolha de formas de proteção e passa a priorizar a identificação e o tratamento das pessoas infectadas. A testagem de rotina ocupa um lugar privilegiado, uma vez que a prevenção baseada no tratamento oportuno depende do

**Quadro 3.** Diferenças entre as estratégias do VCT e do TcP.

<b>Testagem e Aconselhamento Voluntário</b>	<b>Tratamento como Prevenção</b>
<b>Prevenção</b> focada na testagem voluntária e no aconselhamento, orientado para conscientização das condições de vulnerabilidade ao HIV e estímulo a prevenção, principalmente pelo aconselhamento e estímulo ao uso do preservativo	<b>Prevenção</b> focada na testagem de rotina, visando início do tratamento para reduzir carga viral e interromper cadeia de transmissão do HIV; perda do protagonismo do aconselhamento e redução da importância do uso preservativo
<b>Paradigma da excepcionalidade</b> do exame na identificação do HIV, fundamentado no princípio da garantia da decisão informada e voluntária	<b>Paradigma da normalização</b> do teste: valorização dos benefícios coletivos, decorrentes do acesso ao tratamento, em detrimento do direito a autonomia individual
<b>Oferta testagem voluntária nos serviços de saúde</b> (ex. CTA) e atividades extramuros	<b>Oferta teste em locais privados e públicos</b> , para além dos serviços de saúde e ênfase nas estratégias de captação nos grupos mais vulneráveis ao HIV
<b>Participação de ONG e movimento social</b> no controle social e formulação de políticas	<b>Atuação de ONG e movimento social</b> no suporte às estratégias de captação para testagem das populações com mais risco ao HIV

conhecimento do estado sorológico. Tal abordagem se opõe à estratégia de testagem voluntária e aconselhamento, focada na divulgação de informações, diálogo e reflexão dos contextos de vulnerabilidade, que orientou as políticas de enfrentamento da epidemia desde os primeiros anos desta<sup>6,58-60</sup>.

Embora baseada em modelos matemáticos, que lhe oferecem uma suposta coerência interna, a proposta do TcP tem sido objeto de críticas, seja pela eventual falta de suporte para quem se testa ou pelo fato do teste positivo não garantir o início imediato e a adesão ao tratamento<sup>62</sup>. Ademais, a implementação do TcP depende do funcionamento eficiente do setor saúde para garantir o acolhimento e retenção do usuário no serviço, incluindo pronto atendimento, manejo dos efeitos adversos da medicação e busca ativa dos faltosos. O contexto atual de crise do Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizado pela rotatividade dos profissionais, serviços sucateados e com eventuais problemas de abastecimento de medicações, podem implicar dificuldades para a efetividade do TcP no país<sup>63</sup>. Demais obstáculos para a efetividade do TcP referem-se às falhas no sistema de notificação, ao sub-registro de casos e à subestimação das tendências da epidemia no país<sup>7</sup>.

Questiona-se ainda a não incorporação de vários atores na construção de uma resposta multifacetada à prevenção, capaz de dar conta da complexidade sociocultural e humana da epidemia<sup>64</sup>. Consideramos que a reconfiguração das ações de prevenção decorrentes da priorização dos investimentos no diagnóstico e no trata-

mento deva ser vista com cautela. O incentivo ao diálogo entre parceiros para uso do preservativo, a atuação política dos grupos afetados, o enfrentamento do estigma e das desigualdades sociais e de gênero e a luta pelos direitos das PVHA, que caracterizaram a resposta brasileira ao HIV/Aids, ficam ameaçados no contexto do TcP diante da falta de apoio e recursos.

Questionamentos acerca das implicações operacionais, éticas e políticas das novas diretrizes de prevenção também têm sido assinalados em âmbito internacional. Segundo pesquisadores e ativistas, as práticas preventivas tendem a se reduzir à esfera assistencial, em detrimento do enfrentamento dos contextos de vulnerabilidade que facilitam a infecção em determinados grupos ou populações<sup>56,65,66</sup>.

### Considerações finais

As mudanças sobre o papel da testagem no modelo preventivo do TcP revelam o predomínio de uma lógica mais tecnocrata e biomédica das intervenções, centrada nas barreiras de acesso ao diagnóstico e tratamento e na testagem como estímulo a práticas de sexo seguro. Tal enfoque não contempla o enfrentamento dos fatores responsáveis pela maior vulnerabilidade ao HIV de sujeitos ou grupos populacionais e do estigma da Aids e, conseqüentemente, compromete a garantia dos direitos humanos, a participação de ativistas e PVHA como produtores autônomos de ações e discursos preventivos e o combate da

discriminação e das desigualdades sociais e de gênero. A falta de reflexões críticas acerca das implicações negativas do processo de biomedicalização<sup>12</sup>, que caracteriza a atual política global de Aids<sup>56,66</sup>, pode comprometer conquistas históricas nas respostas do Brasil a epidemia, reconhecidas internacionalmente.

Argumentamos que a expansão do acesso à testagem e aos benefícios do tratamento na redução da carga viral deve contemplar o potencial de sinergia entre as estratégias de prevenção históricas e atuais e considerar a riqueza das contribuições com a sociedade civil<sup>67</sup>. Tal articulação favorece a proposição de abordagens mais potentes e inovadoras para a oferta dos serviços de saúde, incluindo a testagem para o HIV, paralelo ao enfrentamento do estigma e das condições de vulnerabilidade dos grupos sociais. Como historicamente demonstrado, as ações de mobilização comunitária e do ativismo social são igualmente necessárias para o sucesso das respostas de prevenção de caráter biomédica<sup>66</sup>.

A presente reflexão buscou indicar os limites e os problemas da nova lógica da prevenção, centrada no diagnóstico e tratamento, visando discutir suas distorções, equívocos e lacunas. Nessa direção, cabe problematizar o uso do termo 'populações-chave' ao invés de grupos mais vulnerá-

veis ao HIV, centrado nos determinantes sociais que definem a maior suscetibilidade à infecção do HIV. Sua semelhança com o já criticado termo 'grupo de risco', nos remete para os efeitos negativos da associação do HIV a grupos socialmente marginalizados e dos alcances limitados da hegemonia da biomedicina na definição da prevenção e cuidado das PVHA.

O êxito das respostas sociais à epidemia no Brasil dependeu da participação ativa das pessoas e comunidades afetadas pelo HIV na definição e implementação de políticas e ações de prevenção e cuidado<sup>68</sup>. No atual cenário de acesso a tecnologias de diagnóstico diversificadas é preciso considerar: os problemas estruturais da rede pública de saúde para manejo dos casos positivos diagnosticados, a fragilização dos movimentos sociais e o contexto de desigualdades sociais e de gênero. A análise da crítica sobre testagem permite reconhecer seus aspectos positivos, como a ampliação do acesso ao diagnóstico entre populações mais vulneráveis ao HIV, bem como apontar os efeitos negativos que precisam ser superados. Diante da liderança já ocupada pelo Brasil na definição de políticas internacionais e do fato do TcP ser recente no contexto nacional, futuras atualizações desta revisão irão possibilitar uma análise dos efeitos dessa estratégia global no país.

## Colaboradores

SS Monteiro foi responsável pela coordenação dos estudos, atuando no desenho metodológico, na discussão dos resultados e na redação e revisão do artigo. M Brigeiro e C Mora foram responsáveis pelo desenho metodológico, pela busca, organização e análise dos dados e pela redação e revisão do artigo. WV Villela e R Parker atuaram na discussão dos resultados e revisão do artigo.

## Referências

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Ambitious Treatment Targets: writing the final chapter of the AIDS epidemic*. Geneva: UNAIDS; 2014.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Brasil garante apoio ao cumprimento da meta 90 90 90 durante encontro em genebra*. [acessado 2017 Jan 27]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/noticia/2016/brasil-garante-apoio-aocumprimento-da-meta-90-90-90-durante-encontro-em-genebra>
3. World Health Organization (WHO). *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for preventing and treating HIV infection*. Geneva: WHO; 2013.
4. Montaner JSG, Lima VD, Harrigan PR, Lourenço L, Yip B, Nosyk B, Wood E, Kerr T, Shannon K, Moore D, Hogg RS, Barrios R, Gilbert M, Krajden M, Gustafson R, Daly P, Kendall P. Expansion of HAART coverage is associated with sustained decreases in HIV/AIDS morbidity, mortality and HIV transmission: the «HIV treatment as prevention» experience in a Canadian setting. *PLoS ONE* 2014; 9:e87872
5. Biehl J. Antropologia no campo da saúde global. *Horizontes Antropológicos* 2011; 17(35):257-296.
6. Mora C, Monteiro S, Moreira, CO. Ampliación de las estrategias de consejería y prueba del VIH: desafíos técnicos y tensiones ético-políticas. *Salud Colectiva* 2014; (10):253-264.
7. Grangeiro A. Da estabilização à reemergência: os desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids no Brasil. Desafios da assistência às pessoas que vivem com HIV e Aids no Brasil. In: Basthi A, Parker R, Terto Júnior V, organizadores. *Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e Aids no Brasil em 2016*. Rio de Janeiro: ABIA; 2016. p. 16-21.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 27, de 29 de novembro de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. *Diário Oficial da União* 2013; 29 dez.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção por HIV em adultos (versão revisada)*. Brasília: MS; 2015.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Resultado segundo edital "Viva Melhor Sabendo"*. 2015. [acessado 2017 Jan 27]. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos\\_campanhas/2015/57852/realizacao\\_testagem\\_amostra\\_fluido\\_oral\\_hiv\\_populacoes\\_chave\\_chamada\\_publica01-2015.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos_campanhas/2015/57852/realizacao_testagem_amostra_fluido_oral_hiv_populacoes_chave_chamada_publica01-2015.pdf)
11. U.S. Agency for International Development (USAID), Brasil. Ministério da Saúde (MS), Associação Espaço de Prevenção e Atenção Humanizada (EPAH). *Relatório final Programa "Quero Fazer" Compartilhando boas práticas e lições aprendidas em Aconselhamento e Testagem Voluntária para HIV entre Gays, HSH e Travestis*. Brasília: USAID, MS, EPAH; 2014.
12. Clarke A, Shim J, Mamo L, Fosket J, Fishman J. Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and US Biomedicine. *American Sociological Review* 2003; 68:161-194.
13. Pai M, Mcculloch M, Gorman J, Pai N, Enanoria W, Kennedy G, Tharyan P, Colford Júnior, John M. Systematic reviews and meta-analyses: An illustrated, step-by-step guide. *Natl Med J India* 2004; 17(2):86-95.
14. Klassen TP, Jadad AR, Moher D. Guides for Reading and Interpreting Systematic Reviews: I. Getting Started. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152(7):700-704.
15. Lippman S, Veloso V, Buchbinder S, Fernandes N, Terto V, Sullivan P, Grinsztejn B. Over-the-counter human immunodeficiency virus self-test kits: time to explore their use for men who have sex with men in Brazil. *Brazilian J Infectious Diseases* 2014; 18(3):239-244.
16. Laperriere H. Evaluation of STD/HIV/AIDS peer-education and danger: a local perspective. *Cien Saude Colet* 2008 13(6):1817-1824.
17. Silva SM, Spiassi AL, Alves D, Guedes D, Leigo R, Silvia Moreira S, et al. Redução de danos: estratégia de cuidado com populações vulneráveis na cidade de Santo André, SP. *Saude Soc*. 2009; 18(Supl. 2):100-103.
18. Tarantola D. HIV Testing: Breaking the Deadly Cycle. Health and Human Rights. *Emerging Issues in HIV/AIDS* 2005; 8(2):37-41.
19. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *The impact of voluntary counseling and testing: A global review of the benefits and challenges*. Geneva: UNAIDS; 2001.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Diretrizes para o aconselhamento em DST/Aids*. 2010. [acessado 2017 Jan 27]. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/52294/teorizacao\\_oficina\\_acs.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/52294/teorizacao_oficina_acs.pdf)
21. Baggaley R. *Voluntary counseling and testing (VCT). Paper for the UNAIDS expert panel on HIV testing in United Nations peacekeeping operations*. New York; 2001. [acessado 2017 Jan 27]. Disponível em: [data.unaids.org/topics/security/bkgrndpaper/vctfinal\\_en.doc](http://data.unaids.org/topics/security/bkgrndpaper/vctfinal_en.doc)
22. Bai X, Xu J, Yang J, Yang B, Yu M, Gao Y, Dong WM, Wu Z. HIV prevalence and high-risk sexual behaviours among MSM repeat and first-time testers in China: implications for HIV prevention. *J Int AIDS Soc* 2014; 17:18848.
23. Bingham T, Secura GM, Behel SK, Bunch JG, Simon P, MacKellar DA. HIV risk factors reported by two samples of male bathhouse attendees in Los Angeles, California, 2001-2002. *Sex Transm Dis* 2008; 35(6):631-636.
24. Gu J, Lau JTF, Tsui H. Psychological factors in association with uptake of voluntary counselling and testing for HIV among men who have sex with men in Hong Kong. *Public Health* 2011; 125(5):275-282.
25. Champenois K, Le Gall J-MJ-M, Jacquemin C, Jean S, Martin C, Rios L, Benoit O, Vermoesen S, Lert F, Spire B, Yazdanpanah Y. ANRS-COMTEST: description of a community-based HIV testing intervention in non-medical settings for men who have sex with men. *BMJ* 2012; 2(2):e000693.
26. Castillo M, Palmer BJ, Rudy BJ, Fernandez MI. Creating partnerships for HIV prevention among YMSM: the Connect Protect(R) Project and House and Ball Community in Philadelphia. *J Prev Interv Community* 2012; 40(2):165-175.

27. Pattanasin S, Wimonstate W, Chonwattana W, Tongtoyai J, Chaikummao S, Sriporn A, Sukwicha W, Mock PA, Holtz TH. Loss to follow-up and bias assessment among a cohort of Thai men who have sex with men in Bangkok, Thailand. *Int J STD AIDS* 2015; 27(3):196-206.
28. Bavinton BR, Brown G, Hurley M, Bradley J, Keen P, Conway DP, Guy R, Grulich AE, Prestage G. Which gay men would increase their frequency of HIV testing with home self-testing? *AIDS Behav* 2013; 17(6):2084-2092.
29. Bernstein KT, Liu K-L, Begier EM, Koblin B, Karpati A, Murrill C. Same-sex attraction disclosure to health care providers among New York City men who have sex with men: implications for HIV testing approaches. *Arch Intern Med* 2008; 168(13):1458-1464.
30. Han L, Bien CH, Wei C, Muessig KE, Yang M, Liu F, Yang L, Meng G, Emch ME, Tucker JD. HIV self-testing among online MSM in China: implications for expanding HIV testing among key populations. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2014; 67(2):216-221.
31. Baytop C, Royal S, Hubbard McCree D, Simmons R, Tregerman R, Robinson C, Johnson WD, McLaughlin M, Price C. Comparison of strategies to increase HIV testing among African-American gay, bisexual, and other men who have sex with men in Washington, DC. *AIDS Care* 2014; 26(5):608-612.
32. Bilardi JE, Walker S, Read T, Prestage G, Chen MY, Guy R, Bradshaw C, Fairley CK. Gay and bisexual men's views on rapid self-testing for HIV. *AIDS Behav* 2013; 17(6):2093-2099.
33. Dewsnap CH, McOwan A. A review of HIV point-of-care tests. *Int J STD AIDS* 2006; 17(6):357-359.
34. Fleck L. *Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2010.
35. Fairley CK, Law M, Chen MY. Eradicating syphilis, hepatitis C and HIV in MSM through frequent testing strategies. *Curr Opin Infect Dis* 2014; 27(1):56-61.
36. Frasca T, Balan I, Ibitoye M, Valladares J, Dolezal C, Carballo-Dieguez A. Attitude and behavior changes among gay and bisexual men after use of rapid home HIV tests to screen sexual partners. *AIDS Behav* 2014; 18(5):950-957.
37. Kippax S, Stephenson N, Parker R, Aggleton P. Between individual agency and structure in HIV prevention: understanding the middle ground of social practice. *Am J Public Health* 2013; 103(8):1367-1375.
38. Flowers P, McDaid LM, Knussen C. Exposure and impact of a mass media campaign targeting sexual health amongst Scottish men who have sex with men: an outcome evaluation. *BMC Public Health* 2013; 13:737.
39. Fernández-Balbuena S, de la Fuente L, Hoyos J, Rosales-Statkus ME, Barrio G, Belza MJ; Madrid Rapid HIV testing Group. Highly visible street-based HIV rapid testing: is it an attractive option for a previously untested population? A cross-sectional study. *Sex Transm Infect* 2014; 90(2):112-118.
40. Mackellar DA, Hou S-I, Whalen CC, Samuelsen K, Sanchez T, Smith A, Denson D, Lansky A, Sullivan P; WHBS Study Group. Reasons for not HIV testing, testing intentions, and potential use of an over-the-counter rapid HIV test in an internet sample of men who have sex with men who have never tested for HIV. *Sex Transm Dis* 2011; 38(5):419-428.
41. Cohall A, Dini S, Nye A, Dye B, Neu N, Hyden C. HIV testing preferences among young men of color who have sex with men. *Am J Public Health* 2010; 100(10):1961-1966.
42. Dorell CG, Sutton MY, Oster AM, Hardnett F, Thomas PE, Gaul ZJ, Mena LA, Heffelfinger JD. Missed opportunities for HIV testing in health care settings among young African American men who have sex with men: implications for the HIV epidemic. *AIDS Patient Care STDS* 2011; 25(11):657-664.
43. Blas MM, Menacho LA, Alva IE, Cabello R, Orellana ER. Motivating men who have sex with men to get tested for HIV through the internet and mobile phones: a qualitative study. *PLoS One* 2013; 8(1):e54012.
44. Lippman SA, Périssé AR, Veloso VG, Sullivan PS, Buchbinder S, Sineath RC, Grinsztejn B. Acceptability of self-conducted home-based HIV testing among men who have sex with men in Brazil: data from an on-line survey. *Cad Saude Publica* 2014; 30(4):724-734.
45. Greacen T, Friboulet D, Fugon L, Hefez S, Lorente N, Spire B. Access to and use of unauthorised online HIV self-tests by internet-using French-speaking men who have sex with men. *Sex Transm Infect* 2012; 88(5):368-374.
46. Martinez O, Carballo-Dieguez A, Ibitoye M, Frasca T, Brown W, Balan I. Anticipated and actual reactions to receiving HIV positive results through self-testing among gay and bisexual men. *AIDS Behav* 2014; 18(12):2485-2495.
47. Huebner DM, Binson D, Pollack LM, Woods WJ. Implementing bathhouse-based voluntary counselling and testing has no adverse effect on bathhouse patronage among men who have sex with men. *Int J STD AIDS* 2012; 23(3):182-184.
48. Mayer KH, Ducharme R, Zaller ND, Chan PA, Case P, Abbott D, Rodriguez II, Cavanaugh T. Unprotected sex, underestimated risk, undiagnosed HIV and sexually transmitted diseases among men who have sex with men accessing testing services in a New England bathhouse. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2012; 59(2):194-198.
49. Hoyos J, Belza MJ, Fernandez-Balbuena S, Rosales-Statkus ME, Pulido J, de la Fuente L. Preferred HIV testing services and programme characteristics among clients of a rapid HIV testing programme. *BMC Public Health* 2013; 13:791.

50. Mansergh G, Naorat S, Jommaroeng R, Jenkins RA, Jeeyapant S, Kanggarnrua K, Phanuphak P, Tappero JW, van Griensven F. Adaptation of Venue-Day-Time Sampling in Southeast Asia to Access MSM for HIV Assessment in Bangkok. *Sage Journals* 2006; 18(2):135-152.
51. Cinta F, Jordi C, Rafael M, Victoria G, Kati Z. Incremento en la prevalencia del VIH y en las conductas de riesgo asociadas en hombres que tienen sexo con hombres: 12 años de encuestas de vigilancia conductual en Cataluña. *Gac Sanit* 2010; 24(1):40-46.
52. Beattie TSH, Bhattacharjee P, Suresh M, Isac S, Ramesh BM, Moses S. Personal, interpersonal and structural challenges to accessing HIV testing, treatment and care services among female sex workers, men who have sex with men and transgenders in Karnataka state, South India. *J Epidemiol Community Health* 2012; 66(Supl. 2):ii42-48.
53. Hao C, Huan X, Yan H, Yang H, Guan W, Xu X, Zhang M, Wang N, Tang W, Gu J, Lau JT. A randomized controlled trial to evaluate the relative efficacy of enhanced versus standard voluntary counseling and testing on promoting condom use among men who have sex with men in China. *AIDS Behav* 2012; 16(5):1138-1147.
54. Hu Q, Xu J, Chu Z, Zhang J, Yun K, Shi F, Jiang Y, Geng W, Shang H. Barriers to acceptance of provider-initiated testing and counseling among men who have sex with men in Shenyang, China: a cross-sectional study. *Biomed Res Int* 2013; 2013:280969.
55. Fan EL. HIV testing as prevention among MSM in China: the business of scaling-up. *Glob Public Health* 2014; 9(1-2):85-97.
56. Aggleton P, Parker R. Moving Beyond Biomedicalization in the HIV Response: Implications for Community Involvement and Community Leadership Among Men Who Have Sex with Men and Transgender People. *Am J Pub Health* 2015; 105(8):1552-1558.
57. Parker R. Grassroots Activism, Civil Society Mobilization, and the Politics of the Global HIV/ AIDS Epidemic. *Brown Journal of World Affairs* 2011; xvii(ii):21-37.
58. Souza V, Czeresnia D. Demandas e expectativas de usuários de um centro de testagem e aconselhamento. *Rev Saude Publica* 2010; 44(3):441-447.
59. Monteiro S, Brandão E, Vargas E, Mora C, Soares P, Daltro E. Discursos sobre sexualidade em um Centro de Testagem e Aconselhamento: diálogos possíveis entre profissionais e usuários. *Cien Saude Colet* 2014; 19(1):137-146.
60. Araújo CLF, Camargo Júnior KR. *Aconselhamento em DST/HIV: repensando conceitos e práticas*. Rio de Janeiro: Folha Carioca; 2004.
61. Filgueiras S, Deslandes S. Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção-centrada na pessoa. *Cad Saude Publica* 1999; 15(Supl. 2):S121-S131.
62. Parker R. *O fim da Aids*. 2015. [acessado 2017 Jan 27]. Disponível em: <http://abiiaids.org.br/o-fim-daids/28618>
63. Nemes MIB, Scheffer M. Desafios da assistência às pessoas que vivem com HIV e AIDS no Brasil. In: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA). *Mito vs. realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016*. Rio de Janeiro: ABIA; 2016. p. 33-38.
64. Seffner F, Parker R. Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids. *Interface (Botucatu)*; 2016 20(57):293-304.
65. Nguyen V-K, Bajos N, Dubois-Arber F, O'Malley J, Pirkle CM. Remedicalizing an epidemic: from HIV treatment as prevention to HIV treatment is prevention. *AIDS* 2011; 25(3):291-293.
66. Kippax S, Stephenson N. *Socialising the Biomedical Turn in HIV Prevention*. London: Anthem Press; 2016.
67. Laurindo L, Teixeira PR. *Histórias da Aids no Brasil 1983-2003*. Brasília: Ministério da Saúde, Unesco; 2016.
68. 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):1162-1172.

Artigo apresentado em 27/03/2017

Aprovado em 25/08/2017

Versão final apresentada em 27/08/2017

