**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL**

FERNANDO VIANA DE CARVALHO ROCCO

**INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO POSITIVA: UMA
REVISÃO DE ESCOPO**

São Paulo, SP
2017

FERNANDO VIANA DE CARVALHO ROCCO

**INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO POSITIVA: UMA
REVISÃO DE ESCOPO
(VERSÃO CORRIGIDA)**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre junto ao Programa de Pós-
Graduação em Psicologia Social do Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo

Área de concentração: Psicologia Social

Orientadora: Profa. Dra. Vera Silvia Facciolla Paiva

São Paulo
2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Viana de Carvalho Rocco, Fernando

Intervenções de Prevenção Positiva: Uma revisão de literatura / Fernando Viana de Carvalho Rocco; orientadora Vera Silvia Facciolla Paiva. -- São Paulo, 2017.
160 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social) --
Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2017.

1. HIV. 2. Prevenção Positiva. 3. Prevenção & Controle. 4. Direitos Humanos. 5. Vulnerabilidades na saúde. I. Silvia Facciolla Paiva, Vera, orient. II. Título.

NOME: Rocco, Fernando Viana de Carvalho

TÍTULO: Intervenções de Prevenção Positiva: Uma Revisão de Escopo.

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade
de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia

Aprovado em: 22/01/2018

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que me acompanharam e me incentivaram nessa jornada.

Em especial, à minha orientadora, Vera Paiva, por quem tenho admiração e respeito. Sinto muito orgulho em tê-la como mestre deste barco.

Ao Professor Ivan França Júnior, pelas valiosas contribuições a este trabalho e pela disponibilidade e paciência costumeiras. Você que me ensinou que o trabalho de mestrado é individual, mas não precisa ser solitário.

Ao Professor Alessandro de Oliveira dos Santos, por ter me apresentado ao mundo da pesquisa – sem fantasias! E por ter sido, à época, um orientador rigoroso e doce.

À minha querida e amada irmã, Ana Carina, por ter dispensado seu valioso tempo para fazer a leitura atenta desse texto. Desde o berço, é contigo que divido minha vida.

Finalmente, à Dra. Christina Morgan: É você que sempre me dá a mão nos momentos em que eu mais preciso. Foi graças aos nossos espaços terapêuticos – sombras no deserto – que essa jornada fez sentido.

**“O PRINCIPAL REMÉDIO É MANTER O
HORIZONTE DE ESPERANÇA.**

Por isso me recuso a dizer que sou um condenado e que a aids não tem cura. Me recuso até a dizer que é um desastre; não é um desastre, é um grande desafio que a humanidade está enfrentando. E me recuso, sobretudo, a aceitar o estigma, a internalizar o sofrimento. Isso faz um mal terrível (...) A melhor forma é enfrentar o problema em campo aberto.”

[BETINHO, JORNADO DO BRASIL, 13/09/1987]

RESUMO

No campo da prevenção ao HIV, a maior parte dos esforços se dedica as pessoas “soronegativas” que nos programas e pesquisas aparecem como sinônimo de “todos”. A noção de Prevenção Positiva produzida no âmbito da resposta brasileira, por outro lado, considerou que as PVHA também necessitam de cuidados preventivos únicos. A presente dissertação se propõe a examinar a produção científica que descreve intervenções de prevenção positiva, bem como as suas possíveis contribuições na resposta à epidemia de HIV/AIDS, analisadas na perspectiva informada pelo quadro das vulnerabilidades e dos direitos humanos, que possibilitou a produção de uma noção singular de prevenção positiva ao longo da 3ª década de epidemia. Para tanto, utilizamos como método de pesquisa a revisão de escopo (scoping review) que permitiu sintetizar o conhecimento sobre intervenções de prevenção positiva disponibilizadas nas bases de dados escolhidas (CINAHL, ERIC, Lilacs, MedLine, PsycInf, Scopus, Web of Science e Google Acadêmico). Dos 700 artigos recuperados, foram selecionados 15 artigos, a partir dos critérios de busca. Entre outros achados, os estudos confirmaram o entendimento de que, historicamente, a prevenção do HIV se constituiu no campo sócio-comportamental. Não à toa, as intervenções centraram-se quase inteiramente na prevenção da transmissão do HIV e controle da epidemia, não no bem-estar das pessoas vivendo com HIV. Discutimos que as intervenções disponíveis na literatura, apesar da esperada inovação cunhada como prevenção positiva, sustentam a mesma prioridade de proteger as pessoas HIV negativas de serem infectadas por seus parceiros HIV positivos e perdem a oportunidade de inovar programas existentes, a partir do momento que não levam em conta os contextos diferentes de vulnerabilidade social e ação programática, que excluem os marcadores de

desigualdade (como classe ou gênero) e os projetos de cada pessoa vivendo com HIV na sua vida cotidiana e sua vulnerabilidade pessoal. Defendemos a maior produtividade de uma concepção que supere esse modelo que leva à culpabilização das PVHA e à sobreposição de estigmas que enfrentam, para fortalecer uma noção de prevenção solidária e compartilhada realizada em intervenções de prevenção positiva balizadas pela atenção integral à saúde e pela defesa e promoção dos direitos humanos das pessoas afetadas pela AIDS.

PALAVRAS-CHAVE: HIV; Prevenção Positiva; Prevenção e Controle, Direitos Humanos; Vulnerabilidades em saúde.

ABSTRACT

In the HIV prevention field, most part of the emissions are dedicated as “seronegative” people that appear in programs and researches as synonymous of “all”. The notion of Positive Prevention produced within the scope of the Brazilian response, conversely, considered that PLWHA also need single preventive care. This thesis proposes to examine the scientific production that describes positive prevention interventions as well as their possible contributions for the response to HIV/AIDS epidemic, analyzed from an informed perspective by the vulnerability and human rights framework, which made possible the production of single notion about the positive prevention throughout the 3rd epidemic’s decade. For this purpose, was used as a research method, a scoping review that allowed synthesizing knowledge about positive prevention interventions available in the chosen databases (CINAHL, ERIC, Lilacs, MedLine, PsycInf, Scopus, Web of Science and Google Scholar). Of the 700 recovered articles, were selected 15 articles based on the search criteria. Among other discoveries, the studies confirmed the understanding that, historically, HIV prevention has been in the socio-behavioral field. Not by accident, the interventions focused almost entirely on preventing HIV transmissions and controlling the epidemic, not on the well-being of people living with HIV. Was discussed that interventions available in the literature, despite the expected innovation named as positive prevention, support the same priority in protecting HIV negative people from being infected by their HIV positive partners and miss the opportunity to innovate existing programs, from the moment that they don’t consider the distinct contexts of social vulnerability and programmatic action that exclude markers of inequality (such as class or gender) and the projects of each person living with HIV in their daily lives and personal vulnerability. We defend the higher productivity of a conception that

overcome this model that blames the PLWHA and the overlapping of stigmas they face in order to strengthen the notion of solidarity and shared prevention carried out in interventions of positive prevention defined by integral health care and the defense and promotion of the Human Rights of people affected by AIDS.

KEY WORDS: HIV; Positive Prevention; Prevention and Control; Human Rights; Vulnerabilities in health

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Fluxograma: Seleção dos Estudos

GRÁFICO 2 – País de Origem da Publicação dos Artigos

GRÁFICO 3 – Ano de Publicação dos Artigos

GRÁFICO 4 – Local da Intervenção

GRÁFICO 5 – Gráfico de Nuvens: Termos mais comuns utilizados nas definições de Prevenção Positiva

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Descrição de Alguns Métodos de Síntese de Conhecimento

QUADRO 2 – Comparativo entre Revisões Sistemáticas e Revisões de Escopo

QUADRO 3 – Definição e Finalidade da Revisão de Escopo, por autor

QUADRO 4 – Descrição da estratégia PCC

QUADRO 5 – Descrição das Bases de Dados

QUADRO 6 – Rol exemplificativo para exclusão de artigos

QUADRO 7 – Relação de artigos selecionados, com indicação de: autor(es), publicação, país de origem, ano de publicação e órgão de financiamento do estudo

QUADRO 8 – Relação de artigos selecionados, com indicação de: autor(es), publicação, país de origem, ano de publicação e órgão de financiamento do estudo

QUADRO 9 – Relação de estudos selecionados, com indicação de população-chave, local da intervenção, foco e técnica da intervenção e enfoque conceitual

QUADRO 10 – Relação de estudos selecionados, com indicação de população-chave, local da intervenção, foco e técnica da intervenção e enfoque conceitual

QUADRO 11 – Descrição das intervenções e dos resultados

QUADRO 12 – Definição das categorias de intervenção e exemplos de ações

QUADRO 13 – Definição de prevenção positiva, por artigo

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Total de artigos recuperados e selecionados, por base de dados

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Expressões utilizadas para “transmissão do vírus hiv”

FIGURA 2 – Expressões utilizadas para “comportamentos”

FIGURA 3 – Expressões utilizadas para “aconselhamento”

FIGURA 4 – Expressões utilizadas para “treinamento”

LISTA DE ABREVIações

AZT – Zidovudina

CDC – Centros de Controle e Prevenção de Doenças

HSB – Homens que fazem sexo com homens

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais

NAPWA – National Association of People with HIV Australia

OMS – Organização Mundial da Saúde

PEP – Profilaxia Pós-Exposição

PREP – Profilaxia Pré-Exposição

PVHA – Pessoas que vivem com HIV/AIDS

SAFE – Serostatus Approach to Fighting the HIV Epidemic

TcP – Tratamento como prevenção

UNAIDS – Joint United Nations Program on HIV/AIDS

UNESCO – Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	PALAVRAS INICIAIS.....	17
1.1	O debate sobre a resposta à epidemia na sua 4 ^a década.....	21
2	AFINAL, DE QUE PREVENÇÃO ESTAMOS FALANDO?.....	30
2.1	“Todos” e “cada um”: O caminho das Abordagens Preventivas no contexto do HIV.....	30
2.2	Prevenção Positiva: A vida para além do vírus HIV.....	40
	2.2.1 Um breve histórico.....	45
	2.2.2 Prevenção Positiva no Brasil.....	54
3	SÍNTESE DE CONHECIMENTO E A REVISÃO DE LITERATURA..	59
4	OBJETIVOS GERAIS.....	65
5	MÉTODO.....	66
5.1	Identificação da pergunta de pesquisa.....	72
5.2	Identificação dos estudos relevantes.....	73
5.3	Seleção dos estudos.....	77
5.4	Mapear os dados.....	79
5.5	Comparação, resumo e relato dos resultados.....	81
6	RESULTADOS.....	82
7	INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO POSITIVA: UMA DISCUSSÃO	111
8	PALAVRAS FINAIS.....	146
	REFERÊNCIAS.....	152

1 PALAVRAS INICIAIS

A presente proposta de pesquisa definiu-se a partir de minha experiência – ainda como aluno de graduação do Instituto de Psicologia da USP – em centros de referência no atendimento às pessoas com HIV/AIDS, no âmbito da minha participação na Liga de HIV/AIDS da Faculdade de Medicina da USP. Conviver com os pacientes assistidos nos referidos centros foi muito enriquecedor, sobretudo quando o tempo disponível permitia a troca de experiências, entre nós, para além das paredes dos consultórios.

Nesses espaços, tive a oportunidade de escutar histórias carregadas de muito afeto: tristeza, alegria, esperança, decepções, surpresas, medos e desejos. Da minha experiência nestes locais de assistência, pude notar, em última instância, que essas pessoas precisam criar estratégias a fim de se reestruturar para uma nova realidade que se manifesta, isto é, precisam lidar com sua vida cotidiana depois do diagnóstico, necessitam aprender a lidar com os novos desafios que uma doença crônica requer. Mas não qualquer doença crônica, vale sublinhar: A AIDS nos coloca diante de desafios como a mudança comportamental que o uso contínuo de medicamentos demanda, bem como os possíveis efeitos colaterais que esses medicamentos causam aos pacientes; como também de atendimentos nem sempre adequados com relação ao acolhimento de demandas e à qualidade do cuidado oferecido; e, ainda, dos efeitos deletérios que o imaginário temeroso do HIV e os estigmas a ele relacionados causam nas pessoas que vivem com HIV/AIDS, entre outros aspectos que impactam fortemente a qualidade de vida dessas pessoas.

As discussões em um grupo multidisciplinar, com alunos de diversas áreas do conhecimento, capitaneadas por pesquisadores do NEPAIDS (Núcleo de Estudos para Prevenção da AIDS), também foram fundamentais para minha formação, ainda

incipiente, na área. Os estágios nos centros de referência também possibilitaram a construção de um entendimento em relação à maneira como foi sendo delimitada a resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS e de que forma — com a participação ativa da sociedade civil, acadêmicos e gestores de saúde — foi sendo possível delinear um programa nacional de enfrentamento ao HIV/AIDS, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

No período dessa minha formação (2011-2012) ainda se sustentava no imaginário a noção de que a resposta brasileira era muito eficiente e de que o programa de AIDS brasileiro era uma referência internacional, que produzia estratégias contundentes contra o avanço da epidemia de HIV. Muito se falava em um programa alinhado com os Direitos Humanos, pautado na não discriminação. Ao mesmo tempo, essa noção de “programa de AIDS exemplar” cristalizada não tem permitido que as estratégias de enfrentamento à epidemia de HIV/AIDS sejam repensadas diante dos dados epidemiológicos mais atuais e, mais do que isso, não tem favorecido a criação de espaços onde a criatividade possa ser a força propulsora para formulação de respostas originais e adaptadas aos desafios hodiernos.

De fato, esses centros de referência em que tive oportunidade de iniciar minha formação ofereciam uma assistência integral bem estruturada, com princípios que colocavam em perspectiva a importância da prevenção e do cuidado. Nesse sentido, debruçar-me criticamente sobre a resposta brasileira ficava em segundo plano, não permitindo uma análise acerca das ações que, de certa maneira, estavam se afastando dos pressupostos que consolidaram o programa de AIDS brasileiro em um “lugar mítico” (Seffner; Parker, 2016). No entanto, nunca perdi de vista a noção de que estava em contato com centros de referência da maior cidade brasileira e de

que, talvez, toda essa estrutura e as boas experiências proporcionadas aos pacientes podiam não fazer parte de outros da vida cotidiana de outros serviços de saúde, especialmente naqueles mais afastados dos grandes centros.

Relativizar a questão da qualidade dos serviços oferecidos as pessoas que vivem com HIV/Aids, nos permite enxergar que esta é uma das dimensões que ressalta que a AIDS é uma realidade cultural e política, motivo pelo qual se explica como algumas pessoas, após serem infectadas, têm acesso a verdadeiras “ilhas de excelência”, enquanto outras só conseguem um precário acesso aos recursos de prevenção, tratamento e cuidado. Nesse sentido, quando se trabalha no campo da AIDS, necessariamente, se coloca em pauta questões estruturantes da nossa sociedade, como as relacionadas às hierarquias na construção do espaço público que se expressam na desigualdade do país. Como bem apontam Seffner e Parker (2016, p. 25):

Conhecer a situação da AIDS em um país é saber como operam todos esses marcadores da diferença [a repartição de poder entre homens e mulheres, entre brancos e negros, entre populações com maior ou menor escolaridade, entre pessoas de um ou outro pertencimento religioso, entre aquelas que moram em tal ou qual região do país, entre pobres e ricos, entre jovens, adultos e velhos] que posicionam as pessoas em diferentes lugares no tecido da vida social.

Jonathan Mann, já no final da década de 1980, falava em três tipos de epidemia: uma epidemia oculta, representada por aqueles que viviam com o HIV e ainda não sabiam; uma epidemia manifesta, representada pelas pessoas que desenvolveram sintomas da doença; e uma terceira epidemia, potencialmente a mais explosiva, marcada pelo aspecto social, “que foi se caracterizando, principalmente, por níveis excepcionalmente altos de estigma, discriminação e, certas vezes, negação coletiva”. (Parker; Aggleton, 2001, p. 8). A terceira epidemia, dessa forma, não é a do vírus biológico, mas aquela que ao mesmo tempo, produz e responde à realidade

biológica e cria as respostas sociais. Herbert Daniel (1989), também nessa época, sustentou a ideia de que o vírus ideológico é muito mais difícil de ser combatido e que, portanto, enfrentamento à epidemia deve estar ancorado nas premissas de solidariedade, acolhimento e inclusão.

Parker e Aggleton (2001), ao discutirem estigma, discriminação e AIDS, citam algumas metáforas constantemente associadas à AIDS – morte, horror, punição, crime, guerra, o Outro, vergonha – que fomentaram respostas de estigmatização. Tais respostas produzem e reproduzem relações desiguais e de desigualdade social “validadas frequentemente pelos saberes técnicos que legitimam a transformação da diferença em desigualdade: desigualdade de classe, nas relações de gênero, de idade, cor ou etnia, sexualidade ou orientação sexual” (Paiva, 2009, p. 35). Mann, Tarantola e Netter (1992) afirmaram que o estigma da Aids pode ser considerado como o mais prejudicial e negativo representante das respostas sociais produzidas pela epidemia. Grotz e Parker (2015) afirmam que há, nos tempos atuais, um “retorno do vírus ideológico”, que põe obstáculos para a construção de uma resposta à epidemia pautada em “determinantes sociais e caracterizada por relações complexas de cooperação e conflito entre Estado e sociedade civil” (p. 19).

Como se vê, além dos aspectos clínicos, a força das respostas sociais produzidas pelo HIV/AIDS marcaram – e ainda marcam – intensamente a epidemia. O estigma e as hierarquias de desigualdade são exemplos destas respostas que dificultam o acesso à prevenção e ao tratamento. Tendo isso em vista, uma estratégia adequada e efetiva ao HIV/AIDS deve levar em conta não apenas aspectos biomédicos, mas, sobretudo, questões de ordem social, política e econômica. Nesse sentido, Richard Parker, em fala apresentada no 8º Encontro Estadual das ONGs/AIDS do Rio de Janeiro (2015), fez um importante alerta a

respeito do contexto da epidemia da AIDS no mundo: de um lado, observa-se um movimento mundial que anuncia o fim próximo da AIDS, ancorado nos recentes avanços biomédicos e, de outro, um recrudescimento local das epidemias, com o enfraquecimento das respostas políticas e sociais ao HIV/AIDS — respostas como estas que fizeram do Brasil referência mundial no enfrentamento ao vírus.

Esse discurso de "fim da AIDS", de fato, não parece estar ancorado em realidades locais: no Brasil, o retorno da AIDS (e não de uma preocupação com ela) está sublinhado no aumento das mortes (sobretudo no Sul e no Norte do Brasil), em uma incidência desigual entre as regiões brasileiras, com crescimento das novas infecções, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste e na realização aquém do esperado de testes de HIV nas populações mais vulneráveis (BRASIL, 2015). Os dados apresentados nos boletins epidemiológicos colocam em evidência que há uma ineficiência nas políticas de prevenção, que não se afastam do ultrapassado discurso do “use camisinha!”. Como afirmam Grotz e Parker (2015, p. 20): “Isto se dá porque o vírus ideológico ganhou espaço, ampliando as fissuras por onde transita o vírus biológico”.

1.1 O debate sobre a resposta à epidemia na sua 4ª década

Dados do relatório mundial da UNAIDS de 2016 também ajudam a compreender este quadro: o Brasil registrou aumento do número de infecções por HIV no período de 2010 a 2014 e, também, lidera o número de novos casos de HIV na América Latina. Hoje, segundo o relatório, vivem cerca de 800 mil pessoas com o vírus no país, 40 mil é o número de novas infecções por ano e 15 mil pessoas morrem, anualmente, em decorrência da doença. São dados que sugerem uma reemergência

da AIDS. No entanto, o discurso governamental frequentemente aponta para o lado oposto: fala-se em estabilidade do número de novas infecções e faz-se acreditar que a AIDS está sob controle com as novidades biomédicas (Fernandez, 2015; Seffner, Parker, 2016). Grangeiro (2016, p. 22) é enfático ao afirmar que: “[os dados] apontam o fato de que o Brasil pode estar passando por uma fase de transição, com indicadores positivos da resposta brasileira sendo permeados por indícios de que a epidemia está reemergindo e tende a atingir patamares mais elevados do que os observados nesses últimos 30 anos”.

O pano de fundo atual não poderia ser menos favorável em relação ao controle da epidemia: o recrudescimento do fundamentalismo religioso tem se expressado em uma agenda ultraconservadora que tem impacto imediato nos campos “moralmente sensíveis” (Corrêa, 2016), como o das políticas públicas de saúde, especialmente aquelas que envolvem o HIV/AIDS. Esse quadro que vem se desenhando e causando preocupações é resultado, portanto, de uma...

...interseção perversa de tendências negativas no âmbito da política de saúde num sentido amplo, debilitação dos compromissos do Estado com a agenda dos direitos humanos e efeitos da crescente influência do conservadorismo moral na formação de políticas e na produção legislativa. (Corrêa, 2016, p. 11).

Exemplos desta dinâmica conservadora não faltam: em 2012, o Ministério da Saúde censurou uma campanha que tinha como alvo jovens gays – grupo com altas taxas de incidência do HIV. Em março de 2013, uma série de quadrinhos temáticos sobre sexualidade e educação para os alunos da rede pública foi censurada antes de sua distribuição nas escolas. As histórias em quadrinhos abordavam questões como adolescência, gênero, diversidade sexual, direitos sexuais e reprodutivos e viver com o HIV. Esses quadrinhos eram parte do programa Saúde e Prevenção nas Escolas, uma iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Educação em parceria com o

UNAIDS, UNFPA, UNICEF e com a UNESCO, que foi batizado por setores conservadores como “kit gay”. Em junho do mesmo ano, o então Ministro da Saúde ordenou que uma campanha preventiva que tinha como alvo as profissionais do sexo fosse removida do website da Instituição¹.

Esses recentes recuos de gestores públicos em campanhas de prevenção voltadas para populações mais vulneráveis e afetadas – como os homossexuais, as prostitutas e as pessoas trans – e o fortalecimento de setores religiosos dogmáticos nos espaços políticos institucionais, somados à centralidade das avançadas tecnologias biomédicas na prevenção, têm levado a um afastamento dos princípios que consagraram a resposta brasileira no passado. Grotz e Parker (2015, p. 20) ratificam esse entendimento ao afirmarem que:

Essas visões acarretam danos à resposta ao HIV e à AIDS, pois difundem concepções morais restritivas que se distanciam radicalmente das virtuosidades que um dia consagraram a resposta brasileira como uma das melhores do mundo. Ao enfatizar parâmetros morais, essas visões acentuam as fissuras sociais que, nas palavras de Herbert Daniel, são os caminhos através dos quais a epidemia se alastra.

Nesse sentido, estamos em um momento em que a resposta comunitária em relação à epidemia tem se mostrado crucial. A sabedoria e o conhecimento para uma resposta eficiente à AIDS não resultaram exclusivamente da ciência. Pelo contrário: frequentemente as comunidades afetadas, que vivem diariamente o problema, são as protagonistas das transformações de práticas, de técnicas e de teorias (Bellenzani, Santos, Paiva, 2012). Basta que voltemos um pouco ao

¹Esse contexto torna-se ainda mais prejudicial, considerando o atual movimento do Ministério da Saúde e de Políticas do Governo Federal que caminham para uma descaracterização do Sistema Único de Saúde: com redução de seu financiamento, leilão de cargos e fomentos à privatização da saúde.. A aprovação do chamado “teto de gastos” (Emenda Constitucional 95), na esteira de uma política fiscal de arrocho e alteridade e somados a um conservadorismo institucional, prevê uma situação crítica para o sistema de saúde brasileiro. Especificamente no campo da prevenção e tratamento do HIV, já temos uma noção dos efeitos prejudiciais que esse pano de fundo pode proporcionar: limitação dos exames de carga viral, ameaça da criminalização das pessoas vivendo com HIV (Lei 198/2015), falta de medicação para o TARV, etc.

passado, que veremos o poder da mobilização dos maiores interessados no combate efetivo da epidemia: as pessoas que viviam e conviviam com o HIV/AIDS e grupos mais vulneráveis, ao sair do isolamento e ir em busca de serviços de AIDS, conquistaram a organização os centros de testagem anônima, o acolhimento e o aconselhamento no sistema de saúde já nos anos 198-1990. Além de beneficiar os diretamente atingidos, afinou-se a vigilância epidemiológica, fortaleceu-se a rede laboratorial e de distribuição de medicamentos para, em seguida, criar o desafio de sustentar, em longo prazo, essa política (Paiva, 2002).

Como se vê, a retomada da mobilização das pessoas que vivem com o HIV e da sociedade civil em geral faz-se urgente. Ficar à espera do "fim da epidemia", ou de uma cura baseada em metodologias exclusivamente biomédicas, nesse contexto, não leva em conta o que se aprendeu em anos de resposta à epidemia. Como bem afirmam Grotz e Parker (2015, p. 21):

Não se trata de desconsiderar a importância das ferramentas da biomedicina, mas sim de refletir sobre suas limitações e buscar caminhos para que seja articulada, de maneira sólida, aos parâmetros de diálogo, solidariedade e não discriminação que, um dia, foram a base da resposta brasileira.

Essa estratégia do “fim próximo da AIDS” é também o alicerce de uma política neoliberal de combate ao vírus HIV e projeta um futuro altamente medicalizado. No entanto, os traços da diversidade cultural e político de um país não podem ficar de fora da construção dessas respostas, na medida em que transformam os pacientes em consumidores homogêneos de remédios (Seffner; Parker, 2016). Assim, tal estratégia considera todos os indivíduos como idênticos, bem como a situação social brasileira como homogênea, o que evidentemente não é real. A resposta à epidemia não pode estar ancorada em uma noção de “tamanho único” e desconsiderar os aspectos contextuais de ordem política, cultural e econômica. (Seffner; Parker, 2016)

A estratégia de “testar e tratar” isoladamente poderá estar alinhada com esses pressupostos neoliberais de resposta ao HIV: embora apresente eficácia comprovada em estudos clínicos, tal estratégia concebe as pessoas que vivem com HIV/AIDS apenas como consumidoras de remédios. Fica de fora dessa análise, pois, a complexidade necessária a uma boa resposta ao HIV, que está longe de ser um evento meramente biomédico. A partir dessa leitura, a resposta brasileira passou a negligenciar atividades educacionais e estratégias contra discriminação. Em última análise, a eliminação do vírus e o impedimento da replicação estão sendo confundidos com a cura da AIDS (Seffner; Parker, 2016).

Grangeiro (2016) também critica a concentração de esforços na estratégia “testar e tratar”. Para ele, no caso brasileiro, essa estratégia parece ter parado no “testar”: os dados apontam que há um aumento no número de pessoas testadas, mas esse aumento não se espelha na adesão ao tratamento. Ainda segundo ele, os dados epidemiológicos apontam para: (i) um aumento da incidência de casos para HIV e (ii) um aumento da mortalidade. A partir desses dados, fica claro que as tecnologias biomédicas tendem a um esgotamento na linha do tempo. Daí a necessidade de combinação de estratégias de prevenção.

Não apenas as tecnologias biomédicas tendem a um esgotamento, mas os dados parecem apontar para um igual esgotamento das campanhas de prevenção. Muito provavelmente as pessoas que se depararam com o resultado positivo em relação à sorologia para o HIV foram expostas às abordagens de prevenção ora correntes. No entanto, se o objetivo dessas abordagens é a diminuição de novos casos para o HIV, podemos inferir que essas abordagens falharam. Neste sentido, parece óbvio observar que as estratégias preventivas que insistirem nessas mesmas

abordagens continuarão produzindo efeitos ineficientes e ineficazes. O resultado? Número crescente de novos casos por infecção pelo HIV.

Além disso, os dados epidemiológicos apontam que existem algumas populações que apresentam uma maior vulnerabilidade social, e certamente programática à infecção por HIV: o grupo de pessoas trans é o mais vulnerável, uma vez que tem 49 vezes mais chance de se infectar em relação à população geral. Gays, homens que fazem sexo com outros homens e usuários de drogas injetáveis tem 24 vezes mais chances de se infectar, de estarem expostos à infecção. Profissionais do sexo, por sua vez, dez vezes mais (UNAIDS, 2016). Esses dados apontam que um aumento da transmissão do HIV é esperado se os esforços de prevenção não forem expandidos.

Se um dos desafios desde o início da resposta à epidemia é acolher, tratar e cuidar das pessoas que se infectam e cujas vidas cotidianas – em família, com amigos, no trabalho e na comunidade- são afetadas pelo vírus e pelo imaginário estigmatizante, um maior empenho para desenvolver estratégias eficazes de transmissão do HIV por pessoas que vivem com o vírus, ou para protegê-las da reinfeção e de outras co-infecções são fundamentais.

Nesse sentido, a noção de Prevenção Positiva foi proposta como uma das contribuições para a renovação da política brasileira de combate à Aids. Publicação do Ministério da Saúde (2007) traz a seguinte definição para o conceito de Prevenção Positiva:

A Prevenção Positiva é definida como um campo de ação focado nas necessidades das PVHA e se estrutura a partir da incorporação do conceito de vulnerabilidade à dimensão do viver com HIV e aids. Trata-se de uma política que busca promover a atenção integral à saúde e a qualidade de vida, tendo como referência os componentes de advocacy, mobilização comunitária, direitos humanos e integralidade na atenção dos serviços do SUS. (BRASIL, 2007, p. 7)

Essa definição indica um movimento que pretende trazer as pessoas que vivem com HIV para o centro das atenções preventivas, numa perspectiva que acredita que elas fazem parte da solução para epidemia. Sem dúvida, um avanço no que diz respeito à maneira como, historicamente, as PVHA são consideradas nas estratégias de prevenção ao HIV/AIDS, isto é, deixar de tratá-las como alvos passivos das mensagens de prevenção e passar a reconhecê-las como participantes ativos da resposta global para o HIV (UNAIDS, 2011). Mais do que isso, a noção de prevenção positiva surge na esteira de um entendimento que compreende que as pessoas, após tomarem ciência de seu status sorológico positivo para o HIV, não adquirem magicamente e automaticamente as habilidades complexas necessárias para a comunicação, a tomada de decisões e a ação efetiva no que diz respeito à promoção e aos cuidados com sua saúde.

A noção de prevenção positiva que será discutida nessa dissertação, assim como os modelos de intervenção preventiva dela derivados, como veremos, quando baseados nesses pressupostos elencados pelo Ministério da Saúde, tem potencial para contribuir na desconstrução das desigualdades e construções sociais que tentam manter em opressão as pessoas que vivem com HIV/AIDS. Os modelos de prevenção positiva podem funcionar de base para estruturar estratégias efetivas diante da expansão da epidemia que vivemos hoje e, sobretudo, pode possibilitar jogar luz e dar voz àqueles que, historicamente, vêm sendo silenciados. Ao mesmo tempo, como afirma Barcellos (2009), não basta redirecionar as ações preventivas para aqueles que vivem com HIV: isso seria um retrocesso, pois desvia o foco da responsabilidade coletiva – isto é, a necessidade universal de prevenção – e deságua nas abordagens malsucedidas de grupo de risco.

O estudo apresentado quer contribuir na direção de aprofundar o debate crítico e rigoroso sobre as intervenções nomeadas de prevenção positiva. Veremos, por exemplo, que a literatura internacional vem abordando essa temática a partir de dois eixos: (i) reconhecem que as intervenções de prevenção positiva são importantes no combate à epidemia e (ii) indicam fatores que devem ser levados em conta nas intervenções de prevenção positiva, tais como: fortalecimento da relação médico/paciente, discussão de normas de gênero e relações que levam à desigualdade, além da importância do apoio terapêutico.

Qual seria a contribuição das intervenções de prevenção positiva na resposta à epidemia de HIV/AIDS? O presente trabalho pretende contribuir nessa direção, isto é, analisar criticamente intervenções de prevenção positiva descritas na literatura, a partir de uma abordagem psicossocial do quadro de vulnerabilidade e direitos humanos (Paiva, 2007). A força deste projeto reside, portanto, na sistematização (e posterior análise crítica) das informações já disponibilizadas sobre as intervenções de prevenção positiva, levando em consideração a oportunidade de aprender a partir da experiência de outras culturas e comunidades, bem como de se debruçar sobre a importância que os contextos social e programático, para além dos aspectos individuais, desempenham na prevenção e tratamento do HIV.

Para isso, na primeira parte da presente dissertação, será defendida a relevância do debate sobre prevenção no contexto do HIV. Se os dados indicam uma reemergência da epidemia e as tecnologias biomédicas não têm dado conta sozinhas de freá-la, certamente a prevenção ainda é a melhor estratégia de resposta. Será apresentado um panorama das abordagens preventivas dessas quase quatro décadas de epidemia e, em seguida, mais detidamente a noção de prevenção positiva. A partir da apresentação de um breve histórico, será possível

compreender a prevenção positiva como um conceito vivo, adaptável à evolução das necessidades das pessoas que vivem com HIV/AIDS e às políticas e programas que as servem. As seções seguintes descreverão a metodologia de pesquisa, bem como as referências teóricas que orientaram a condução do estudo e a análise dos resultados. Por fim, a dissertação é encerrada com a apresentação dos principais achados e conclusões.

2 AFINAL, DE QUE PREVENÇÃO ESTAMOS FALANDO?

2.1 “Todos” e “cada um”: o caminho das Abordagens Preventivas no contexto do HIV

Desde o início da epidemia, algumas abordagens para o enfrentamento do HIV/AIDS foram colocadas em campo, no intuito de controlar o avanço da epidemia. Nesse contexto, os primeiros anos foram marcados por um desconhecimento importante sobre o vírus e sua forma de transmissão, além da pouca informação a respeito do desenrolar da doença e, claro, sobre formas de controle e cura. Tal desconhecimento funcionou como um verdadeiro catalisador de representações negativas, estigmas e preconceitos contra as pessoas que viviam com o vírus e, ainda mais marcante, contra aqueles que apresentavam sintomas manifestos da doença. Sem dúvida, esse desconhecimento em relação ao vírus teve grande influência na maneira como foram sendo desenhadas estratégias de prevenção e assistência às pessoas afetadas nos primeiros anos da epidemia.

Um desses modelos esteve centrado no âmbito da biomedicina. Certamente, a abordagem biomédica trouxe ganhos importantes, tais como desenho da nova entidade nosológica resultante da identificação de um vírus que era desconhecido e da produção e disseminação do acesso aos testes anti-HIV, retirando do campo do desconhecido aspectos estritamente biológicos da doença. Ainda hoje, entretanto, as estratégias de prevenção adotadas no início da epidemia, antes da produção e acesso aos antirretrovirais, ainda são mais eficazes e apresentam papel central no combate à epidemia. (Camargo Jr, 2013). Na falta de acesso universal aos métodos preventivos e curativos eficazes no campo da biomedicina, as possibilidades de combate à sua prop.ção continuam sendo (ou, pelo menos, deveriam ser) amplamente sustentadas no trabalho educativo. (Fernandes, 1994).

Paiva (2000) traz um panorama amplo sobre as abordagens para a Prevenção da AIDS das duas primeiras décadas. Segundo a autora, nos primeiros anos da epidemia, o que se via – legitimado pelas autoridades médicas – era uma campanha terrorista, que espalhou pânico na população, numa verdadeira cruzada contra os promíscuos e contra aqueles que transgrediram alguma “lei moral ou natural”. Essa abordagem transformou as pessoas que viviam com AIDS em “mortos-vivos sem direitos”, o que Herbert Daniel (1989) denominou de “morte civil”.

O imaginário das pessoas relacionava a AIDS à ameaça de morte e ao pré-julgamento sobre sua promiscuidade. Luiz Mott (1991) fazia um apanhado de situações vividas pelas pessoas que viviam com o HIV na primeira década de epidemia, manifestações de “rejeição discriminatória”. São casos de extremo desrespeito à liberdade individual e à liberdade de corpo, situações que ferem, em última instância, os direitos fundamentais dos cidadãos. São muitas as histórias e fatos que indicam o abandono do doente pelos serviços e programas de saúde, pelos familiares, associados à demissão de emprego, expulsão de casa ou da cidade de origem, chegando ao extremo do assassinato dos “aidéticos”. O panorama levantado por Mott deixa claro que se criou, na época, um movimento – disseminado pela grande mídia – que disparava pânico na população e ajudava a cristalizar imagens moralistas e discriminatórias que em nada condiziam com uma boa resposta à epidemia. Essas manifestações colaboraram para ratificar a figura do “doente de aids” a partir da morte eminente, do preconceito ligado a grupos sociais e do sofrimento dos pacientes. As campanhas preventivas, ao levarem em conta esse imaginário, incentivavam uma velada quarentena, ao transferirem o medo da doença para o medo dos portadores do vírus, numa tentativa intencional de culpabilizar a vítima pelo “mal” que a acomete (Guimarães, 1996).

Pinheiro (2015) apontou, em seu panorama acerca da prevenção nos anos iniciais da epidemia, que se essa perspectiva de “grupo de risco” esteve em pauta como perspectiva teórico-conceitual alicerçante da abordagem de prevenção, a luta contra a discriminação e pela não violência também esteve em pauta, embora com menor força, especialmente pela luta dos movimentos gays da época. O autor também afirma que foram esses mesmos movimentos os responsáveis pelo afastamento/recusa de medidas como abstinência, castidade ou monogamia, claramente pautados por uma postura político-ideológica que reivindicava liberdade sexual e direitos para população LGBT. No entanto, essas estratégias de prevenção não estiveram ancoradas em programas governamentais e o que predominava na população geral era um imaginário cruel que culpabilizava a vítima, perspectiva que – esta sim – influenciou governos e campanhas preventivas.

Na linha do tempo, estratégias de prevenção com foco estritamente informativo também estiveram em pauta: a ideia era informar a população a respeito da prevenção e transmissão do HIV. Pinheiro (2015) afirma que os discursos preventivos passaram a eleger a camisinha como a estratégia mais eficaz de prevenção, seguindo uma tendência internacional. As principais campanhas veiculadas nos meios de comunicação em massa seguiam as orientações das autoridades sanitárias internacionais, tinham um caráter fortemente informativo, retiraram a camisinha da marginalidade, restrita apenas aos “guetos”, e foram responsáveis, em última análise, pelo “boom da camisinha”.

Os estudos demonstraram, no entanto, que a melhoria do nível de informação da população não significa, necessariamente, redução do preconceito ou adoção de sexo seguro para se prevenir da AIDS. Esses estudos apontam para o fato de que a mudança de hábitos está muito além do aspecto estritamente informativo e está

longe de ser algo simples, sobretudo quando falamos de transmissão do HIV. Fernandes (1994) sistematiza alguns desses achados científicos, já no início da segunda década, sobre a relação entre conhecimentos e atitudes relacionados à infecção:

Em uma pesquisa realizada na favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil, por exemplo, observou-se entre os entrevistados um nível bastante razoável de conhecimentos sobre a doença, com mais de 95% de respostas corretas em relação às formas de transmissão sexual (Fernandes et al., 1992). Cerca de 45% dos entrevistados, entretanto, acreditavam que a picada de mosquito poderia transmitir o vírus, e apenas 8% deles referiram usar regularmente o preservativo. A mesma opinião sobre o mosquito enquanto vetor da infecção foi compartilhada por 57% dos entrevistados em um estudo feito numa população de 100 mil norte-americanos (Médecine et Hygiène, 1991). Em um outro inquérito realizado entre usuários do metrô de São Paulo, registrou-se uma referência a mudanças, enquanto somente 18% deles referiram o uso de preservativo (Munhoz et al., 1992). Parker (1991), estudando uma população de homens homo e bissexuais, relata um amplo conhecimento da importância do preservativo como meio de prevenção da infecção, aliado, no entanto, ao uso inconsciente deste. (Fernandes, 1994, p. 171-2)

O resultado desses estudos indica que os programas preventivos que vigoravam à época nada mais faziam do que uma “educação bancária”, conforme aponta Paiva (2000), ao citar Paulo Freire. Além disso, como pontuado por Pinheiro (2015), nesta mesma época (final da década de 1980 e início da década de 1990), também se sustentavam as campanhas ancoradas no terror e na ameaça. Essas campanhas enfatizaram o caráter incurável da AIDS e utilizaram-se de mensagens “tétricas e fúnebres”. O início da epidemia já havia apontado o limite da estratégia baseada no medo e na ameaça que pouco contribuía ao seu combate. No entanto, o poder público, associada a parte da classe médica e acadêmica que desconheciam a dinâmica sócio cultural da sexualidade ou tendiam a pensar moralmente e não cientificamente, ou tratavam a epidemia da AIDS como qualquer outra epidemia ou pautavam a prevenção em aspectos ineficazes, tais como recomendar hábitos saudáveis, evitar “vícios” e deixar o controle e a intervenção para a vigilância sanitária; quando não apostavam exclusivamente na estratégia do medo.

No início da década de 1990, Paiva (2000) afirma que há um salto qualitativo nas ideias sobre prevenção, com alguns avanços na direção dos estudos da epidemiologia comportamental e da psicologia da saúde. Com o passar do tempo, no entanto, mais uma vez se percebeu que essas abordagens eram apenas um começo e mostraram-se insuficientes para entender a complexidade das condutas e comportamentos que variam conforme contexto, a pessoa e suas cenas singulares, cada fase de vida e cada cultura compartilhada. Nesse sentido, a autora argumenta que, para mudar condutas sexuais, de nada adianta apostar em estratégias de “responsabilidade individual”, uma vez que o sexo desprotegido é vivenciado na dinâmica de uma relação. Auerbach (2004) também ratifica esse entendimento e pontua que, se a transmissão do HIV envolve sempre, em maior ou menor medida, duas pessoas em uma relação social (por exemplo, em relações sexuais, de mãe para filho durante o parto, através da partilha de seringas, etc.) não parece adequado que a maioria dos esforços de prevenção estejam centrados em intervenções em nível individual. O que faltaria, segundo essa autora, é ampliar o foco para a dinâmica da relação em que se ocorre a transmissão.

Além disso, Paiva (2000) sublinha a importância de serem levadas em consideração tanto as hierarquias, quanto os contextos sociais quando se está em pauta a construção de estratégias de prevenção:

A relação entre pessoas, e a sexual não é diferente, envolve quase sempre uma hierarquia ou uma desigualdade de poder: entre homem e mulher, entre passivo e ativo, entre mais velho e mais jovem, entre mais ou menos experiente, entre provedor e dependentes. O contexto social estabelece condições desiguais, os mais ricos têm melhores condições materiais para transar e se proteger do vírus. (Paiva, 2000, p. 32).

Na mesma direção de Paiva, Auerbach (2004) entende que as hierarquias e as desigualdades de poder são aspectos que devem ser levados em conta no momento da análise das dinâmicas relacionais e destaca que, em muitos contextos, a

construção social das relações sexuais torna a negociação do uso do preservativo discutível ou impossível. Ela exemplifica: mulheres e homens trabalhadores do sexo têm a possibilidade de negociação para o uso de preservativo muito diminuída, quando implica a perda do cliente. Em relacionamentos mais íntimos fora do contexto da prostituição e na população em geral, sugerir o uso do preservativo ou conversar sobre o estado sorológico para o HIV pode sugerir falta de amor, de fidelidade e de confiança. Para muitas pessoas, os riscos emocionais são maiores do que os riscos potenciais de adquirir ou transmitir o HIV.

No desenrolar da epidemia, evidenciou-se que manter o comportamento preventivo não é tarefa fácil. Há uma complexidade de fatores envolvidos e os obstáculos para o sexo seguro exigem uma interação permanente e uma fina sintonia com cada grupo que se quer ajudar. A comunicação das campanhas preventivas, nesse contexto, deve voltar-se a cada grupo social de maneira específica, no intuito de manter suas identidades com o discurso preventivo. No entanto, Paiva (2002) afirma que as ações de prevenção das primeiras décadas não valorizavam a diversidade: com o objetivo de atingir “a todos”, as campanhas preventivas não focalizam a vida “de cada um”. É importante ter em mente esses aspectos, pois atribui-se sentidos diferentes às mesmas práticas sexuais, cada grupo (e pessoa) mantém valores, preferências sexuais singulares, linguagens diferentes para assuntos privados e obstáculos de ordem diferente para se proteger do vírus.

Os meios informativos, tais como folhetos, palestras, mídia, dentre outros, de nada adiantam se ancorados numa “educação bancária”, não dialógica, uma vez que não mobilizam “sujeitos sexuais”, pessoas que se assumem como agentes dos discursos sobre sexualidade disponíveis, não melhoram a autoestima dos

marginalizados para que decidam evitar esse risco, não impõe as práticas seguras como prioridades a serem exercidas no cotidiano (Paiva, 2000).

Em última instância, percebe-se que as campanhas de prevenção têm sido conduzidas a partir de um tecnicismo insuficiente (Pinheiro, 2015), quando prescrevem a utilização de camisinha em todas as relações sexuais. Dissemina-se uma mensagem descontextualizada e acrítica, porque não leva em consideração a dinâmica das práticas e de diferentes scripts sexuais. Nesse sentido, Pinheiro (2015, p. 183) afirma:

O uso tecnicista da prevenção caracteriza-se como uma barreira na abordagem da sexualidade (em especial, de determinadas expressões sexuais), o que pode ser visto com mais nitidez nos casos em que a sexualidade é apresentada de forma mais explícita, ou seja, nos materiais preventivos considerados eróticos/pornográficos. Em função dessa barreira, tem-se operado, na prevenção, uma desconexão entre a dimensão pública da vida e aquela considerada íntima. Desse modo, os discursos preventivos têm tendido a se restringir a essa dimensão pública e tratar a íntima superficialmente: recomendar o que deve ser feito na intimidade (“use camisinha”), mas não aprofundar a discussão e a compreensão dos elementos que compõe as particularidades das pessoas e dos grupos em relação às cenas sexuais e às possibilidades de uso e recuso da camisinha.

Paiva (2000), expressando um movimento inovador da prevenção que inclui várias outras iniciativas e autores, relata sua experiência em atividades e ações preventivas e aponta uma estratégia que estimula a organização coletiva e acredita nas respostas produzidas por quem está diretamente afetado e vivendo no contexto de vulnerabilidade. Trata-se de uma “educação libertadora”, inspirada em Paulo Freire, que considera a história e a construção social dos sexos e dos gêneros, ou a imensa diversidade da experiência humana. A autora alerta que precisamos de uma pedagogia de prevenção e para cidadania. Com forte influência do pensamento de Paulo Freire, essa abordagem explicitada por Paiva recusa o “adestramento” para mobilizar um sujeito que é dono de seu discurso, estimular sujeitos conscientes que tenham poder de escolha. Trata-se de um salto qualitativo importante, visto que essa

abordagem estimula os “sujeitos sexuais” em detrimento de consumidores inconscientes do sexo seguro e da camisinha. Aqui, não estamos falando de “ensinar prevenção”. A ideia é ampliar as “palestras” para transmissão de informação e produzir “grupos de reflexão”, buscando fomentar a construção de processos de emancipação de pessoas e de seus grupos (Paiva, 2002).

Em termos práticos, essa abordagem foi colocada em exercício com oficinas de sexo seguro direcionadas a jovens. Mais que oficinas, os espaços para debate tornaram-se “promotores de sexo seguro”, “grupos de conscientização”, “grupos de vivência compartilhada”. Nessas oficinas, temas importantes relacionados ao HIV foram abordados, tais como a percepção de risco epidemiológico, analisados com base na compreensão das relações de gênero, dos simbolismos da AIDS, observadas na singularidade e dinâmica das práticas sexuais e do sexo (in) seguro.

Por meio desses encontros, foi possível sensibilizar os jovens para essas questões e torná-los donos desse discurso. A última sessão das oficinas propostas, nesse modelo experimentado em escolas de ensino médio e de educação noturna de jovens adultos no início dos anos 1990, era centrada na conversa sobre “cenas sexuais”. A partir dessas cenas, pôde-se criar um laboratório onde os jovens participantes se experimentaram como sujeitos sexuais e criaram soluções para cada obstáculo. Essa inspiração, de acordo com Paiva (2000), permitiu focalizar a atividade sexual de forma mais completa e dinâmica, coerente com uma visão de sexualidade socialmente construída e de prevenção disseminada por e para um grupo específico. Por meio dessas cenas, foi possível ter acesso a cenas privadas e difíceis de compartilhar, e ao conversar sobre elas, criar caminhos e referências novas, afetivamente significativas.

Como se vê, foi possível criar estratégias de prevenção que levam em consideração não apenas aspectos de ordem intra-individual, mas, sobretudo, que colocam em perspectiva também aspectos sociais e a renovação e adaptação programática. No entanto, essas ações ainda eram isoladas e raras nas estratégias preventivas desenhadas até então. E desde então, a tônica das campanhas de prevenção raramente conseguiu abandonar as referências centradas nas “práticas de risco, comportamentos de risco e nas falhas prováveis na adesão”. (Paiva, 2002, p. 29). Fala-se, até hoje, como vimos no início deste texto, em uma “crise da prevenção”.

Nesse sentido, as novas tecnologias de prevenção surgem dentro de um contexto em que se percebe que as populações socialmente mais vulnerabilizadas reportam certo cansaço no uso de preservativos ou falhas em seu uso. Terto Júnior (2014) reforça que durante esses anos todos em que se enfatizou a camisinha como principal estratégia de combate à AIDS, e como no início da resposta comunitária que precedeu a resposta da saúde pública, as pessoas seguem buscando novas estratégias, novos modos e que permitam adaptar suas questões de prevenção. Esse cansaço pode ser traduzido no abandono da camisinha em todas as relações sexuais ou em algumas relações sexuais, em alguns momentos específicos ou em algumas práticas sexuais. As pessoas, portanto, vão se adaptando às estratégias de prevenção disponíveis. É necessário que se escute e se entenda como se dá esse “gerenciamento de riscos”² para uma construção efetiva de resposta à epidemia.

²Segundo o Ministério da Saúde (2017) a abordagem do “gerenciamento de risco” reconhece que as escolhas são feitas considerando diferentes pertencimentos culturais, inserções comunitárias e histórias de vida, que influenciarão nos modos como os métodos de prevenção são adotados ao longo da vida. Cabe destacar que a gestão de risco considera o princípio de que as pessoas são autônomas e capazes de fazer escolhas no seu melhor interesse, se tiverem todas as informações necessárias para reduzir seu risco de infecção pelo HIV.

Essa discussão está no bojo do que hoje chamamos de “prevenção combinada”. A prevenção combinada baseia-se no método informado, estratégico e simultâneo de possibilidades complementares de prevenção comportamental, biomédica e estrutural. Os programas de prevenção combinada operam em diferentes níveis (por exemplo, indivíduo, relacionamento, comunidade, sociedade) para abordar as necessidades específicas das mais diversas populações em risco de infecção pelo HIV. Em praticamente todos os países onde o progresso marcado na prevenção de novas infecções foi documentado, foi utilizada uma combinação de abordagem de prevenção estrutural, comportamental e biomédica. Embora a prevenção combinada não seja uma ideia nova, chama atenção o quão raramente ela foi implementada sistematicamente. O que vimos percebendo é a concentração dos esforços sobretudo nas novas tecnologias biomédicas (tais como a PREP, a PEP e o TcP) que não vem acompanhado de uma preocupação também com as questões de ordem estrutural. Nesse sentido, concordamos com Dulce (2016, p. 12), quando ela afirma:

É preciso reconhecer que o sucesso das tecnologias biomédicas depende das condições estruturais. Por mais eficaz que um medicamento se mostre em ensaios clínicos, na vida real é a possibilidade de os serviços de saúde o ofertarem com qualidade e de as pessoas o acessarem e aderirem ao seu uso que determinará seu verdadeiro grau de proteção

Como vimos, é comum no meio acadêmico especializado a interpretação dos dados epidemiológicos e da etnografia disponível afirmando que a estratégia do “use camisinha” foi insuficiente na resposta à epidemia de HIV/AIDS, porque o uso prolongado da camisinha em todas as relações sexuais é improvável, dado que, as pessoas vão gerenciando os riscos de acordo com suas próprias especificidades e de acordo com as influências, seus sentidos culturais e programáticos. Assim, ao

longo do tempo, as pessoas vão tomando suas próprias decisões e criando suas próprias estratégias para gerenciar e compensar os riscos (Terto Júnior, 2014).

Diversas abordagens para a prevenção da AIDS já foram postas “à prova”. Modelos orientados por uma ideia de comunicação unidirecional, dogmática e autoritária; modelos baseados na ideia de aprendizado como simples aquisição de informação; modelos centrados na modelagem do outro à própria imagem como objetivo da educação preventiva. Há, portanto, uma gama de práticas e métodos que podem (e devem) atuar de forma coesa para uma estratégia preventiva eficaz e efetiva diante do HIV. As possibilidades de atuação são bastante diversas e cada uma delas apresenta limitações e potencialidades que certamente têm um peso importante no controle da epidemia (Fernandes, 1994). Uma característica, no entanto, permanecer inalterada: os “positivos”, ou seja, as pessoas vivendo com HIV, seguem quase inexistentes como tema ou “alvo” das ações preventivas.

Paiva (2002) discute que a prevenção seguia pensada para cidadãos “HIV negativos”, que programas e pesquisas traduzem sempre seu público-alvo como sendo “soronegativo” – sinônimo de todos – que deve se proteger de alguém potencialmente “soropositivo”. Nesse contexto, nas ações de prevenção discutem-se os obstáculos que impedem o “negativo” de aceitar ou considerar que outras/outros possam ser HIV positivos. “Mas as dificuldades de o portador fazer o teste ou se reconstruir para uma nova vida, protegendo os outros ou a si mesmo de reinfeção nunca são discutidas abertamente, como se pertencessem a uma outra nação”. (Paiva, 2002, p. 28). É esse tema que abordaremos a seguir.

2.2 Prevenção Positiva: a vida para além do vírus HIV

Mais de 30 anos após os primeiros casos identificados de AIDS, é notável que as intensas pesquisas no campo biomédico produziram informações valiosas sobre o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Avanços na detecção e tratamento do HIV melhoraram significativamente a qualidade de vida das pessoas que vivem com o vírus e reduziram as mortes relacionadas à AIDS (Karon et. al, 2001). Esses sucessos marcaram o início de uma nova era na epidemia, em que a infecção pelo HIV detectada precocemente pôde ser administrada com sucesso por meio de cuidados médicos adequados, permitindo que a maioria das pessoas que vivem com o HIV levem vidas ativas e produtivas (Egger et. al, 2002; Porter et. al., 2003).

Somente quando as terapias antirretrovirais altamente ativas se tornaram disponíveis, começou-se um movimento em que se reconheceu a importância de intervenções dirigidas também a pessoas positivas. Isso aconteceu por diversas razões: em locais onde o tratamento estava disponível, as pessoas sentiram-se mais seguras para procurar testes, a fim de conhecerem sua sorologia para o HIV. Ao mesmo tempo, o tratamento com a terapia antirretroviral significou que as pessoas HIV positivas estavam vivendo muito mais tempo. A disponibilidade de testes somada à disponibilidade de tratamento eficaz para o HIV oportunizou a procura por serviços de tratamento, apoio e cuidado. A partir do momento que essas pessoas começam a visitar os instrumentos de saúde para testar sua sorologia e, em caso positivo, iniciarem o tratamento, há a oportunidade de que serviços de prevenção sejam ofertados, inclusive àqueles que testaram positivo e iniciam o tratamento.

Outra razão que reforçou a necessidade de intervenções voltadas aos positivos é a menor probabilidade dessas pessoas se engajarem em “comportamentos de risco” (sexo desprotegido) após início do tratamento: se, por um lado, algumas evidências sugerem que, em certas comunidades, a disponibilidade de tratamento pode levar as

peessoas – HIV positivas e HIV negativas – a descartarem a gravidade do risco de infecção por HIV, e assim, relaxarem seus esforços para promover os comportamentos seguros (Eisele et al; 2008); por outro lado, estudos apontam que a maioria das pessoas que descobrem sua sorologia positiva para o HIV reduz o “comportamento de risco”. (Shuper, et al; 2008). Assim sendo, alguns especialistas começaram a destacar a importância de manter os esforços de prevenção mesmo durante o tratamento, bem como propuseram a necessidade de estratégias específicas de prevenção adaptadas às pessoas que sabem que estão vivendo com HIV (Bernard, 2009).

Finalmente, quando o diagnóstico positivo para o HIV já não mais significou a certeza do fim da vida de uma pessoa, os esforços para melhorar a qualidade de vida das PVHA ganharam terreno. Mais atenção foi dada aos relacionamentos e à intimidade, o que inevitavelmente provocou questões relativas à revelação/divulgação do status sobre sua sorologia para o HIV, e promoção de iniciativas de prevenção para os casais sorodiscordantes. Além disso, as pessoas vivendo vidas mais longas e mais intensas com o HIV, necessariamente demandam uma ampla gama de ações preventivas de saúde, incluindo cuidados da sua singular saúde sexual e reprodutiva.

Apesar da forte justificativa para programas de prevenção com pessoas que vivem com HIV, a maioria dos esforços de prevenção, como já vimos, tem se concentrado historicamente na população geral ou em membros de subgrupos mais vulneráveis para contrair o HIV. É bem verdade que as pessoas que vivem com HIV sempre estiveram na vanguarda dos esforços para ampliar os programas de prevenção, demandando a sua inclusão não apenas na consecução desses programas, mas, sobretudo, requisitando que esses programas também

contemplassem as suas necessidades únicas de prevenção. No entanto, com poucas exceções, os serviços de prevenção para pessoas que vivem com HIV foram limitados à sessão única de aconselhamento pós-teste, demonstrando um claro descompasso entre prevenção, tratamento, assistência e cuidado. (BRASIL, 2013)

Parece ser ponto pacífico que a maneira mais eficaz de se combater a epidemia é uma ampla abordagem que liga a prevenção, o tratamento e autocuidados. A prevenção positiva, em última instância, coloca em pauta a necessidade de que essas faces do acompanhamento às PVHA estejam, de fato, interligadas. Sabemos, no entanto, que, na prática, não é essa a realidade observada: enquanto o tratamento, o cuidado e o apoio são entendidos como dirigidos às pessoas que vivem com HIV e suas famílias, os esforços de prevenção geralmente têm se concentrado em pessoas que são HIV negativas.

A importância de associar programaticamente tratamento e prevenção são claras desde os anos 1990. Por exemplo, aconselhamento e testes voluntários são uma importante estratégia de prevenção, especialmente porque uma parte considerável das pessoas que vivem com HIV não estão cientes de seu status (UNAIDS, 2011). Através de aconselhamento e testagem anti-HIV, aqueles que testam positivo para o HIV podem obter tratamento e cuidados, enquanto aqueles que testam negativo podem aprender a proteger-se melhor e receber referências para outros serviços de saúde preventiva. Esse foi sempre um dos eixos da resposta brasileira à aids, garantido pela noção constitucional de saúde como um direito fundamental, da prevenção à reabilitação.

No entanto, a maioria das pessoas estará relutante em procurar testes, a menos que saibam que a ajuda, incluindo o tratamento, estará disponível. Além disso, caso o resultado do teste seja positivo para o HIV, é importante que se tenha a certeza

que seu status não levará à criminalização, ao estigma ou à discriminação. Esse foi o efeito revolucionário da oferta de medicamentos anti-HIV no Sistema Único de Saúde desde o início dos 1990, com o AZT.

Do mesmo modo, o tratamento está ligado a cuidados e apoio, uma vez que muitas pessoas que vivem com o HIV terão de tomar antirretrovirais e outros medicamentos e, também, necessitarão de uma gama completa de serviços para manter a sua saúde: nutrição, apoio relacionado à adesão da medicação, orientações quanto à saúde sexual e reprodutiva, aconselhamento, etc.

Portanto, as pessoas que sabem que estão vivendo com HIV também precisam de serviços de prevenção. As estratégias de prevenção pensadas/dirigidas para pessoas HIV positivas têm sido chamadas de “prevenção positiva”. O termo “prevenção positiva”, cada vez mais discutido desde o final dos anos 1990 (Living Partnership, 2009), oferece uma oportunidade valiosa para destacar as necessidades de prevenção de pessoas que sabem que são positivas.

O conceito de prevenção positiva, por outro lado, ainda não está consolidado no meio científico, que debate o sentido deste conceito. As dimensões incluídas na prevenção positiva expressam enfoques conceituais distintos e permitem que o entendimento a respeito da prevenção positiva esteja inserido em um espectro amplo de possibilidades: para alguns, ela se limita apenas a evitar a transmissão do HIV ou a modelar “comportamentos de risco”, também com foco na não transmissão do vírus. Para outros, o conceito de prevenção positiva pode ampliar uma estrita preocupação com a transmissão e visar à promoção da saúde, à melhoria da qualidade de vida e o respeito aos direitos humanos das pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Para entendermos de que maneira a noção de prevenção positiva foi sendo construída e de que forma foram sendo atribuídos diferentes significados a ela, traçaremos uma breve linha do tempo, apontando os momentos em que a discussão sobre prevenção positiva começou a surgir nos espaços acadêmicos e também nos espaços da sociedade civil.

2.2.1 Um breve histórico

Como discutimos acima, a necessidade de programas de prevenção dirigidos às pessoas que vivem com HIV não foi reconhecida de imediato, quando do surgimento das primeiras pessoas diagnosticadas. Esse reconhecimento foi precipitado por uma série de eventos influentes que prenunciaram a mudança de paradigma na prevenção do HIV. A ideia de melhorar a saúde e a vida das pessoas vivendo com HIV através de cuidados e tratamento, objetivando a redução do risco de doenças infecciosas foi proposta pela primeira vez em 1989 (Global HIV Prevention Working Group, 2004), mas não recebeu atenção ou apoio extensivo até o final da década de 1990.

Segundo Rotello (1995), as primeiras discussões que questionaram as abordagens de prevenção que não levavam em consideração a responsabilidade das pessoas afetadas pelo HIV em proteger os outros começaram a surgir após meados da década de 1990. Esse debate foi introduzido na literatura acadêmica em 1996, quando um comentário publicado no *New England Journal of Medicine* apresentou uma série de questões pontuais sobre a responsabilidade das pessoas soropositivas em relação à prevenção da transmissão do HIV (Bayer, 1996).

À época, a falta de intervenções para as pessoas HIV positivas foi reconhecida pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), que disponibilizou fundos para pesquisas que levaram ao desenvolvimento de intervenções de redução de risco para homens HIV positivos que faziam sexo com homens (HSH) (Wolitski et al; 1996). O mais importante endosso da necessidade de intervenções para pessoas vivendo com HIV do *stablishment* médico-acadêmico veio em 1997, em um painel do National Institutes of Health, intitulado “*Interventions to Prevent HIV Risk Behaviors*” (1997, p. 28), que concluiu:

Os programas devem ser desenvolvidos para ajudar os indivíduos já infectados com o HIV a evitar comportamentos sexuais de risco. Esta prioridade nacional será cada vez mais premente com os novos tratamentos biológicos que prolongam a vida. Assim, os programas de prevenção para pessoas soropositivas devem ter resultados que podem ser mantidos por longos períodos de tempo, a fim de retardar a prop.ção da infecção.

Assim, o início do debate no meio acadêmico sobre o que então chamaríamos de “prevenção positiva” esteve pautado na responsabilização das PVHA em relação à transmissão do vírus. Fica claro que a preocupação, neste momento, esteve centrada em construções de barreiras contra a prop.ção da infecção, a partir de um entendimento que considerou as PVHA apenas como “vetores de transmissão do vírus HIV”. A comunidade LGBT, em vários países, enfrentando prevalências enorme da circulação do vírus nas redes de encontros sexuais, há muito buscava a autoproteção estimulando a prevenção que incluía e começava até com os soropositivos, como discutimos a seguir.

Em 2000, começou a surgir um consenso na literatura acadêmica sobre a importância da prevenção com pessoas vivendo com HIV/AIDS (Kok, 1999, Schiltz e Sandfort, 2000). Uma revisão publicada pelo Institute of Medicine (2000) abordou a necessidade de ações de prevenção com pessoas soropositivas ao HIV, e, especificamente, pediu esforços adicionais para integrar a prevenção e cuidados

médicos. Esse movimento de se considerar a prevenção também direcionada às PVHA não foi acompanhado, no entanto, de um plano claramente articulado para desenvolver e implementar programas para pessoas vivendo com HIV, pelo menos em nível governamental.

Isso não impediu que organizações comunitárias e a maioria das organizações que representam pessoas vivendo com HIV – por exemplo, California ‘Breakfast Club’, Chile’s Vivo Positivo e Canada’s Ontario Gay Men’s HIV Prevention Strategy (GNP+; UNAIDS, 2009) – desenvolvessem ações alinhadas ao que hoje chamamos de “prevenção positiva”. Em outras palavras, componentes de prevenção positiva têm sido praticados em muitos países desde a década de 1980 (Bognar, 2002), embora não inicialmente rotulados como tal. Mais do que isso, parece ter havido um descompasso em relação ao que vinha sendo pautado pela academia e as reais reivindicações dos movimentos sociais.

Talvez o melhor exemplo desse descompasso seja a organização do documento que ficou conhecido como “Princípios de Denver”, ainda no início da década de 1980. Este documento elencou como prioridade o protagonismo e o empoderamento das PVHA, na medida em que fez um apelo para que as pessoas soropositivas pudessem escolher estar envolvidas em todos os níveis de tomada de decisões relacionadas às repostas à epidemia de HIV. O documento também já manifestava a importância da PVHA ser responsável pela sua vida sexual e reprodutiva, reivindicando o direito de que elas também gozassem de uma vida sexual e emocional completa e satisfatória. Certamente, um marco na história de resistência à expansão da epidemia. Também podemos citar, nessa esteira, o “Princípio GIPA” (Maior Envolvimento das Pessoas Vivendo com HIV). Tal princípio tomou forma na Cúpula de Paris sobre a AIDS realizada em 1994, quando 42 países concordaram

em “apoiar uma maior implicação das pessoas vivendo com o HIV a todos os níveis e estimular a criação de meios ambientes políticos, legais e sociais solidários” (UNAIDS, 1999). De maneira geral, é um princípio que tem por objetivo fazer valer os direitos e responsabilidades das pessoas vivendo com o HIV, incluindo o seu direito à autodeterminação e participação em processos de tomada de decisões que afetam as suas vidas.

Como se vê, de um lado temos um movimento que reconheceu a necessidade de programas de intervenção voltados para as PVHA, mas pautados estritamente por pressupostos da epidemiologia da doença. De outro, um movimento que reconhecia as PVHA como parte da solução para combater a epidemia. É nesse campo de forças contraditórias que a noção de prevenção positiva foi sendo significado e ressignificado.

O debate prosseguiu e a noção de “prevenção positiva” tornou-se mais formalizada em 2001, quando o Centro para o Controle e Prevenção de Doenças (CDC), nos Estados Unidos, lançou o programa intitulado “Serostatus Approach to Fighting the HIV Epidemic” (SAFE). Esse programa focalizou seus esforços em pessoas HIV-positivas que não conheciam seu status, estabelecendo como principal objetivo da ação a ampliação do acesso aos testes de HIV. O SAFE também incluiu esforços para aumentar o acesso aos serviços de saúde, sobretudo investindo no incentivo ao início do TARV entre pessoas que sabem que estão vivendo com HIV, e, também, incluiu como objetivo a redução dos comportamentos de risco entre aqueles que conhecem e aqueles que não conhecem seu status sorológico para o HIV (Anderson, 2004)

Em 2003, o CDC incorporou a prevenção para positivos em uma nova iniciativa – dessa vez mais ampla – chamada de *Advancing HIV Prevention* (AHP). Diferente da

primeira iniciativa (SAFE), a AHP abordou algumas necessidades de cuidados em saúde para as PVHA, tais como: investigação em relação a outras ISTs, tratamento para abuso de álcool e outras drogas e prevenção de infecções oportunistas. O objetivo do programa, no entanto, permaneceu o mesmo: reduzir o número de novas infecções por HIV, a partir da modelagem de comportamentos (Weis et al., 2008)

A AHP inclui a prevenção para pessoas vivendo com HIV como um dos três elementos centrais das atividades de prevenção do vírus. Nesse modelo, os esforços para reduzir a infecção pelo vírus da AIDS basearam-se em: (1) aconselhamento, testes e serviços de referência, (2) programas de prevenção para pessoas não infectadas que estão em alto risco para o HIV e (3) programas de prevenção para pessoas vivendo com HIV.

A AHP representou uma mudança de paradigma fundamental que elevou o conceito relativamente novo de prevenção com indivíduos HIV positivos a um nível de importância igual ao da prevenção com pessoas em risco de infecção pelo HIV. (Weis et al., 2008) Mais importante ainda, a AHP foi apoiada por robustos recursos financeiros, tendo como objetivo a implantação de projetos em larga escala e o apoio a programas de prevenção que foram projetados tendo em vista quatro estratégias específicas: (1) tornar o teste do HIV parte rotineira dos cuidados médicos; (2) implementar novos modelos para diagnosticar infecções por HIV fora dos ambientes clínicos, (3) prevenir novas infecções trabalhando com pessoas diagnosticadas com HIV e seus parceiros, e (4) diminuir a transmissão vertical do HIV (CDC, 2003).

O programa e as diretrizes do CDC foram fortemente criticados pela Associação Nacional de Pessoas com AIDS (NAPWA, na sigla em inglês), uma organização de pessoas vivendo com HIV dos EUA, pela falta de envolvimento das pessoas que

vivem com HIV/AIDS na construção e planejamento das ações e, sobretudo, por “colocar a responsabilidade de evitar infecções nos ombros de pessoas soropositivas”. (Anderson, 2004, p. 13)

Também em 2003, a Aliança Internacional para o HIV/AIDS compartilhou um documento que apresentou diretrizes a respeito da prevenção positiva, a partir de uma abordagem mais ampla e diversificada (Alliance, 2003). O documento também priorizou a construção de quadro ético para a noção de prevenção positiva. O quadro apresentou dois pilares: o primeiro centrado nas formas de promover a testagem para o HIV, melhorar o acesso ao tratamento e fornecer aconselhamento em torno de comportamentos mais seguros, não apenas para as pessoas que vivem com HIV. O outro, por sua vez, abordou a necessidade de mudanças ambientais: foi proposta, por exemplo, a facilitação de grupos de apoio entre pares, envolvimento das pessoas vivendo com HIV na formulação de programas e decisões políticas, e, também, o trabalho para desenvolver um ambiente legal e político mais favorável.

O projeto influenciou novas tentativas de organizar a noção de prevenção positiva. Foi o caso do *Global HIV Prevention Working Group*, que, em 2004, publicou o texto “*HIV Prevention in the Era of Expanded Treatment Access*”, que exigia maior atenção à prevenção positiva como parte chave de uma agenda de prevenção mais ampla. O documento trazia como diretrizes da prevenção positiva: (i) programas de prevenção adaptados (incluindo aconselhamento para ajudar na divulgação, informação prática sobre o risco de transmissão do HIV quando em terapia anti-retroviral e promoção de comportamentos mais seguros); (ii) apoio financeiro e envolvimento de organizações de pessoas vivendo com HIV no planejamento e execução de ações; e (iii) esforços comunitários para combater o estigma relacionado ao HIV, o que oportuniza o uso de serviços de teste, tratamento

e prevenção (Global HIV Prevention Working Group, 2004). Tal como o documento da Aliança Internacional, o relatório do Grupo de Trabalho sobre Prevenção do HIV chamou a atenção para a necessidade de mudanças mais amplas, incluindo um maior apoio às redes de pessoas vivendo com HIV e a importância crítica de superar o estigma. Também se concentrou principalmente em pessoas que conhecem seu status. Entretanto, mais uma vez, ambos os relatórios definiram a “prevenção” quase exclusivamente como a prevenção da transmissão do HIV. As necessidades mais amplas de cuidados de saúde preventivos das pessoas que vivem com o HIV – e as muitas formas de responder a estas necessidades – foram ignoradas.

Nesse sentido, visando trazer outros componentes para o debate da prevenção positiva, grupos de pessoas vivendo com HIV propuseram um pacote ainda mais amplo de atividades e intervenções. Também em 2004, a NAPWA elencou um rol de necessidades de prevenção para as PVHA, incluindo atendimento médico, garantia de habitação, tratamento de abuso de substâncias, educação e oportunidades financeiras, serviços de saúde mental, apoio à autoestima e serviços para atendimento de casos em violência doméstica (Anderson, 2004). Esse documento também enfatizou a necessidade de abordar questões de sexualidade e intimidade, bem como a importância de conceituar a prevenção positiva como uma responsabilidade compartilhada.

Desde então, várias organizações – incluindo o CDC, a Aliança Internacional contra o HIV/AIDS, a UNAIDS e a Organização Mundial de Saúde (OMS) - desenvolveram uma orientação programática mais holística para a “prevenção positiva”. É o caso da UNAIDS, que, em 2005, propôs uma abordagem mais centrada na vida de pessoas que sabem que vivem com o HIV. Neste texto, a prevenção positiva foi descrita como tendo três facetas importantes: o objetivo da

prevenção para as pessoas que vivem com HIV é capacitá-las para evitar a aquisição de novas infecções sexualmente transmissíveis, retardar a progressão da doença e evitar a transmissão da infecção para outras pessoas (UNAIDS, 2005)

A UNAIDS também reconheceu explicitamente os esforços críticos das pessoas vivendo com HIV para exigir, promover e praticar a prevenção. Não incluiu o teste de HIV como uma intervenção de prevenção positiva, pois aqueles que já conhecem seu status não precisam de um teste. Em vez disso, suas diretrizes específicas de prevenção para pessoas vivendo com HIV recomendaram (UNAIDS, 2007):

- a) Assegurar a proteção jurídica e o apoio social às pessoas que vivem com o HIV;*
- b) Assegurar o aconselhamento pós-teste;*
- c) Prestar apoio a grupos e redes de pessoas vivendo com HIV; e*
- d) Apoiar iniciativas que oportunizam um maior envolvimento de pessoas vivendo com HIV na tomada de decisões.*

Em vez de promover a mudança de comportamento, estas orientações centraram-se na prestação de serviços e apoio às pessoas que vivem com o HIV. Mais do que qualquer abordagem anterior, posicionaram a prevenção positiva como um conjunto de intervenções para o benefício das pessoas que vivem com HIV.

Nessa mesma direção, em um conjunto de diretrizes publicadas em 2007, a Organização Mundial de Saúde (OMS) descreveu a prevenção positiva incluindo seus três componentes: vida saudável, direito à saúde sexual e reprodutiva satisfatórias e envolvimento de pessoas vivendo com HIV nas decisões políticas. As diretrizes compilaram evidências técnicas e uma extensa lista de recomendações para prevenir doenças, promover a saúde entre pessoas vivendo com HIV e para prevenir a transmissão do HIV. O texto incluía uma ampla gama de intervenções médicas, apoio psicossocial e aconselhamento, e intervenções em nível familiar e

comunitário, tais como a provisão de água potável e saneamento básico (WHO, 2007)

No início de 2008, a “Ontario Gay Men’s HIV Prevention Strategy” aprovou uma plataforma de prevenção positiva que enfatizou a importância de ser defendida a responsabilidade compartilhada em relação à transmissão do vírus HIV. Esta plataforma também colocou a máxima prioridade na melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com o HIV. Na Índia, o “*Asia Pacific Council of AIDS Service Organizations*” vem trabalhando desde 2005 no Projeto de Advocacia de Prevenção e Tratamento, que integra o trabalho em torno de cuidados e prevenção dentro de um quadro de direitos humanos. No Chile, as atividades de prevenção do grupo “Vivo Positivo” incluem aconselhamento sobre relacionamento, serviços psicológicos e assistência nutricional, bem como ampla assistência médica preventiva (Living 2008 Partnership, 2009).

Esses são exemplos que apontam que os significados atribuídos à noção de prevenção foram sendo alterados ao longo do tempo. Como vimos, o marco inicial da discussão sobre prevenção positiva se refere ao consenso que surgiu quanto a necessidade de também serem desenvolvidos programas e ações de prevenção direcionados às pessoas que vivem com HIV/AIDS. No entanto, os pressupostos que alicerçaram esses programas partiam de posições diferentes: de um lado, um movimento ancorado na epidemiologia e na história natural da doença e, de outro, um movimento capitaneado pelos movimentos sociais, que pautaram a necessidade do protagonismo e emporaderamento das PVHA, bem como reivindicaram a luta por uma vida saudável e plena. O segundo momento relevante faz menção à estratégia AHP planejada e executada pelo CDC, em que a noção de prevenção positiva – agora sob esta rubrica – começa a ficar menos nebulosa: incorpora as algumas

demandas do movimento social, mas mantém como preocupação primeira das intervenções de prevenção positiva a não transmissão do vírus HIV. Finalmente, há um terceiro momento, em que a discussão sobre prevenção positiva passa a ser mais programática e holística e as intervenções passaram a ser preocupar com as necessidade de prevenção das PVHA.

2.2.2 Prevenção Positiva no Brasil

O Brasil não ficou de fora do debate. Em 2005, o conceito de prevenção positiva aparece no Plano Estratégico do Programa Nacional de DST e AIDS. Esse documento apresentou as metas previstas pelo Programa para execução e alcance no mesmo ano. Um dos desafios apontados, para ser equacionado à luz do desenvolvimento do campo de práticas da prevenção, foi a prevenção positiva dirigida às demandas das PVHA, a partir de um enfoque que valorizasse a participação direta destas pessoas na elaboração das políticas públicas de DST/AIDS (BRASIL, 2005)

Um grupo de trabalho vinculado ao Ministério da Saúde, composto por trabalhadores dos serviços de AIDS, da sociedade civil, gestores e membros da academia foi formado no ano seguinte com o objetivo de discutir a prevenção positiva. Em outubro de 2006, foi realizado o décimo terceiro encontro nacional de pessoas vivendo com HIV e AIDS, no Rio de Janeiro. As discussões giraram em torno da integração e a garantia da dignidade dos soropositivos. Nesse espaço, um dos momentos importantes foi o da consulta acerca do conhecimento e entendimentos sobre prevenção positiva das pessoas que vivem com HIV. Essa investigação complementou as discussões levantadas no grupo de trabalho e ajudou

na consecução de outras ações, como a Campanha Mundial da luta contra a AIDS, que, naquele ano, teve como foco as pessoas que vivem com HIV/AIDS, tendo como base o conceito de Prevenção Positiva.

A partir desse momento, uma série de documentos oficiais foram publicados trazendo a temática da prevenção positiva como estruturantes das ações do Ministério da Saúde no que tange às políticas de prevenção do HIV e da AIDS. Dentre eles, citamos:

- a) folhetos voltados para profissionais de saúde, gestores, soropositivos e familiares que colocam em pauta componentes da prevenção positiva, tais como: protagonismo, direitos humanos, qualidade da atenção à saúde, sexualidade, adesão ao tratamento, uso de álcool e outras drogas, além de esclarecer sobre HIV, AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis³;*
- b) diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com o HIV e AIDS⁴;*
- c) protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para adultos vivendo com HIV/AIDS⁵;*
- d) protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos⁶;*
- e) política brasileira de enfrentamento da AIDS: resultados, avanços e perspectivas⁷;*
- f) plano nacional de enfrentamento da epidemia de AIDS e outras DSTs entre gays, HSH e travestis⁸.*

³ Ver mais em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/arquivos_anexos/protocololink.pdf

⁴ Ver mais em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_tratamento_aids.pdf

⁵ Ver mais em: http://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10564_Diretriz%20HIV.pdf

⁶ Ver mais em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_manejo_hiv_adultos.pdf

⁷ Ver mais em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_brasileira_enfrentamento_aids_2012.pdf

⁸ Ver mais em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_epidemia_aids_hsh.pdf

Apesar destas atividades e do aumento dos níveis de financiamento orientados para a “prevenção positiva” (Anderson, 2004), continua a existir uma falta de compreensão clara quanto ao seu conceito, objetivos e elementos programáticos. A literatura internacional aponta que esse conceito tem visado a promoção da saúde, o cuidado em relação a não transmissão do HIV, a proteção de outras doenças sexualmente transmissíveis, o retardamento do progresso da doença, a adesão ao tratamento e a uma vida sexual saudável (Bourne et. al, 2012; Weinhardt et. al, 2004; Crepaz e Marks, 2002; Barcelos, 2009). Nessa mesma linha, no Brasil, o Ministério da Saúde definiu a prevenção positiva como sendo uma:

abordagem quem tem como objetivo prevenir a transmissão do HIV e evitar a reinfecção e a aquisição de novos agravos, como a sífilis, hepatite B e/ou C, o mais precocemente possível. Visa, além disso, estimular a adoção de um estilo de vida mais saudável, que inclua atividade física rotineira e alimentação equilibrada (BRASIL, 2007, p. 13).

No mesmo documento, são citadas algumas medidas que devem ser sistematicamente realizadas na atenção às PVHA, dentre elas o aconselhamento do paciente para redução das situações de risco relacionadas às exposições sexuais, além de disponibilização de insumos de prevenção e orientação quanto à utilização destes.

Como se vê, as definições de prevenção positiva, em um primeiro momento, parecem estar alinhadas aos componentes biomédicos e comportamentais relacionados ao HIV, isto é, a tônica da prevenção positiva está centrada na não transmissão do vírus e nos aspectos da evolução da doença, reinfecção e novas infecções sexualmente transmissíveis.

No entanto, as discussões referentes à prevenção positiva ultrapassaram a pauta que restringia esse conceito apenas à epidemiologia da doença. Assim como observamos que houve um movimento internacional – impulsionado pela crítica dos

movimentos organizados de pessoas que vivem com HIV – para ressignificar a noção de prevenção positiva, em que se verificou a necessidade de centrar esta abordagem na vida de pessoas que vivem com HIV e, sobretudo, de desenvolveram uma orientação programática e mais holística sobre a “prevenção positiva”, o mesmo observamos aqui no Brasil.

Nesta direção, uma definição mais ampla aparece em documento oficial do Ministério da Saúde, em que se discute a importância da adesão ao tratamento (BRASIL, 2013, p. 7):

A prevenção positiva é definida como um campo de ação focado nas necessidades da PVHA e se estrutura a partir da incorporação do conceito de vulnerabilidade à dimensão do viver com HIV e AIDS. Trata-se de uma política que busca promover a atenção integral à saúde e à qualidade de vida [...] Esta iniciativa implica, necessariamente, na implementação de uma política transversal integrada e intersetorial, em que o protagonismo das PVHA é estratégico e essencial para a efetividade das ações e a redução das distintas vulnerabilidades relacionadas ao viver com HIV ou aids, englobando temas como adesão ao tratamento e qualidade da atenção.

Como se vê, nessa última definição, as diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde tomam como referência os conceitos de *advocacy*, mobilização comunitária, vulnerabilidade, direitos humanos e integralidade dos serviços do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007) e está alinhada com as formulações mais recentes propostas pela UNAIDS e pela própria OMS.

A incorporação de novos significados à noção de prevenção positiva não se deu de maneira aleatória. Foi fruto de intensa mobilização de movimentos organizados formados pelas pessoas que vivem com HIV/AIDS, que viram na construção inicial do conceito um limitador para consecução de políticas e programas voltados para PVHA, uma vez que restringiria as ações à prevenção da transmissão do HIV, deixando de fora inúmeras necessidades de saúde e prevenção das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Desta maneira, o avanço nas discussões sobre a prevenção positiva foi incorporando questões salutaras no que diz respeito à saúde dos PVHA, tais como continuidade do tratamento e cuidado/apoio, direitos humanos, saúde sexual, direitos reprodutivos, entre outros. Sem dúvida, a prevenção positiva ainda não é um paradigma, e, portanto, não apresenta uma definição fechada. Aqui, defendemos a ideia de que a prevenção positiva é uma noção que está em constante reavaliação e reconstrução. Deve ser vista como uma noção viva, adaptável à evolução das necessidades das PVHA. Isso porque os maiores interessados nas intervenções que estão ancoradas na prevenção positiva são pessoas que vivem com HIV/AIDS. Enquanto sujeito de direitos, estão constantemente revisitando as suas necessidades, transformando-as em agendas de ações, objetivando a plena satisfação de todas elas.

Para o presente trabalho, concordamos com as dimensões e componentes preconizados pelo Ministério da Saúde (2009), que afirma que a prevenção positiva engloba as seguintes atividades:

- a) qualidade da atenção;*
- b) sexualidade;*
- c) protagonismo e Direitos Humanos;*
- d) DSTs;*
- e) Uso de álcool e outras drogas;*
- f) Adesão ao tratamento.*
- g) Enfrentamento do estigma e preconceito.*

Nossa pergunta será, então, como a literatura estritamente acadêmica e revista por pares enfrenta essa discussão.

3 SÍNTESE DE CONHECIMENTO E A REVISÃO DE LITERATURA

A síntese do conhecimento é importante na pesquisa e na prática de cuidados de saúde, porque pode dar sentido a abundantes volumes de investigações primárias. À medida que o impulso para a prática baseada em evidências se acelerou, um número crescente de revisões sistemáticas que relatam a eficácia de intervenções e tratamentos foram publicados, não somente no campo da saúde. (Mazzocato et al., 2010). Esse rápido crescimento das publicações de revisão de literatura em revistas especializadas resultou em um extenso número de terminologias para descrever abordagens que, apesar de seus nomes diferentes, compartilham certas características essenciais, quais sejam: coletar, avaliar e apresentar as evidências de pesquisas disponíveis (Colquhoun et al., 2014).

Em 2009, Grant e Booth identificaram 14 tipos diferentes de revisões de literatura, dentre elas: revisão sistemática, meta-análise, revisão narrativa, síntese de pesquisa, revisão integrativa, dentre outras. Abaixo, sistematizamos alguns métodos de síntese de conhecimento identificados pelos autores e respectivas descrições:

QUADRO 1 – DESCRIÇÃO DE ALGUNS MÉTODOS DE SÍNTESE DE CONHECIMENTO

Método de síntese do conhecimento	Descrição
Meta-análise bayesiana <i>(Sutton, AJ, 2001, Roberts KA, 2002)</i>	Meta-análise é uma técnica estatística que combina resultados de diversos estudos independentes, com o propósito de descrever conclusões gerais. Este termo foi introduzido por Glass (1976) usado quando o número de estudos sobre alguma pesquisa científica é pequeno. Os modelos propostos para Meta-análise usualmente assumem muitos parâmetros e o enfoque Bayesiano com MCMC (Monte Carlo em Cadeias de Markov) é uma alternativa apropriada para combinar informações de estudos independentes. O uso de modelos Bayesianos hierárquicos permite combinações de vários estudos independentes, para a obtenção de inferências precisas sobre um determinado tratamento.

<p>Análise de conteúdo</p> <p><i>(Stemler S, 2001)</i></p>	<p>Uma técnica para categorizar dados e determinar as frequências dessas categorias. Difere dos métodos mais "qualitativos", na medida em que exige que a categorização seja suficientemente precisa para permitir que múltiplos codificadores obtenham os mesmos resultados, ela se baseia na aplicação sistemática de regras e tende a recorrer aos conceitos de validade e confiabilidade. Constitui-se, portanto, de varias técnicas onde se busca descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos. Desta forma, a Análise de Conteúdo é composta por procedimentos sistemáticos que proporcionam o levantamento de indicadores (quantitativos ou não) permitindo a realização de inferência de conhecimentos.</p>
<p>Síntese Integrativa</p> <p><i>(Noblit e Hare (1988)</i></p>	<p>Revisão integrativa sintetiza resultados de pesquisas anteriores, ou seja, já realizadas e mostra, sobretudo as conclusões do corpus da literatura sobre um fenômeno específico, compreende pois todos os estudos relacionados a questão norteadora que orienta a busca desta literatura. Os dados resumidos e comparados permitem com que se obtenha conclusões gerais sobre o problema de pesquisa. Segue um processo de análise sistemático e sumarizado da literatura, o que se bem conduzido qualifica seus resultados o que possibilita identificar as lacunas do conhecimento em relação ao fenômeno em estudo, identificar a necessidade de futuros pesquisas, revelar questões centrais da área em foco, identificar marcos conceituais ou teóricos, mostrar o estado da arte da produção científica resultante de pesquisas sobre um determinado tema.</p>
<p>Meta-etnografia</p> <p><i>(Noblit G & Hare R., 1988</i></p>	<p>A meta-etnografia é um conjunto de técnicas e princípios que tem como característica principal o fato de ser indutiva e interpretativa, ao invés de agregativa, pois parte dos casos particulares, retendo sua singularidade e seu holismo, e chega à síntese através da tradução recíproca. Isto implica examinar os principais conceitos presentes no conjunto de artigos através de um processo comparativo. Por meio da abordagem indutiva é possível transcender diferenças nas metodologias qualitativas e nos paradigmas epistemológicos, garantindo uma visão abrangente do conjunto da literatura examinada, ou seja, a abordagem envolve indução e interpretação em que partes separadas são reunidas para formar um "todo" (ou seja, procurando uma nova teoria ou "linha de argumentação" para explicar todos os estudos) de modo que o resultado é maior do que a soma de suas partes.</p>
<p>Meta-síntese</p> <p><i>(Sandelowski M, 1997)</i></p>	<p>meta-análise consiste em colocar diferentes estudos juntos em um mesmo banco de dados e utilizar metodologias analíticas e estatísticas para explicar a variância dos resultados utilizando fatores comuns aos estudos. Ou seja, é um procedimento</p>

	metodológico que sintetiza uma determinada quantidade de conclusões num campo de pesquisa específico. Uma de suas vantagens é elevar a objetividade das revisões de literatura, minimizando possíveis vieses e aumentando a quantidade de estudos analisados. A meta-análise habilita os pesquisadores a resolver disputas na literatura, a determinar que fatores têm contribuído para as diferenças sistemáticas entre os estudos e para identificar as áreas que têm sido negligenciadas.
Revisão de estudos mistos <i>(Pluye, 2005, Pluye 2009, Sandelowski M, livro de 2003)</i>	A Revisão Sistemática de Estudos Mistos é definida como um tipo de revisão da literatura em que uma equipe de revisores identifica, seleciona, avalia e sintetiza estudos quantitativos, qualitativos e de métodos mistos. Está se tornando popular, principalmente em ciências da saúde, preferindo-se o termo "revisão de estudos mistos" ao termo "revisão de métodos mistos" porque o primeiro reflete a mistura de estudos com diferentes delineamentos, enquanto que o último termo significa uma revisão incluindo apenas estudos com métodos mistos. Isso porque centrando-se apenas nos métodos qualitativos ou quantitativos, os pesquisadores podem ignorar informações importantes. Entretanto, misturando os métodos, os pesquisadores combinam o poder das histórias (referente à pesquisa qualitativa) e o poder dos números (referente à pesquisa quantitativa).
Revisão Narrativa <i>(Dixon-Woods M, 2005)</i>	revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual. As revisões narrativas não informam as fontes de informação utilizadas, a metodologia para busca das referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos. Constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor.

Fonte: Adaptado de Peters et al. (2015)

O quadro 1 acima resume uma seleção de métodos de síntese de conhecimento levantada por meio de um trabalho investigativo, a partir da análise de materiais de diversas disciplinas. Embora muitas dessas abordagens possam ser aplicadas a situações de saúde, os métodos para conduzi-las não foram tão claramente operacionalizados como aconteceu nas revisões tradicionais de literatura (Greenhalgh et al., 2007). Deste modo, alguns pesquisadores podem usar o método de síntese de conhecimento de maneira vaga ou inconsistente. Por exemplo, existe

o risco de que as revisões definidas por seus autores como “sistemáticas” possam não adotar os mesmos padrões elevados em termos de cuidado em relação a vieses na escolha dos estudos, bem como da avaliação da qualidade para a seleção da pesquisa primária. Nesta base, o rótulo correto seria “revisão da literatura” e não “revisão sistemática”. (Gough et al, 2012) Ou seja, a grande variedade de métodos de síntese de conhecimento, muita das vezes não claramente definidas ou operacionalizadas, pode levar a equívocos em relação à denominação correta do tipo de revisão aplicada no estudo.

As atividades de síntese do conhecimento em saúde têm frequentemente focado nas revisões Cochrane, que são conhecidos por serem metodologicamente rigorosa e estarem mais comumente focadas em análises da eficácia de intervenções em saúde. A definição de uma revisão sistemática de acordo com a Colaboração Cochrane (Atalla; Castro, 1998) é:

A revisão sistemática da literatura é um estudo secundário, que tem por objetivo reunir estudos semelhantes, publicados ou não, avaliando-os criticamente em sua metodologia e reunindo-os numa análise estatística, a metanálise, quando isto é possível. Por sintetizar estudos primários semelhantes e de boa qualidade é considerada o melhor nível de evidência para tomadas de decisões em questões sobre terapêutica. Para evitar viés de análise na revisão sistemática, os métodos de seleção e análise dos dados são estabelecidos antes de a revisão ser conduzida, num processo rigoroso e bem definido.

Os métodos de revisão sistemática do tipo Cochrane nem sempre podem ser aplicados para responder a todas as questões de síntese de conhecimento, particularmente àquelas que investigam tópicos complexos e multidisciplinares (Greenhalgh et al., 2007). Portanto, há a necessidade de métodos menos tradicionais para responder à pergunta balizadora de determinadas revisões. Sendo assim, é importante que o autor saiba escolher qual a melhor metodologia relacionada à síntese de conhecimento, objetivando alcançar resultados oportunos e relevantes para o leitor final.

Além disso, uma revisão tradicional, como uma revisão Cochrane, nem sempre pode explicar, por exemplo, porque determinadas intervenções funcionam em alguns contextos, mas não em outros (Pawson et al, 2005). Nesse sentido, para abordar esses tipos de questão, há a necessidade crescente de considerar métodos de revisão menos tradicionais de evidências complexas (heterogêneas, metodologicamente diversas, difíceis de classificar e contraditórias) (Shepperd et al., 2009). O crescente número de métodos de síntese que surgiram recentemente na literatura em saúde tem dado respaldo a estas outras necessidades, que não são respondidas a partir das revisões sistemáticas tradicionais (Wong et al, 2010). Moher, Stewart e Shekelle (2015) sintetizam essa ideia:

Hoje, novas formas de revisões estão aparecendo. Estas formas emergiram em resposta às necessidades de informação dos formuladores de políticas e de outras partes interessadas, para as quais o modelo de revisão sistemática existente não se encaixa perfeitamente. Daí, a “rapid review”, quando o tempo é essencial; A “scoping review”, quando o que é necessário não é respostas detalhadas a perguntas específicas, mas sim uma visão geral de um campo amplo; O “evidence map”, um “primo” de revisões de escopo que normalmente tem uma apresentação visual específica das evidências em um campo amplo; e a “realist review”, em que a questão de interesse inclui como e porque as intervenções sociais complexas funcionam em certas situações e em outras, não. (Grifo nosso)

Com isso, consonante com Arkey e O'Malley (2005), os autores apontam para um entendimento de que não existe um único “tipo ideal” de revisão da literatura, mas sim de que todos os métodos de revisão oferecem um conjunto de ferramentas que os pesquisadores precisam saber usar adequadamente, de acordo com os objetivos pretendidos.

Como se pôde observar, no capítulo 2 fizemos uma revisão do tipo narrativa, com o objetivo de traçar um panorama da construção da noção de prevenção positiva. Nessa situação, não foram utilizados métodos sistemáticos e transparentes para seleção dos estudos que traziam para discussão a noção de “prevenção positiva”.

Para responder de modo mais sistemático e com base na literatura indexada revista por pares, optamos fazer um “estudo de escopo”.

4 OBJETIVO

- ✓ Analisar a produção científica sobre intervenções realizadas com base na definição explícita do termo “prevenção positiva”, publicada em periódicos indexados e com revisão de pares.

5 MÉTODO

Para o presente trabalho, elegemos a “scoping review” (“estudo de escopo” ou “revisão de escopo”) como método: a escolha por esta síntese de conhecimento não se deu de maneira aleatória. Assim como para todas as etapas do presente trabalho, o objetivo traçado foi o ponto norteador para a escolha desta metodologia. Como se pretende aprofundar o conhecimento relativo às intervenções de prevenção positiva, campo este ainda pouco explorado e disputado por diferentes áreas de conhecimento, sem dúvida a “scoping review” é uma metodologia que responde aos objetivos aqui elencados, sobretudo se observarmos que a pergunta norteadora desse trabalho é ampla e se propõe a observar as lacunas existentes na literatura científica.

De maneira geral, a Scoping Review compreende um tipo de revisão de literatura que tem como técnica “mapear” estudos relevantes no campo de interesse. As revisões de escopo têm grande utilidade para sintetizar evidências de pesquisa e são, muitas vezes, usadas para mapear a literatura existente em um dado campo em termos de sua natureza, características e volume. (Tricco et al, 2016)

Embora compartilhem diversas características da revisão sistemática, como ser metódico, transparente e replicável, existem diferenças pontuais entre uma revisão sistemática e uma revisão de escopo. Em primeiro lugar, uma revisão sistemática pode tipicamente focar uma questão bem definida, em que os desenhos de estudo apropriados podem ser identificados antecipadamente, enquanto um estudo de escopo tende a abordar tópicos mais amplos, em que muitos desenhos de estudo diferentes podem ser aplicáveis (Arksey e O'Malley, 2005). Em segundo lugar, a revisão sistemática visa fornecer respostas à pergunta norteadora do estudo, a partir da análise de uma gama relativamente limitada de estudos,

necessariamente avaliados por sua qualidade, ao passo que um estudo de escopo é menos propenso a procurar abordar questões de pesquisa muito específicas e, conseqüentemente, a avaliar a qualidade dos estudos incluídos (Armstrong e Hall, 2011). Além disso, a revisão de escopo permite a inclusão não apenas de ensaios clínicos randomizados, tal como acontece na revisão sistemática: naquela metodologia, há a possibilidade de serem incluídos estudos experimentais, não experimentais e dados da literatura empírica e teórica, justamente por ter em vista uma compreensão mais completa do fenômeno em análise (Arksey e O'Malley, 2005).

Assim, as revisões de escopo e as revisões sistemáticas diferem em alguns pontos, como sintetizado no quadro 2 a seguir

QUADRO 2 – COMPARATIVO ENTRE REVISÕES SISTEMÁTICAS E REVISÕES DE ESCOPO

Revisão sistemática	Revisão de escopo
Questão de pesquisa focada com parâmetros estreitos;	Questões de pesquisa frequentemente amplas;
Crítérios de inclusão/exclusão geralmente definidos no início;	Inclusão / exclusão pode ser desenvolvida <i>post hoc</i> ;
Filtros de qualidade frequentemente aplicados;	Qualidade não é uma prioridade inicial;
Extração detalhada de dados;	Pode ou não envolver extração de dados;
Síntese quantitativa frequentemente realizada;	Síntese mais qualitativa e tipicamente não quantitativa;
Avaliar formalmente a qualidade dos estudos e gerar uma conclusão relacionada à questão de pesquisa focada.	Usado para identificar parâmetros e lacunas em um corpo de literatura.

Fonte: Adaptado de Armstrong et al. (2011)

As revisões de escopo também têm sido chamadas de “*mapping review*” ou “*literature mapping*” (Anderson et al., 2008) Em geral, análises de escopo são comumente usadas para reconhecimento e para definições de limites conceituais a respeito um tópico ou campo. As revisões de escopo são, portanto, de particular

utilidade quando um corpo de literatura ainda não foi amplamente revisto, ou exibe uma natureza complexa, heterogênea, não passível de uma revisão sistemática mais precisa. (Ring et al., 2012). Embora as revisões de escopo possam ser utilizadas como parte de um processo contínuo de revisão, cujo objetivo final é uma revisão sistemática tradicional, elas também podem ser realizadas como exercícios em si mesmas para resumir e disseminar os resultados dos estudos, identificar lacunas no campo de interesse pesquisado, bem como fazer recomendações para pesquisa futura. (Bragge et al, 2011)

A revisão de escopo tal como existe hoje pode ter sido nomeada pela primeira vez por Mays, Roberts e Popay (2001). Eles escreveram que as avaliações de escopo...

...visam mapear rapidamente os conceitos-chave subjacentes a uma área de pesquisa e as principais fontes e tipos de evidências disponíveis, e podem ser empreendidas como projetos autônomos, especialmente quando uma área é complexa ou não ainda foi analisado de forma abrangente (p. 194)

No entanto, a maioria dos autores que se utilizam desse método de síntese afirma que, direta ou indiretamente, sua metodologia é derivada de um artigo de Arksey e O'Malley (2005). Assim, as revisões de escopo ainda são uma metodologia relativamente nova que ainda não possui uma definição universal ou um método definitivo (Dijkers, 2015) Abaixo, sistematizamos definições e finalidades atribuídas, na literatura, à revisão de escopo, sintetizadas no quadro 3, abaixo.

QUADRO 3 – DEFINIÇÃO E FINALIDADE DA SCOPING REVIEW, POR AUTOR

Autores	Definição	Finalidade (s)
Ehrich et al. (2002)	Nenhuma fornecida.	O propósito de um exercício de delineamento é tanto mapear uma ampla gama de literatura, como definir as lacunas e abordagens inovadoras.

Arksey e O'Malley (2005)	O objetivo é mapear rapidamente os conceitos-chave subjacentes a uma área de investigação e as principais fontes e tipos de evidências disponíveis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Examinar a extensão, o alcance e a natureza da atividade de pesquisa. 2. Ponto de partida para realizar uma revisão sistemática completa. 3. Resumir e divulgar os resultados da pesquisa. 4. Identificar lacunas de pesquisa na literatura existente.
Anderson <i>et al.</i> (2008)	Revisões de escopo estão preocupadas com a contextualização do conhecimento em termos de identificação de um determinado campo de conhecimento, tendo em vista a sua aplicabilidade em contextos de políticas e práticas institucionais.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mapeamento de literatura: Levantamento da literatura relevante, que envolve frequentemente a síntese de achados de diferentes tipos de estudo, não considerando avaliação em relação à sua qualidade. 2. Mapeamento conceitual: Um estudo de escopo pode contribuir para o estabelecimento da compreensão de como um determinado termo tem sido usada na literatura, por quem e com que propósito 3. Mapeamento de políticas: Identificação dos principais documentos e declarações de órgãos governamentais e organismos profissionais que têm influência prática na área de conhecimento apurada. 4. Consulta das partes interessadas <p>Tem um papel importante nos estudos de delimitação relacionados com a identificação das prioridades de investigação, na determinação das questões de investigação e na validação dos resultados de estudos de escopo através de</p>

		revisão de pares.
Grant <i>et al.</i> (2009)	Avaliação preliminar do potencial tamanho e escopo da literatura de pesquisa	Visa identificar a natureza e a extensão dos dados de investigação (geralmente incluindo a investigações ainda em curso
Davis <i>et al.</i> (2009)	Revisão de escopo envolve a síntese e a análise de uma vasta gama de investigação para fornecer maior clareza conceitual sobre um tema específico ou evidências de um determinado campo.	A revisão de escopo tem a função de “reconhecimento”. Geralmente, é sinônimo de uma investigação preliminar em que as informações são sistematicamente recolhidas e examinadas, a fim de estabelecer forças e fraquezas em relação a um determinado campo e orientar a tomada de decisão em contextos específicos.
National Institute for Health Research	Nenhuma fornecida.	<p>1. Clarificação das definições de trabalho e limites conceituais de uma área temática, desenvolvida sob a forma de revisão sistemática de literatura.</p> <p>2. Descreve o que já é conhecido e identifica lacunas nas pesquisas existentes;</p> <p>3. A análise conceitual pode incluir o "mapeamento" de evidências empíricas existentes para descrever e interpretar questões que poderão informar o desenvolvimento de novas pesquisas.</p>
Canadian Institutes of Health Research	As revisões de escopo são projetos exploratórios que mapeiam sistematicamente a literatura disponível sobre um tópico, identificando conceitos-chave, teorias, fontes de evidência e lacunas na pesquisa. Elas podem, muitas vezes, funcionar como ponto de partida para sínteses mais completas.	Nenhuma fornecida

The Joanna Briggs Institute (JBI)	Um tipo de revisão que visa determinar o tamanho e o escopo de um corpo de literatura sobre determinado tópico. Os objetivos da pesquisa são abrangentes e não há avaliação quanto à qualidade dos estudos.	As revisões de escopo podem ser usadas para mapear os conceitos-chave que sustentam uma área de pesquisa, bem como para esclarecer as definições de trabalho e/ou os limites conceituais de um tópico. A revisão pode se concentrar em um desses objetivos ou em todos eles como um conjunto. Como ferramenta útil para o reconhecimento de evidências, as avaliações de escopo podem ser usadas para fornecer uma ampla visão de um tópico.
-----------------------------------	---	--

Fonte: Adaptado de Colquhoun et al. (2014)

Para o presente trabalho, concordamos com as recomendações propostas por Colquhoun et. al. (2014) e partimos do entendimento de que:

Uma revisão de escopo ou estudo de escopo é uma forma de síntese de conhecimento que aborda uma questão de pesquisa exploratória com o objetivo de mapear conceitos-chave, tipos de evidência ou lacunas nas pesquisas relacionadas a uma área ou campo definido, pesquisando, selecionando e sintetizando sistematicamente o conhecimento existente.

Esta definição se baseia nas descrições de Arksey e O'Malley (2005) e Daudt et al. (2013) para fornecer uma definição clara da metodologia, ao descrever as características-chave que fazem dessa análise de delineamento uma síntese distinta das demais formas.

O uso de etapas metodológicas descritas no arcabouço de Arksey e O'Malley (2005), reforçada por Levac et al. (2010), para a realização de revisões de escopo são:

- (1) *como em todas os tipos de revisão, definir a questão de pesquisa;*
- (2) *identificar os estudos relevantes;*
- (3) *selecionar os estudos;*

(4) mapear os dados e

(5) confrontar, resumir e relatar os resultados.

5.1 IDENTIFICAÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA

A questão de pesquisa é o elemento norteador do levantamento de estudos disponíveis na literatura indexada. Sem dúvida, uma pergunta bem delimitada – que deve ser estabelecida com a mesma clareza e simplicidade que a pergunta de uma pesquisa primária – facilita e favorece toda a operacionalização do processo de revisão, na medida em que evita pesquisas desnecessárias, mantém o foco no problema, facilita a avaliação crítica da informação e deixa claro para o leitor qual o real propósito da revisão. (Tricco, 2016)

Em outras palavras, a questão norteadora da revisão de escopo deve ser claramente definida, pois desempenha um papel em todos os estágios subsequentes, incluindo a estratégia de busca. A fim de examinar e resumir a amplitude do tema de interesse, as questões de revisão de escopo devem ser amplas, isto é, a questão de investigação deve ser adequadamente aberta, no ensejo de alcançar a amplitude de respostas que se deseja (Kastner et al., 2012). Um propósito claro, aliado a uma pergunta de investigação bem definida, viabiliza o alcance de conclusões mais precisas e facilita a seleção dos estudos e a extração dos dados.

O protocolo Joanna Briggs (2015) estabelece que a melhor maneira de se alcançar uma pergunta efetiva que direciona o trabalho de revisão é se utilizar da estratégia PCC, anacrônico para **P**opulação, **C**onceito e **C**ontexto. Abaixo, de

maneira esquemática, indicamos os elementos que foram levados em conta para a definição da pergunta norteadora do presente estudo:

QUADRO 4 – DESCRIÇÃO DA ESTRATÉGIA PCC

Anacrônicos	Descrição
POPULAÇÃO	Homens e mulheres que vivem com HIV/AIDS;
CONCEITO	Intervenções de prevenção positiva;
CONTEXTO	Sem contexto determinado

Fonte: Autor

Desta maneira, a pergunta que baliza a presente pesquisa foi:

“O que se tem produzido na literatura científica sobre intervenções de prevenção positiva?” e “De que maneira a noção de prevenção positiva vem sendo utilizada nessas produções?”.

5.2 IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS RELEVANTES

Após a formulação da questão norteadora, sintetizada nos objetivos, iniciamos a busca dos estudos a serem revisados. Essa procura requer um processo de decisão, que passou pela escolha das bases de dados em que foram pesquisados os estudos, dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos levantados a partir das estratégias de busca desenhada, e que tipo de publicações entraria para a revisão (que podem ser artigos, dissertações/teses, revisões, livros, etc.) e qual o recorte temporal. Importante sublinhar que como se pretende, na Scoping Review, realizar uma pesquisa ampla, são classificáveis para entrar na revisão estudos primários⁹ qualitativos ou quantitativos, publicados tanto em periódicos, como na

⁹ São estudos originais, que investigam uma questão de pesquisa específica. Ex.: experimentos, estudos de casos, pesquisa de opinião, etc.

literatura cinza, isto é, para além das bases de dados (Armstrong et al, 2012). O protocolo Joanna Briggs (2015) determina:

Para os propósitos de uma revisão de escopo, a "fonte" de informações pode incluir qualquer literatura existente, por exemplo: pesquisas primárias, revisões sistemáticas, meta-análises, cartas, documentos oficiais, etc. O revisor pode querer deixar a fonte de informação "aberta" para permitir a inclusão de todas e quaisquer fontes. Caso contrário, o revisor pode querer impor limites sobre os tipos de fontes que desejam incluir. Isto pode ser feito com base em ter algum conhecimento dos tipos de fontes que seriam mais úteis e apropriadas para um tópico específico.

Para a presente revisão, utilizamos como fonte para buscar evidências as bases de dados eletrônicas¹⁰.

A natureza da Socping Review, como vimos, é realizar uma pesquisa ampla. Por sua vez, o tema escolhido para esse trabalho ainda não foi suficientemente explorado, isto é, “prevenção positiva” é uma noção que vem sendo construída muito recentemente e o debate ainda é iminente. Dessa forma, decidimos incluir um número grande de bases de dados, objetivando fornecer uma investigação com maior alcance de produções científicas sobre esta temática, abarcando desde bases com conteúdo multidisciplinares, até bases que apresentam literatura de um campo específico. São elas: CINAHL, ERIC, MedLine, PsycInfo, Scopus e Web of Science.

QUADRO 5 – DESCRIÇÃO DAS BASES DE DADOS

BASE DE DADOS	DESCRIÇÃO
CINAHL	A CINAHL indexa 2.737 periódicos na área de Enfermagem e assuntos correlatos a partir de 1982. Oferece acesso ao texto completo de mais de 400 publicações.
ERIC	ERIC (Education Resources Information Center) é uma base de dados sobre educação patrocinada pelo Ministério da Educação dos Estados Unidos. Oferece o acesso à literatura sobre pesquisas na área de Educação e temas relacionados, tais como: ensino fundamental e

¹⁰ As Bases de Dados Eletrônicas são locais na web, onde encontramos centenas de revistas científicas e seus respectivos artigos. Elas foram criadas com o intuito de facilitar a vida do pesquisador, disponibilizando esses documentos em um único site.

	educação infantil, ensino superior; formação de professores; testes de avaliação; escolas urbanas e escolas rurais; ensino das ciências e da matemática; educação ambiental; formação de professores. Indexa artigos de periódicos, anais de congressos, documentos governamentais, teses, dissertações, relatórios, audiovisuais, bibliografias, livros e monografias.
Lilacs	Base de dados da literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. É uma base cooperativa do Sistema BIREME que compreende a literatura relativa às Ciências da Saúde publicada nos países da região a partir de 1982. Indexa artigos de cerca de 1.300 revistas, teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos e conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais.
MedLine	Base de dados especializada em Ciências Biomédicas e Ciências da Vida. A base foi desenvolvida pelo U.S. National Institutes of Health (NIH) e administrada pelo National Center of Biotechnology Information (NCBI). De acesso público, indexa a literatura especializada das áreas de Ciências Biológicas, Enfermagem, Odontologia, Medicina, Medicina Veterinária e Saúde Pública.
PsycInfo	Maior banco de dados que referencia publicações em Psicologia desde 1800 até o presente. Com mais de 3 milhões de registros, publicados em cerca de 50 países e 27 diferentes línguas, PsycInfo apresenta o estado da arte da ciência psicológica gerada no mundo.
Scopus	Base de dados multidisciplinar, produzida pela editora Elsevier desde 2004, com cobertura a partir de 1960. Contém resumos de 27 milhões de artigos. A base possibilita a visualização de artigos mais citados e Índice H.
Web of Science	Contém artigos de periódicos das áreas de Ciências Exatas e Naturais, Ciências Sociais, Artes e Humanidades, permitindo a realização de levantamento bibliográfico por assunto, autor e título. O resultado é apresentado em forma de referência bibliográfica, incluindo resumo e referências. A base permite, ainda, verificar os artigos mais citados, Índice H, Fator de Impacto da revista e possui a ferramenta EndNote, a qual

	permite reunir referências de diferentes bases de dados, como a PubMed e a Web of Science.
Google Acadêmico	Criado em novembro de 2004, na versão em língua inglesa, o GA foi disponibilizado em português em janeiro de 2006. Ele fornece uma maneira simples de pesquisar literatura acadêmica de forma abrangente e é útil para pesquisar várias disciplinas e fontes em apenas um lugar: artigos revisados por especialistas, teses, livros, resumos e artigos de editoras acadêmicas, organizações profissionais, bibliotecas de pré-publicações, universidades e outras entidades acadêmicas

Fonte: Autor

Como se lê no quadro acima, o material não publicado em revistas científicas também foi levantado para a presente revisão por meio do “Google Scholar” . Com todas as suas vantagens substanciais, por ser um modo de busca com caixa de consulta simples e com a facilidade no uso, há críticas em relação às suas funções de pesquisa avançada do Google, que pode não ser confiável ou atual, por não possuir limites do seu alcance e cobertura, devido à falta de recursos e opções para classificação e limitação do seu conteúdo (SHULTZ, 2007). Sobre a sua cobertura garantida, é uma questão de grande importância no meio científico, quando é necessária uma ampla pesquisa bibliográfica para a realização de ensaios clínicos, revisões sistemáticas, entre outros estudos (GIUSTINI et al., 2005). Já a abrangência em outras bases de dados como PubMed e Web of Science, são mais confiáveis e, portanto, mais garantidas quando se tem tais objetivos científicos (MUGNAINI et al., 2008).

Por fim, conforme estabelecido por Arksey e O'Malley e Daudt (2005) achamos valioso verificar as bibliografias dos estudos encontrados através das pesquisas de banco de dados – especialmente revisões sistemáticas e revisões da literatura tradicional – para garantir que esses estudos também foram incluídos no

exercício da revisão. Este processo identificou outras referências, embora tenha sido atingido um ponto de saturação onde não estavam sendo identificados novos estudos.

Para o presente trabalho, nos interessou apenas as intervenções de prevenção positiva desenhadas sob a rubrica “prevenção positiva”, isto é, não apresentará relevância para atingir os objetivos desta revisão, intervenções construídas a partir de termos equivalentes ou genéricos à “prevenção positiva”, tais como: prevenção para positivos, prevenção secundária do HIV ou prevenção pensada para PVHA, intervenções comportamentais para PVHA, sessões de aconselhamento focadas em soropositivos, etc. Isto porque nosso objetivo está bem recortado e visa avaliar o uso do conceito-chave “prevenção positiva” e não qualquer outro termo que a literatura pode apresentar como sendo equivalente.

Por isso, a única palavra-chave que foi utilizada na busca para todas as bases selecionadas é: **“positive prevention”**, exceto na base de dados Google Acadêmico, que, pelo seu alcance e tendo como objetivo recuperar também artigos em língua portuguesa, optou-se pela utilização da expressão correspondente em português, isto é, **“prevenção positiva”**. Apostamos nessa estratégia mais ampla e genérica, com o intuito de filtrar o maior número de estudos que trazem para a discussão a noção de “prevenção positiva”. Assim, não corremos o risco de enviesar o mapeamento de como esta temática vem sendo investigada na literatura, ao mesmo tempo em que forçamos os buscadores das bases de dados eletrônicas a apresentarem toda a produção indexada que traz o termo “positive prevention”/ “prevenção positiva” para a discussão. O trabalho posterior, portanto, será a triagem dessa produção, conforme critérios de inclusão e exclusão definidos.

5.3 SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Os métodos sistemáticos de revisão desenvolvem critérios de inclusão e exclusão, com base em uma questão de pesquisa específica, no início do projeto, para garantir a consistência na tomada de decisões. Para a presente revisão de escopo, no entanto, embora tenham sido adotados métodos semelhantes, alguns critérios foram criados *post hoc*, com base na crescente familiaridade com a literatura (Arksey e O'Malley, 2005).

Os estudos devem, necessariamente, apresentar intervenções de prevenção positiva, sob a rubrica “prevenção positiva”. Dessa forma, como dito, excluimos os estudos que se afastaram dessa temática (trazendo intervenções pensadas para PVHA, intervenções de prevenção secundária do HIV ou intervenções de prevenção para positivos) ou que traziam temas correlatos de forma estrita, tais como considerações a respeito da adesão ao tratamento e ao direito a uma vida sexual e reprodutiva saudável. Também foram excluídos: estudos que não abordassem o conceito de modo relevante para o alcance do objetivo desta dissertação; estudos repetidos; carta ao editor, e resumos publicados em anais. A revisão de escopo não prevê a exclusão de artigos segundo critérios de qualidade metodológica, sendo assim, foram considerados estudos com diferentes abordagens metodológicas.

O levantamento cobriu o período de 1996 a 2017. Elegemos como recorte temporal para esse estudo o início da utilização da terapia antirretroviral (TARV) como estratégia biomédica para controle da doença, que proporcionou a melhoria no prognóstico, na qualidade e expectativa de vida das pessoas que vivem com HIV e permitiu, como discutimos na introdução, a concepção acadêmica da inclusão das pessoas “soropositivas”, vivendo com HIV na versão comunitária, nos projetos de prevenção.

O idioma também é um critério utilizado para selecionar os estudos: a busca se restringirá aos idiomas português e inglês.

Por fim, cabe uma reflexão em relação à figura de um segundo revisor/avaliador na seleção dos estudos para a presente revisão. A literatura que trouxemos aqui para balizar a tomada de decisão em relação ao método não é unânime quanto à obrigatoriedade dessa figura no processo de seleção dos estudos. Apresentamos uma gama de definições e finalidades para a *Scoping Review* segundo diversos autores: ali fica sublinhado que o segundo revisor/avaliador não é presença obrigatória para operacionalização de um estudo de escopo. Nós entendemos que essa figura, sem dúvida, traria mais confiabilidade ao presente estudo. No entanto, por conta de questões operacionais e de prazos estabelecidos (agendas incompatíveis) para conclusão desta dissertação, não se fez possível viabilizar a presença dessa segunda figura. Entendemos, também, que a ausência dela não compromete a seleção dos estudos aqui apresentada, bem como não compromete as discussões e conclusões levantadas a partir deles.

5.4 MAPEAR OS DADOS

Esta etapa equivale à etapa de coleta de dados dos estudos primários e é crucial para realização de uma revisão bem-sucedida. Nela, o autor irá sistematizar as informações mais importantes presentes nos estudos levantados, isto é, aquelas informações que respondam à questão norteadora da revisão. Conforme estabelecem Mendes, Silveira e Galvão (2008), esse processo permitirá a construção de um banco de dados que, em última instância, facilitará o acesso às informações-chave levantadas, bem como ao seu manejo adequado.

O mapeamento das informações relevantes presentes nos estudos recuperados na pesquisa e incluídos na revisão seguirá uma abordagem semelhante à desenvolvida nas revisões narrativas (Pawson, 2002), isto é, trará uma visão mais ampla do tema. Dessa forma, se pretende apresentar resultados contextualizados e mais compreensíveis para os leitores.

A tomada de decisão em relação às informações que devem ser registradas dos estudos primários também faz parte dessa etapa e é importante considerar como as comparações entre as diferentes intervenções podem ser relevantes. Simplesmente produzir um breve resumo ou perfil de cada estudo não garante que sejam atingidos os objetivos estipulados para o trabalho (Pawson 2002). Portanto, conforme recomendado por Arkssey e O'Malley (2005), aplicamos um quadro analítico comum a todos os relatórios primários de pesquisa recuperados e coletamos as informações padronizadas sobre cada estudo.

Esses dados mapeados foram inseridos em um formulário específico. Em termos gerais, trata-se de uma mistura de informações gerais sobre o estudo e informações específicas relativas, por exemplo, à população estudada, ao tipo de intervenção, às medidas de resultado utilizadas e ao desenho do estudo. Registramos essas informações conforme recomendado pelo protocolo Joanna Briggs (2015), que elenca como dados importantes na consecução de uma revisão:

- a) autor(es);*
- b) ano de publicação;*
- c) localização do estudo;*
- d) população do estudo e tamanho da amostra (quando aplicável);*
- e) tipo de intervenção (se aplicável);*
- f) objetivos do estudo;*

g) metodologia/ Métodos;

h) resultados importantes;

i) agência financiadora.

5.5 COMPARAÇÃO, RESUMO E RELATO DOS RESULTADOS

Segundo Arkssey e O'Malley (2005), o estudo de escopo procura apresentar uma visão geral de todo o material revisado e, conseqüentemente, discutir de modo crítico um número potencialmente grande de materiais. Assim, o estudo de escopo não procura “sintetizar” evidências ou agregar achados de diferentes estudos, como se espera de uma revisão sistemática tradicional. Embora um estudo de escopo precise de alguma estrutura analítica ou construção temática para apresentar uma narrativa da literatura existente, não há nenhuma tentativa de apresentar uma visão sobre o “peso” da evidência em relação a intervenções ou a políticas específicas. Isso ocorre porque o estudo de escopo não procura avaliar a qualidade dos estudos recuperados e, conseqüentemente, não pode determinar se certos estudos fornecem conclusões robustas ou generalizáveis.

Assim, nesta etapa, o revisor interpreta os resultados encontrados. Os dados levantados a partir dos critérios preestabelecidos serão comentados criticamente e o autor não irá apenas resumir os estudos incluídos, mas discuti-los criticamente, identificando problemas e apontando lacunas nas investigações (Ganong, 1987).

De forma resumida, serão realizadas as três etapas a seguir:

a) análise dos estudos;

b) relato dos resultados;

c) discussão das conclusões relacionadas com o propósito do estudo e as implicações para futuras pesquisas, práticas e políticas.

6 RESULTADOS

A partir dos critérios estabelecidos na estratégia de busca foram selecionados um total de 15 estudos. A triagem inicial se deu pela exclusão dos artigos duplicados. Posteriormente, eliminamos os artigos pela leitura dos títulos. Em seguida, excluimos os artigos com base na leitura dos seus resumos. Finalmente, a partir da análise dos artigos na íntegra, chegamos ao número de artigos incluídos e analisados na presente revisão. O processo de triagem dos artigos está resumido no diagrama abaixo:

GRÁFICO 1 -- TRIAGEM DOS ESTUDOS

Fonte: Adaptado de Moher et al. (2009)

Foram recuperados 700 artigos no total. Após a exclusão dos mesmos artigos que foram recuperados em diferentes bases de dados (artigos duplicados), fizemos a leitura atenta dos títulos dos 478 artigos restantes. Essa triagem descartou um total de 248 artigos, perfazendo um total de 230 para análise dos resumos. Após a leitura desses resumos, descartamos um total de 181 artigos. Finalmente, fizemos a leitura, na íntegra, dos 49 artigos restantes. Desses, excluímos 34, com base nos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, totalizando 15 artigos para análise desta revisão.

Abaixo, tabela discriminando a quantidade de artigos selecionados de acordo com a base de dados (já considerando o descarte dos artigos duplicados), bem como total de artigos recuperados a partir da estratégia de busca.

TABELA 1 – TOTAL DE ARTIGOS RECUPERADOS E SELECIONADOS, POR BASE DE DADOS

Base de dados	Total de artigos recuperados	Total de artigos selecionados
Scopus	127	12
MedLine	82	11
CINAHL	28	5
ERIC	27	2
PsycInfo	67	7
Web of Science	99	12
Lilacs	2	0
Google Acadêmico	268	0
TOTAL	700	49

Fonte: Autor

Elencamos, a seguir, critérios para exclusão dos artigos com base na forma e no conteúdo deles:

QUADRO 6 – ROL EXEMPLIFICATIVO PARA EXCLUSÃO DE ARTIGOS

Rol de Exemplos para exclusão dos artigos
Em relação à forma
<i>Teses e Dissertações</i>
<i>Revisões de Literatura</i>
<i>Cartas ao Editor, Editoriais, Resumos publicados em anais de congresso</i>
<i>Publicações/Documentos Oficiais</i>

Apresentações em .ppt

Em relação ao conteúdo

Temáticas correlatas, tais como: prevenção do HIV, práticas sexuais, adesão ao tratamento, comportamentos sexuais, etc.

Intervenções que não estivessem sob a rubrica de “prevenção positiva”: intervenções comportamentais, intervenções de redução de risco, intervenções de prevenção de comportamento de risco, intervenções de aconselhamento, etc.

Indicação de achados que sustentam a importância de serem desenvolvidas intervenções de prevenção positivamente

Assinalamento de lacunas a serem consideradas em intervenções de prevenção positiva, tais como: aumento do acesso à TARV, qualidade no cuidado, qualificação dos profissionais de saúde, etc.

Fonte: Autor

Os estudos selecionados estão categorizados nas tabelas abaixo, separadas pela população-chave das intervenções e trazem discriminados os seguintes pontos: título, autores, revista ou jornal, ano de publicação, país de origem e órgão de financiamento do estudo:

QUADRO 7 – RELAÇÃO DE ARTIGOS SELECIONADOS, COM INDICAÇÃO DE: AUTOR(ES), PUBLICAÇÃO, PAÍS DE ORIGEM, ANO DE PUBLICAÇÃO E ÓRGÃO DE FINANCIAMENTO DO ESTUDO

POPULAÇÃO: PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS						
ARTIGO	TÍTULO	AUTORES	PUBLICAÇÃO	PAÍS	ANO	FINANCIAMENTO
E1	ABC for people with HIV: responses to sexual behaviour recommendations among people receiving antiretroviral therapy in Jinja, Uganda	ALLEN, C. et al.	Culture, Health & Sexuality	Trinidad e Tobago.	2011	CDC (Centers for Disease Control and Prevention) e MRC (Medical Research Council)
E3	Feasibility analysis of an evidence-based positive prevention intervention for youth living with hiv/aids in kinshasa, democratic republic of the congo	PARKER, L. et al.	AIDS Education and Prevention	USA	2013	CDC
E6	Designing and Delivering a Prevention Project within an HIV Treatment Setting: Lessons Learned from a Specialist Model	NOLLEN, C. et al.	AIDS and Behavior	USA	2007	HRSA (Health Resources and Services Administration)
E7	Effectiveness of a community-based positive prevention intervention for people living with HIV who are not receiving antiretroviral treatment: a prospective cohort study	SARNA, A. et al.	Global Health: Science and Practice	Índia	2013	USAID (U.S. Agency for International Development)
E9	Outcomes of a Comprehensive Youth Program for HIV-infected Adolescents in Thailand.	CHOKEPHAIBULKIT, K. et al.	Journal of the Association of nurses in AIDS care	Tailândia	2015	CDC

E10	Translating primary into 'positive' prevention for adolescents in Eastern Africa	NÖSTLINGER, C. et al.	Health Promotion International	Bélgica	2015	AIDSFONDS e BTC (Belgian Development Cooperation)
E11	Indicators for sexual HIV transmission risk among people in Thailand attending HIV care: the importance of positive prevention	TUNTHANATHIP, P. et al.	Sexually Transmitted Infections	Tailândia	2009	Não informado
E14	Implementation and assessment of a prevention with positives intervention among people living with HIV at five hospitals in Thailand	BAIPLUTHONG, B et al.	PLoS ONE	Tailândia	2017	CDC
E15	Integrating Prevention in Residential and Community Care Settings: A Multidimensional Program Evaluation	MITCHELL, C. et al.	AIDS Education and Prevention	USA	2005	Não informado

Fonte: Autor

QUADRO 8 – RELAÇÃO DE ARTIGOS SELECIONADOS, COM INDICAÇÃO DE: AUTOR(ES), PUBLICAÇÃO, PAÍS DE ORIGEM, ANO DE PUBLICAÇÃO E ÓRGÃO DE FINANCIAMENTO DO ESTUDO

POPULAÇÃO: PROFISSIONAIS DE SAÚDE						
ARTIGO	TÍTULO	AUTORES	PUBLICAÇÃO	PAÍS	ANO	FINANCIAMENTO
E2	Acceptability, feasibility and challenges of implementing an HIV prevention intervention for people living with HIV/AIDS among healthcare providers in Mozambique: Results of a qualitative study	JAIENTILAL, P. et al.	SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS	Moçambique	2015	CDC

E4	An integrated approach for antiretroviral adherence and secondary HIV transmission risk-reduction support by nurses in Kenya.	KURTH, A. E. et al.	Journal of the Association of nurses in AIDS care	USA	2012	NIH (National Institute of Health) e NIAID (National Institute of Allergy and Infectious Diseases)
E5	ART Adherence as a Key Component of Prevention With Persons Living With HIV in Mozambique.	DOWNSON-ROSE, C. et al.	Journal of the Association of nurses in AIDS care	USA	2016	CDC
E8	Helping clinicians deliver consistent HIV prevention counseling to their HIV-infected patients	MYERS, J. et al.		USA	2013	HRSA
E12	Barriers and Facilitators in Implementing "Prevention for Positives" Alcohol Reduction Support: The Perspectives of Directors and Providers in Hospital-Based HIV Care Centers	STRAUSS, S. et al.	Journal of the Association of nurses in AIDS care	USA	2013	NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism)
E13	Pre/post evaluation of a pilot prevention with positives training program for healthcare providers in North West Province, Republic of South Africa	KEMP, C. et al.	BMC Health Services Research	USA	2017	Não informado

Fonte: Autor

Os artigos estão codificados numericamente (E1, E2, E3, etc) e serão assim referenciados quando da necessidade de sua menção.

O “*Journal of the Association of nurses in AIDS care*” foi a revista em que recuperamos o maior número de artigos (4 no total), seguido pelo “*AIDS Education and Prevention*” (2 no total).

Em relação ao país onde foram publicados os artigos selecionados, a maior parte foi publicado nos Estados Unidos (8 no total), seguido pela Tailândia (3 no total). Vale sublinhar que há apenas uma produção na América Latina sobre o tema (Trindade e Tobago), bem como apenas uma produção na África (Moçambique) e Europa (Bélgica).

Observamos, também, que a maior parte dos estudos foi publicada após o ano de 2010 – mais especificamente em 2012 – e chama atenção o fato de 2 estudos selecionados datarem do ano de 2017, isto é, trata-se de um debate atual, que tem gerado produções acadêmicas.

GRÁFICO 2 – ORIGEM DA PUBLICAÇÃO DOS ARTIGOS

GRÁFICO 3 – ANO DE PUBLICAÇÃO DOS ARTIGOS

Fonte: Autor

A seguir, sistematizamos algumas informações que julgamos ser relevantes para a análise das intervenções de prevenção positivas descritas nos estudos, quais sejam: população estudada; local da intervenção; foco da prevenção positiva; técnica de intervenção e enfoque conceitual utilizado:

QUADRO 9 – RELAÇÃO DE ESTUDOS SELECIONADOS, COM INDICAÇÃO DE POPULAÇÃO-CHAVE, LOCAL DA INTERVENÇÃO, FOCO E TÉCNICA DA INTERVENÇÃO E ENFOQUE CONCEITUAL

POPULAÇÃO: PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS					
Estudo	População	Local da intervenção	Foco da intervenção	Técnica de intervenção	Enfoque Conceitual
E1 (2011)	População rural e semi-urbana (homens e mulheres que vivem com HIV)	Uganda	Não Transmissão sexual do HIV	Sessões de Aconselhamento	ABC (absti, Be faith, condom)
E3 (2013)	Jovens que vivem com HIV (entre 15 e 24 anos) assistidos em um hospital pediátrico	República do Congo	Prevenir novas infecções por HIV	Sessões de redução de risco	Teoria da Ação Social (Social Action Theory).
E6 (2007)	Homens e mulheres que vivem com HIV em	Nova Iorque	Redução dos comportamentos de risco	Aconselhamento centrado no paciente	Transtheoretical Model of Change (TTM)

	acompanhamento clínico hospitalar.				
E7 (2013)	Pessoas que vivem com HIV/AIDS que sabem que têm HIV e que não estão sendo acompanhadas por nenhum serviço	Quênia	Redução dos comportamentos e risco	Sessões de aconselhamento	Teoria Comportamental (behavioral theory)
E9 (2015)	Adolescentes que vivem com HIV que conheciam o seu estado sorológico	Bangkok	Adesão ao tratamento e redução dos comportamentos de risco	Grupos de aconselhamento	Conhecimento, atitudes e práticas (KAP)
E10 (2015)	Jovens que vivem com HIV/AIDS	África Oriental (Quênia e Uganda)	Aumento dos comportamentos de proteção	Sessões de aconselhamento	Teoria da Ação Racional e Teoria do comportamento planejado
E11 (2009)	PVHA atendidas pelo instituto nacional de doenças infecciosas da Tailândia	Bangkok	Redução dos comportamentos de risco	Sessões de aconselhamento	Não especificado
E14 (2017)	Homens e mulheres que vivem com HIV assistidas em hospitais e clínicas especializadas	Tailândia (Bangkok e Chiang Rai)	Prevenir a transmissão do HIV	Treinamento/ Capacitação, com vistas a fornecer mensagens breves de prevenção	Não especificado
E15 (2005)	PVHA atendidas na AFC (AIDS Foundation of Chicago)	Chicago	Redução dos fatores de risco para a transmissão do HIV	Sessões de aconselhamento (avaliação de risco individualizada)	Modelo de habilidades de, informação e motivação comportamental (IMB)

Fonte: Autor

QUADRO 10 – RELAÇÃO DE ESTUDOS SELECIONADOS, COM INDICAÇÃO DE POPULAÇÃO-CHAVE, LOCAL DA INTERVENÇÃO, FOCO E TÉCNICA DA INTERVENÇÃO E ENFOQUE CONCEITUAL

POPULAÇÃO: PROFISSIONAIS DE SAÚDE					
Estudo	População	Local da intervenção	Foco da intervenção	Técnica de intervenção	Enfoque Conceitual
E2 (2015)	Prestadores de cuidado em saúde de	Moçambique	Prevenir novas infecções por HIV	Capacitação dos profissionais de saúde,	Abordagem de intervenção

	centros clínicos e comunitários de cuidados regulares as PVHA			objetivando transmitir “mensagens e prevenção” as PVHA	para provedores de HIV (Dawson Rose etc. al)
E4 (2012)	Enfermeiros de centros especializados que prestam cuidados as PVHA	Quênia	Adesão ao tratamento e prevenção da transmissão do HIV	Treinamento/ Capacitação, visando à criação de “espaços de aconselhamento”	Abordagem interativa de aprendizagem baseada em problemas
E5 (2016)	Profissionais de saúde que oferecem cuidados às PVHA	Moçambique	Redução do risco de transmissão do HIV	Treinamento/ Capacitação, objetivando aprimorar habilidades da equipe para atender às necessidades de prevenção das PVHA	Redução de Riscos
E8 (2013)	Clínicos especialistas em prevenção	Colúmbia	Prevenção da transmissão do HIV	Treinamento/ Capacitação, visando à entrega de mensagens breves de prevenção	Welltested Health Behavior Theories
E12 (2013)	Provedores de cuidados em HIV (médicos, enfermeiros e assistentes sociais) de 4 centros de atendimento especializados	Nova Iorque	Adesão ao tratamento e diminuição dos comportamentos de risco associados ao álcool.	Educação e Treinamento em SBI (screening and brief interventions)	Teoria Social Cognitiva (Social Cognitive theory)
E13 (2017)	Enfermeiros do public-sector primary healthcare (PHC)	África do Sul	Redução da transmissão sexual do vírus HIV	Treinamento/ Capacitação, visando à entrega de recomendações e estratégias de prevenção	Não especificado

Fonte: Autor

GRÁFICO 4 – LOCAL DA INTERVENÇÃO

Fonte: Autor

Sobre a população dos estudos selecionados, observamos dois grandes grupos: um deles relacionado às pessoas que vivem com HIV/AIDS (homens, mulheres, jovens, adolescentes), totalizando 9 artigos; e o outro, em referência aos profissionais de saúde (prestadores de cuidados, enfermeiros, clínicos especialistas), perfazendo os 6 artigos restantes. Em relação a esse último grupo, as intervenções sempre tiveram como técnica o treinamento e a capacitação desses profissionais tendo como horizonte os componentes da prevenção positiva.

O foco das intervenções de prevenção positiva esteve ancorado 4 pilares diferentes: (1) a transmissão do vírus HIV, (2) o comportamento (seguro/de risco), (3) a adesão ao tratamento e (4) a prevenção de novas infecções. Em relação aos dois primeiros pilares, observamos que os autores se valeram de expressões diferentes para tratar da mesma questão. Assim, em relação à transmissão do vírus, observamos expressões como “prevenção da transmissão do HIV”, “redução do risco de transmissão do HIV” e “não transmissão do vírus HIV”, de tal modo que

podemos agrupar esses termos conforme apontado pela figura 1. Já em relação aos comportamentos, os autores utilizaram expressões como “redução do comportamento de risco”, “aumento dos comportamentos seguros” e “aumento dos comportamentos de prevenção”, conforme apontado na figura 2.

As técnicas utilizadas nas intervenções estiveram ancoradas em dois grandes grupos: o de aconselhamento e o de treinamento e capacitação. Os primeiros tiveram sempre como foco as PVHA; e o segundo grupo, sempre os profissionais de saúde. Novamente, os autores se utilizaram de expressões diferentes para tratar de questões semelhantes. Em relação ao primeiro grupo, observamos expressões como “sessões de aconselhamento”, “grupos de aconselhamento” e “aconselhamento centrado no paciente” (figura 3). Em relação ao grupo do treinamento e capacitação, foram utilizadas expressões como “educação e treinamento” e apenas “capacitação” (figura 4).

Quando observamos o local em que foram desenvolvidas as intervenções, chama atenção que na maior parte dos estudos, o continente africano foi escolhido para aplicação das ações de prevenção positiva. Os E.U.A vêm logo em seguida, com 4 intervenções sendo colocadas em prática em seu território. Finalmente, na Tailândia foram desenvolvidas as outras 3 intervenções de prevenção positiva aqui selecionadas.

O enfoque conceitual das intervenções, em sua maioria, esteve centrado nas provenientes da teoria social cognitiva, tais como o modelo de habilidades, informação e motivação comportamental (IMB), conhecimento, atitudes e práticas (KAP) e teoria da ação social (Social Action Theory).

O desenho das intervenções e os resultados alcançados com elas estão sistematizados no quadro 11.

Figura 1 – EXPRESSÕES UTILIZADAS PARA “TRANSMISSÃO”

Fonte: Autor

Figura 2 – EXPRESSÕES UTILIZADAS PARA “COMPORTAMENTOS”

Fonte: Autor

FIGURA 3 – EXPRESSÕES UTILIZADAS PARA “ACONSELHAMENTO”

Fonte: Autor

FIGURA 4 – EXPRESSÕES UTILIZADAS PARA “TREINAMENTO”

Fonte: Autor

QUADRO 11 – DESCRIÇÃO DAS INTERVENÇÕES E DOS RESULTADOS

	DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO	RESULTADOS
E1 (2011, Uganda)	A intervenção foi estruturada a partir de sessões de aconselhamento. Nesse espaço, foram oferecidas iniciativas de prevenção positiva: educação e apoio à aderência aos medicamentos, por meio de recomendações de “comportamento sexual seguro”, geralmente baseados em 3 pilares: abstinência, redução de parceiros ou uso de preservativo (estratégia ABC, do inglês: abstinence, 'being faithful' (partner reduction) and condom use). A iniciativa teve como perspectiva um quadro que visou desenvolver a resiliência emocional e física, o otimismo, o autorrespeito, a aceitação e abertura com os outros sobre o estado de HIV, especialmente dentro da família. Os pacientes foram convidados a ir à clínica sempre que não se sentissem bem e receberam um número de telefone para pedir conselhos. O aconselhamento também esteve disponível durante a coleta de medicamentos na clínica ou quando da entrega dos medicamentos em casa.	<p>Estudo qualitativo longitudinal. Entrevistas realizadas antes da intervenção e após 3, 6, 18 e 30 meses.</p> <p>No início da TARV, os participantes concordaram em seguir as recomendações “ABC”. Inicialmente, a saúde precária impediu a atividade sexual. Quando identificada uma pequena melhora no quadro clínico, os participantes priorizaram a retomada da produção econômica e o apoio para seus filhos. Com o passar do tempo e com a saúde estabilizada, houve uma retomada do desejo sexual e as pessoas retomaram os relacionamentos sexuais e afetivos.</p>
E2 (2015, Moçambique)	Intervenção de Prevenção Positiva baseada em um modelo de redução do risco de transmissão do HIV. Os profissionais dos centros de saúde especializado de 3 províncias de Moçambique foram capacitados em relação a: avaliação de risco, aconselhamento de redução de risco e redução de parceiros, adesão ao tratamento, planejamento familiar e transmissão vertical. A ideia é que os profissionais adquirissem repertório relacionado a estes componentes da prevenção positiva e pudessem “transmitir mensagens de prevenção” aos pacientes. As mensagens de prevenção, bem como os	<p>Estudo qualitativo. Entrevistas. Análise de conteúdo.</p> <p>As mensagens e intervenções Prevenção Positiva foram relatadas como úteis, relevantes, aceitáveis e viáveis para os profissionais de saúde que participaram do estudo. Como resultado do treinamento, os profissionais puderam implementar uma nova abordagem com seus pacientes. Isso incluiu a capacidade de colocar em prática e discutir várias das lições aprendidas durante o treinamento de Prevenção Positiva, tais como avaliação de risco,</p>

	<p>materiais de treinamento e currículo da capacitação foram adaptados ao contexto cultural, social, político e estrutural local.</p>	<p>aconselhamento de redução de risco, redução no número de parceiros sexuais, adesão ao tratamento e a importância da vida positiva. Esses profissionais relataram que após o treinamento obtiveram uma resposta positiva dos pacientes às mensagens de prevenção positiva.</p>
<p>E3 (2013, Congo)</p>	<p>Intervenção de Prevenção positiva voltada para jovens (entre 15 e 24 anos), que teve como foco a redução do comportamento de risco. Foi realizada em 6 sessões em grupo, onde foi possível discutir: (1) viver com HIV: identificar forças e desafios pessoais em relação ao viver com o vírus); (2) identificar estressores pessoais e habilidades para resolver problemas; (3) sexo seguro: identificar problemas que desencadeiam comportamentos de risco; (4) uso adequado do preservativo e conhecimento das infecções sexualmente transmissíveis; (5) suporte social: redes de apoio, revelação do status HIV+ e (6) bem estar e manutenção da saúde: manter comportamentos saudáveis após o término da intervenção.</p>	<p>Estudo qualitativo. Entrevistas em profundidade e grupos focais. Análise de Conteúdo.</p> <p>A intervenção mostrou promessa de sucesso com a população-chave. Os jovens relataram melhorar suas habilidades de resolução de problemas, aumentando seu conhecimento de temas de prevenção sexual, melhorando suas habilidades de uso de preservativo, melhorando sua capacidade de lidar com gatilhos para sexo não seguro e aumentando sua capacidade de avaliar o nível de risco de diferentes comportamentos. Os jovens também relataram aumentar sua autonomia na tomada de decisão, melhorando sua capacidade de negociar relações sexuais mais seguras, aumentando sua abertura para discutir o comportamento sexual com seus cuidadores e melhorando sua capacidade de desenvolver metas positivas para o seu futuro.</p>
<p>E4 (2012, Quênia)</p>	<p>Intervenção focada na adesão ao tratamento do HIV e prevenção da transmissão secundária do vírus. A intervenção foi desenhada para enfermeiros que prestam cuidados em centros de saúde no Quênia. Foi realizado um treinamento com esses profissionais que totalizou 24 horas de duração em 4 dias. As sessões envolveram palestras didáticas, estudos de casos</p>	<p>Estudo quantitativo longitudinal. Questionários (ACASI) antes, durante e após 2 meses da intervenção.</p> <p>O estudo demonstrou a utilidade potencial de uma intervenção de prevenção positiva direcionada a enfermeiros, no que tange o apoio à adesão ao</p>

	clínicos, demonstrações de habilidades e trabalho em pequenos grupos. Esse espaço teve como objetivo criar repertório em prevenção positiva, nos seguintes tópicos: adesão à terapia antirretroviral, avaliação de risco sexual, rastreio de infecções sexualmente transmissíveis, mensagens de redução de risco e desenvolvimento de planos de comportamento para pacientes com alta probabilidade de praticarem comportamento de risco/transmitir o vírus.	tratamento e a redução de transmissão secundária do HIV. Os dados sugerem que os enfermeiros que receberam o treinamento puderam incorporar repertório relativo a aconselhamento baseado em evidências para avaliar ativamente as situações de risco e apoiar as necessidades das pessoas que vivem com HIV/AIDS. Além disso, os enfermeiros relataram maiores níveis de conforto ao falar/aconselhar sobre aspectos mais amplos da sexualidade dos pacientes.
E5 (2016, Moçambique)	A intervenção de prevenção positiva teve por objetivo aprimorar as habilidades e o conforto dos membros da equipe de saúde para atender as necessidades de prevenção e cuidado das pessoas que vivem com HIV/AIDS. Foram 3 dias de treinamento, que teve como base teórica o modelo para redução de risco (“comportamentos podem ser alterados”) e abordou os seguintes temas: (1) redução de risco, (2) mensagens de prevenção, (3) revelação do diagnóstico, (4) tratamento das infecções sexualmente transmissíveis, (5) adesão ao tratamento antirretroviral e (6) “viver positivamente”: saúde e bem-estar. Os métodos de ensino incluíram aprendizagem experiencial, apresentações didáticas e atividades interativas de construção de habilidades, discussões baseadas em casos que destacaram a redução de risco, dramatizações e interações simuladas.	Estudo qualitativo. Entrevistas em profundidade. Análise de conteúdo. Os profissionais de saúde que participaram do treinamento de Prevenção Positiva demonstraram uma compreensão da importância da TARV não apenas como tratamento para o HIV, mas também como um mecanismo para prevenir a transmissão do vírus a parceiros sexuais e crianças ao nascer. Além disso, os profissionais de saúde foram capazes de desenvolver seus próprios scripts para entregar esta mensagem aos pacientes. Do mesmo modo, os pacientes que receberam as mensagens de prevenção reportaram uma compreensão do papel que a TARV desempenha na prevenção da transmissão do vírus, como parte de uma estratégia de redução de riscos.
E6 (2007, Nova Iorque)	Intervenção de prevenção positiva destinada a fornecer aconselhamento sobre prevenção ao HIV dentro do ambiente clínico hospitalar e multidisciplinar. O objetivo da intervenção foi reduzir os comportamentos de risco	Estudo misto. Quantitativo randomizado: Questionários (ACASI) e qualitativo: protocolo de entrevista semi-estruturado.

	<p>através de entrevistas motivacionais, por meio de uma abordagem de aconselhamento centrada no paciente, tendo em vista a mudança comportamental (redução do comportamento de risco). Ao menos 4 sessões individuais estiveram previstas durante os 6 meses de intervenção, e necessariamente abordaram com os pacientes que viviam com HIV: (1) motivação em relação à mudança de comportamento de risco, (2) construção de um “compromisso para a mudança”, (3) uso de drogas e infecções sexualmente transmissíveis e (4) elaboração de um plano para manter comportamentos seguros na linha do tempo, após o término da intervenção. Após análise de necessidades, outros temas poderiam ser abordados, tais como: adesão ao tratamento, dificuldade em tomar a medicação e vida sexual e reprodutiva.</p>	<p>Envolver e manter os pacientes na intervenção foi um desafio. Os resultados apontaram que os temas abordados nos encontros individuais não demonstraram o interesse esperado nos pacientes, uma vez que não eram prioridades para ele. Assim, o modelo de prevenção positiva aqui apresentado não é recomendado para um ambiente clínico hospitalar multidisciplinar e de alta demanda.</p>
<p>E7 (2013, Quênia)</p>	<p>Intervenção focada na redução de risco de HIV, entregue por agentes comunitários de saúde a pessoas que vivem com HIV/AIDS que sabem que têm HIV e que não estão em tratamento. A intervenção destinou-se, principalmente, a reduzir o número de comportamentos sexuais desprotegidos e redução de parceiros sexuais e aumentar a revelação do diagnóstico aos pares sexuais. A intervenção, proporcionada ao longo de um período de 6 meses, consistiu de um mínimo de 4 reuniões estruturadas. Nessas sessões, os agentes locais de saúde aconselharam os participantes sobre a redução de comportamentos de risco e o tratamento e prevenção de demais ISTs, o uso consistente e correto do preservativo, a revelação do status do HIV aos parceiros, o teste do HIV para parceiros e planejamento</p>	<p>Estudo de coorte quantitativo longitudinal. Questionário (ACASI). Acompanhamento por 6 meses.</p> <p>Os agentes comunitários forneceram uma intervenção personalizada de redução do risco para o HIV que foi bem-sucedida na redução de comportamentos de risco relatados (por exemplo, melhor uso do preservativo, resultando em menos atos sexuais desprotegidos e menos relações sexuais não seguras) em uma coorte de PVHA que conheciam seu estado HIV. A intervenção também aumentou o conhecimento sobre o HIV e a motivação para iniciar o tratamento com TARV. Os dados apontam que a intervenção pode ser replicada em grande escala em contextos de recursos limitados.</p>

	familiar. As sessões foram compostas por: (1) Avaliação personalizada de comportamentos de risco, (2) Revisão das principais necessidades de prevenção e motivação na redução de riscos, (3) Revisão do progresso em direção às metas estabelecidas e (4) Revisão da mensagem chave de prevenção.	
E8 (2013 Colúmbia)	Intervenção de prevenção positiva baseada no treinamento de especialistas em prevenção (educadores de saúde, enfermeiros, assistentes sociais) de clínicas locais de prestação de cuidados às PVHA. O objetivo da intervenção foi possibilitar aos profissionais a aquisição de repertório técnico e teórico que viabilizasse a entrega de mensagens breves de prevenção baseadas na avaliação do risco dos pacientes e aconselhamento comportamental, visando à redução dos comportamentos de risco. A intervenção ocorreu ao longo de quatro a cinco sessões de treinamento em situações individuais ou de grupo. Os tópicos abordados incluíram sexo seguro, medicação, uso de drogas, relacionamentos, revelação do status sorológico, bem-estar emocional, treinamento de assertividade e outras prioridades definidas pelo paciente.	<p>Estudo misto: análise de relatos clínicos antes e depois da intervenção e quantitativo longitudinal (questionários) antes, 6 e 12 meses após a intervenção.</p> <p>Os resultados mostraram que a intervenção foi bem-sucedida em ajudar os clínicos a realizar serviços de prevenção comportamental mais consistentes com seus pacientes infectados pelo HIV.</p>
E9 (2015, Bangkok)	Uma equipe de atendimento multidisciplinar desenvolveu um programa de intervenção – baseado na prática clínica – chamado de "Programa Adolescente Feliz". O programa tinha como objetivo aprimorar conhecimentos e atitudes em relação ao HIV, a fim de melhorar a adesão aos antirretrovirais e reduzir os riscos comportamentais. O programa consistiu em duas sessões de grupo e duas sessões individuais com foco em quatro estratégias: Conhecimentos, habilidades de	<p>Estudo quantitativo longitudinal. Questionários (ACASI) antes, 6 e 12 meses após a intervenção.</p> <p>As intervenções foram bem aceitas pelos adolescentes e houve uma melhora nos conhecimento e atitude em relação ao vírus HIV, especialmente para aqueles que tiveram notas baixas na linha de base. Apesar da melhora na pontuação relativa ao conhecimento e à atitude, não foi percebida melhora</p>

	enfrentamento, redução de risco sexual e objetivos de vida. Antes do início da participação nos grupos, os jovens selecionados preencheram uma “auto entrevista assistida por computador” (ACASI), que avaliou: (i) conhecimentos, atitudes e práticas em relação ao TAR, (ii) saúde reprodutiva e DSTs e (iii) comportamento de risco.	na pontuação do quesito “prática”.
E10 (2015, Quênia e Uganda)	O objetivo geral desta intervenção de prevenção positiva foi apoiar os adolescentes alvos do estudo no aumento do comportamento de proteção por meio de determinantes comportamentais relevantes. Além disso, a intervenção também focou o apoio aos adolescentes quanto a melhorar a “vida positiva”, isto é, maior adesão ao tratamento, uma nutrição saudável, habilidades para revelar o status positivo e combater o estigma e a discriminação relacionados ao vírus. A intervenção consistiu em cinco módulos com duas sessões cada e aplicou uma combinação de estratégias que visou a construção de conhecimentos e habilidades com base nos métodos empiricamente validados de mudança de comportamento.	<p>Estudo Misto: Entrevistas e Aplicação de questionários (quantitativo randomizado) antes e após a intervenção.</p> <p>A intervenção teve um impacto positivo na adesão, na abstinência sexual, no uso de preservativos, no apoio social, no bem-estar psicológico e na qualidade de vida global. Os dados apontaram que os adolescentes assumiram mais responsabilidades pela sua própria saúde após terem concluído a intervenção.</p>
E11 (2009, Bangkok)	A intervenção de prevenção positiva priorizou o tratamento das infecções sexualmente transmissíveis, que foi fornecido gratuitamente, junto com a disponibilização de preservativos. Os participantes também receberam profilaxia de infecção oportunistas e tratamento ARV de acordo com as diretrizes nacionais tailandesas. A intervenção esteve pautada, ainda, no aconselhamento sobre a redução de comportamentos de risco, aderência ao tratamento e sobre a revelação do diagnóstico positivo para o HIV. Os parceiros das	<p>Estudo qualitativo. Entrevistas presenciais e individuais antes e após a intervenção.</p> <p>Os resultados apontaram para altos níveis de aderência ao ARV auto- relatada, bem como redução dos comportamentos sexual de risco. Também se percebeu um comportamento global mais saudável, incluindo procura de cuidados em saúde para além das questões estritas ao HIV, tais como nutrição saudável e apoio financeiro.</p>

	<p>peessoas alvos da intervenção foram submetidos a teste para sorologia do HIV, fornecido gratuitamente.</p>	
<p>E12 (2013, Nova Iorque)</p>	<p>Trata-se de uma intervenção de prevenção para positivos, que teve como público-chave os provedores de cuidados (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais) de quatro centros de atendimento às PVHA na cidade de NY. A intervenção visou proporcionar aos pacientes com HIV um suporte em relação à redução no uso do álcool, a fim de otimizar sua adesão à medicação, retardar a progressão da doença e limitar os comportamentos de risco sexual associados ao álcool, por meio do “alcohol reduction approach through alcohol screening and brief interventions” (SBI). Foram 3 horas de treinamento para os profissionais de saúde que abordaram temáticas como uso de álcool e co-infecção HIV e outras IST e aconselhamento e suporte às PVHA.</p>	<p>Estudo qualitativo. Entrevistas em profundidade. Análise de Conteúdo.</p> <p>Os dados do estudo apontaram que aumentar a consciência desses pacientes para questões relacionadas ao uso abusivo de álcool tende a melhorar a adesão ao tratamento e diminuição dos comportamentos de risco.</p>
<p>E13 (2017, África do Sul)</p>	<p>A intervenção de prevenção para positivos teve como objetivo fornecer recomendações e estratégias-chaves de prevenção para pacientes HIV positivos, por meio de treinamento dos provedores de cuidados em saúde. Esses profissionais de saúde passaram por um treinamento de 4 horas e foram ensinados a avaliar os comportamentos de risco das PVHA atendidas, bem como a melhor forma de fornecer mensagens de prevenção. As seguintes temáticas foram trabalhadas durante o treinamento: 1) recomendações de prevenção sobre o comportamento sexual, sexo seguro e uso de álcool e substâncias, 2) aderência ao TAR e outros medicamentos; 3) Sintomas de outras ITS, 4) vida sexual e gravidez, e 5) demonstração do uso de</p>	<p>Estudo quantitativo. Aplicação de questionários (ACASI) antes e depois da intervenção.</p> <p>Ao contrário do que se esperava, a intervenção desenhada neste estudo, baseada no treinamento de profissionais de saúde, foi associada com uma diminuição nas mensagens de prevenção entregues a pacientes HIV positivos.</p>

	preservativos.	
E14 (2017, Bangkok)	<p>A intervenção de prevenção positiva visou a diminuição do comportamento sexual de risco e incluiu seis estratégias de prevenção: redução do risco sexual e comportamental, rastreio e tratamento das IST para PVHA e seus parceiros, promoção da divulgação do HIV aos parceiros, promoção do teste de HIV ao parceiro, tratamento e adesão ao TARV e planejamento familiar e prevenção da transmissão vertical do HIV. Os prestadores de cuidados de saúde, incluindo médicos, enfermeiros e assistentes sociais foram treinados para incorporar essas estratégias como parte do serviço de rotina a todas as PVHS atendidas nas clínicas. Os profissionais forneciam breves mensagens de prevenção com base nas necessidades das PVHA, planejamento familiar e aconselhamento para revelação do status HIV positivo.</p>	<p>Estudo quantitativo longitudinal. Questionário padronizado antes e 3 e 6 meses após a intervenção.</p> <p>A análise dos resultados do estudo mostrou que a implementação de uma intervenção de prevenção positiva nestes moldes está associada a uma diminuição nos comportamentos de risco que podem levar à transmissão do HIV.</p>
E15 (2005, Chicago)	<p>A intervenção “multidimensional e holística” de prevenção positiva teve como foco a redução dos fatores de risco para a transmissão do HIV, dentro de um modelo de “bem-estar pessoal”, por meio da avaliação de riscos e planejamento da redução desses riscos. As PVHA atendidas na AFC (AIDS Foundation of Chicago) passaram por uma avaliação de risco individualizada para identificar quaisquer comportamentos específicos que possam ser considerados de risco. Após a conclusão desta avaliação, o “gerente do caso” e o paciente desenvolvem conjuntamente um plano de comportamento de redução de risco orientado ao comportamento. Este plano inclui metas específicas</p>	<p>Estudo Misto. Quantitativo: Aplicação de questionário (ACASI) e qualitativo: entrevistas estruturadas.</p> <p>Os resultados apontaram que a intervenção atingiu seu objetivo de reduzir os fatores de risco para transmissão do HIV.</p>

	<p>relacionadas aos comportamentos de risco identificados pelo paciente. Uma vez identificados esses objetivos, o gerente de caso e o paciente desenvolvem estratégias, passo a passo e individualizadas, para alcançar esses objetivos.</p>	
--	--	--

Fonte: Autor

As intervenções que tiveram como público prioritário os profissionais de saúde estiveram baseadas em desenvolver habilidades e competências com vistas a um atendimento qualificado, objetivando alcançar componentes da prevenção positiva. Nesse sentido, foram abordados temas como: avaliação de risco, adesão ao tratamento, planejamento familiar, desenvolvimento de planos de comportamento seguro, mensagens de prevenção, revelação do diagnóstico, etc. Essas intervenções partem do pressuposto de que a responsabilidade pela prevenção das pessoas que vivem com HIV/ AIDS é compartilhada e, portanto, os profissionais de saúde devem prestar um atendimento de qualidade, tendo como horizonte a adesão do tratamento, a redução dos comportamentos de risco, o planejamento familiar e reprodutivo, etc.

As demais intervenções – em sua maioria baseadas em sessões de aconselhamento – tiveram como objetivo trazer à baila questões próprias da prevenção positiva, tendo como foco a população que vive com HIV/AIDS. Para tanto, utilizaram-se de estratégias como: educação e apoio à aderência aos medicamentos, por meio de recomendações de “comportamento sexual seguro”, espaços de discussão em que foi possível trazer questões sobre o viver com HIV e uso adequado de preservativos, etc.

De modo geral, as intervenções adotaram como estratégia para a prevenção ao HIV a conjugação de diferentes medidas de prevenção, baseadas, sobretudo, em intervenções comportamentais e biomédicas, aplicadas principalmente em nível individual. As intervenções de cunho estruturais e psicossociais foram negligenciadas no desenho das ações de prevenção positiva dos estudos aqui selecionados, bem como abordagens que colocam em pauta os níveis comunitário e social para responder a necessidades específicas de determinados públicos e de

determinadas formas de transmissão do HIV (UNAIDS, 2009). O quadro abaixo apresenta os diferentes componentes dessas estratégias:

QUADRO 12 – DEFINIÇÃO DAS CATEGORIAS DE INTERVENÇÃO E EXEMPLOS DE AÇÕES

Categoria	Definição	Exemplos das ações
Intervenções Biomédicas	São estratégias voltadas à redução do risco de exposição mediante intervenção na interação entre o HIV e a pessoa passível à infecção. Essas estratégias podem ser divididas em dois grupos: intervenções biomédicas clássicas, que empregam métodos de barreira física ao vírus, já largamente empregados no Brasil; e Intervenções Biomédicas baseadas no uso do antirretroviral (ARV).	Distribuição de preservativos masculinos e femininos; Distribuição de gel lubrificante; Oferta de Testagem; Tratamento para todas as pessoas; Profilaxia Pós-Exposição - PEP; Profilaxia Pré-Exposição – PrEP; Tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST.
Intervenções Comportamentais	São estratégias que contribuem para o aumento da informação e da percepção do risco à exposição ao HIV e para sua consequente redução, mediante incentivos a mudanças de comportamento do indivíduo e da comunidade ou grupo social em que está inserido.	Incentivo ao uso de preservativos masculinos e femininos; Aconselhamento ao HIV/aids e outras IST; Incentivo à testagem; Adesão às intervenções biomédicas; Vinculação e retenção aos serviços de saúde; Redução de Danos para as pessoas que usam álcool e outras drogas; Estratégias de comunicação e educação entre pares; Campanhas de prevenção em HIV e outras IST.

Fonte: Adaptado de UNAIDS (2009)

Por fim, os artigos trouxeram definições de prevenção positiva. Como vimos, partimos do entendimento de que a prevenção positiva não é um conceito fechado e que, portanto, pode apresentar diversas definições. Por isso, trazemos, a seguir, de que maneira a noção de prevenção positiva vem sendo incorporada aos estudos sobre esta temática. Não são definições estritas: colhemos trechos que, de alguma maneira, atribuíram significado à noção de prevenção positiva.

QUADRO 13 – DEFINIÇÃO DE PREVENÇÃO POSITIVA, POR ARTIGO

ESTUDO	DEFINIÇÃO DE PREVENÇÃO POSITIVA
E1	Há o interesse nas estratégias ditas de “prevenção positiva” (educação e aconselhamento que incorporam recomendações sobre comportamento sexual de risco, juntamente com dicas sobre como adesão à medicação), na medida em que as PVHA podem colocar-se em risco para novas infecções sexualmente transmissíveis, incluindo outras estirpes do HIV, e colocar outras pessoas em risco de infecção pelo HIV.
E2	As intervenções de Prevenção Positiva que abordam as necessidades de prevenção das PVHA visam aumentar o uso de preservativos, ajudar a manter as PVHA saudáveis e impedir a transmissão do vírus HIV por meio da redução dos comportamentos sexuais de risco.
E3	Programas eficazes de prevenção do HIV para pessoas vivendo com HIV, também chamados de Prevenção Positiva, são importantes para reduzir novas infecções e assegurar que as PVHA permaneçam saudáveis. A prevenção positiva se concentra no aumento do diagnóstico precoce do HIV, aumento do uso de serviços de saúde e de prevenção entre as PVHA, a melhora na qualidade dos cuidados e tratamento das PVHA, a melhora da adesão das PVHA ao tratamento e na ajuda para que as PVHA adotem e mantenham comportamentos que reduzam o risco de transmissão do HIV.
E4	Os clínicos nem sempre lidam com a redução do risco de transmissão do HIV secundário com pacientes infectados pelo HIV. Pesquisas nos Estados Unidos descobriram que as clínicas com protocolos de prevenção positiva por escrito possuem níveis mais elevados de prestação de aconselhamentos que levem em consideração o apoio à adesão à terapêutica antirretroviral (ARV) e redução do risco de transmissão para o HIV.
E5	A Prevenção Positiva tornou-se uma pedra angular dos esforços de prevenção do HIV nos Estados Unidos [...] É uma estratégia de múltiplos componentes, quais sejam: (a) tratamento antirretroviral (TARV), (b) aconselhamento e apoio à adesão ao tratamento, (c) triagem e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (IST), (d) aconselhamento de redução de risco sexual, incluindo a distribuição de preservativos; (e) testagem do parceiro e apoio à revelação do diagnóstico, (f) prevenção da transmissão vertical de mãe para filho e (g) avaliação e encaminhamento para serviços de planejamento familiar
E6	O modelo de prevenção positiva aplicado visou minimizar a carga sobre os profissionais de saúde de cuidados primários e teve como objetivo a redução dos comportamentos de risco, por meio de estratégias de aconselhamento preventivo centrado no paciente, impactando a mudança comportamental.
E7	As intervenções de prevenção positiva concentram-se na redução dos comportamentos sexuais de risco entre PVHA. As intervenções tendem a focar especificamente na alteração dos comportamentos de risco de

	transmissão do HIV e são entregues, em sua maioria, a indivíduos que estão sendo acompanhados por serviços especializados.
E8	O fornecimento de avaliação de risco de HIV e aconselhamento comportamental por clínicos em configurações clínicas de HIV é um componente de uma estratégia abrangente de "prevenção positiva" para ajudar os pacientes a reduzir seus comportamentos de risco de transmissão para seus parceiros sexuais.
E9	Os estudos de prevenção positiva com adultos apontaram que as intervenções mais eficazes quando estiveram integradas aos serviços de tratamento e cuidados de rotina dos PVHA. Os programas visam, de modo geral, melhorar os conhecimentos e as atitudes dos pacientes que vivem com HIV/AIDS a fim de que se melhore a adesão à TAR e à redução dos riscos comportamentais para transmissão do HIV. Além disso, fazem parte dos eixos da prevenção positiva promover metas positivas de vida.
E10	Por prevenção positiva, referimo-nos a apoiar os adolescentes HIV-positivos através de intervenções personalizadas que melhoram a sua saúde física, mental, emocional e sexual, o que, através da criação de ambientes propícios, reduz a probabilidade de novas infecções pelo HIV.
E11	Os especialistas em saúde pública enfatizam amplamente a importância de se abordar a prevenção com pessoas que vivem com HIV, enquanto ampliam o acesso ao tratamento antirretroviral (TARV). Essas abordagens de prevenção, chamadas de prevenção positiva, incluem o rastreio e tratamento de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) [...] e estratégias para reduzir os comportamentos de risco sexual.
E12	Os estudos sobre o que se convencionou chamar de prevenção para positivos apontaram que muitos pacientes com HIV têm uma necessidade considerável de suporte à redução do uso de álcool, a fim de otimizar sua adesão à medicação, retardar a progressão da doença e limitar os comportamentos de risco sexual associados ao álcool.
E13	À medida que as pessoas com HIV vivem mais tempo com tratamento melhorado, elas precisam de conhecimento e apoio para proteger sua própria saúde e evitar a transmissão do HIV a outro. As intervenções de prevenção integradas que são prestadas em ambientes de saúde e abordam fatores médicos, sociais e psicológicos têm se mostrado particularmente eficazes. Há evidências de que as intervenções de prevenção positiva fornecidas pelo provedor aumentam significativamente o número de conversas de prevenção, reduzem o número médio de parceiros sexuais e diminuem a prevalência de relações sexuais desprotegidas.
E14	As intervenções de prevenção positiva encorajam as PVHA a tomarem medidas para manter e melhorar a sua saúde, prevenir a transmissão do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (DSTs) a parceiros sexuais e de partilha de agulhas e prevenir a gravidez indesejada para limitar a transmissão do HIV das mães infectadas pelo HIV aos seus

	recém-nascidos, permitindo ao mesmo tempo plena e satisfatória relações emocionais e sexuais. Evidências apontam que as intervenções de PwP, incluindo intervenções individuais ou de grupo, reduziram significativamente a frequência de relações sexuais anal e vaginal sem preservativo
E15	Os esforços de prevenção se concentram não apenas em clientes que são atualmente HIV negativos, mas também em clientes HIV positivos que podem potencialmente transmitir o vírus para outros. A prevenção positiva, nessa esteira, traz a necessidade de vincular serviços de prevenção, cuidados e tratamento. As intervenções de PP podem enfatizar a redução de comportamentos de risco visando a prevenção e a reinfecção do HIV, bem como outras IST, além da adesão ao tratamento e o envolvimento contínuo em cuidados e a divulgação do estado sorológico positivo para o HIV aos parceiros.

Fonte: Autor

A seguir, visando melhor visualização dos termos que são utilizados para dar significado à prevenção positiva, apresentamos um gráfico de “nuvem de palavras”, em que observamos as palavras-chave mais utilizadas em tamanhos maiores e, em oposição, as palavras com menor frequência de utilização, em tamanhos menores.

GRÁFICO 5: TERMOS MAIS COMUNS USADOS NAS DEFINIÇÕES DE PREVENÇÃO POSITIVA

7 INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO POSITIVA: UMA DISCUSSÃO

A priorização dos esforços de prevenção com pessoas vivendo com HIV representa uma mudança significativa nas estratégias de enfrentamento à epidemia de HIV/AIDS. Como qualquer mudança importante, ela levantou novas preocupações e perguntas sobre o futuro. Além disso, trouxe à luz lacunas existentes em nosso conhecimento sobre como melhor atender às necessidades de prevenção de pessoas vivendo com HIV. Muitas mais perguntas estão sendo levantadas e precisarão ser respondidas a fim de assegurar o sucesso das intervenções de prevenção positiva. A seguir, colocamos para debate os principais aspectos levantados pelos resultados apresentados nesta dissertação. Dados bibliométricos, população prioritária das intervenções, orientação teórica dos estudos e lacunas observadas nas temáticas tratadas pelas intervenções de prevenção positiva são algumas das questões que pretendemos discutir.

Do ponto de vista dos indicadores bibliométricos, chama atenção que a maior parte dos estudos aqui recuperados (8) foi publicada nos Estados Unidos. A discussão sobre a temática das intervenções de prevenção positiva teve início após 2005, quando, como vimos, a noção de prevenção positiva se consolidou nesses espaços. A maior parte dos estudos foram publicados em 2013 e o ano de 2017 conta com 2 artigos publicados, indicando tratar-se de um debate ainda atual. As revistas da área de enfermagem foram as publicações que mais tiveram artigos, indicando que a enfermagem é uma área que tem focado suas ações não só no âmbito da assistência hospitalar, mas também em outras áreas de atuação, tais como a prevenção. Já quando analisamos os locais onde as intervenções foram colocadas em prática,

observamos que os países do continente africano tem sido foco preferencial. Os dados epidemiológicos justificam a priorização de esforços científicos nessa região do mundo¹¹. Também chamou atenção que 3 dos estudos foram realizados em Bangkok, na Tailândia. Após a África subsaariana, a Ásia é a região com maior número de pessoas vivendo com HIV, sendo a Tailândia tem uma das maiores prevalências de HIV na região, representando 9% da população total de HIV da região.

Assim, a epidemia de HIV tem sido tratada como prioritária nas políticas públicas de saúde, indicando sua emergência. Como vimos, o argumento da saúde pública para a expansão de intervenções de prevenção positiva é convincente. Vários estudos e revisões de literatura apontaram que as intervenções de prevenção positiva aumentam o uso de preservativos, ajudam a manter as PVHA mais saudáveis e dificultam a transmissão do vírus, bem como são intervenções viáveis, aceitáveis e eficazes na redução dos comportamentos sexuais que transmitem o HIV (Bunnell, Mermin & De Cock, 2006; Kennedy, et al, 2010). A maior parte dos estudos selecionados nesta dissertação também apontou para esse caminho: as intervenções foram bem-sucedidas no que se propuseram, isto é, moldar comportamentos com vistas à redução da transmissão do HIV e consequente controle da epidemia. Quando os estudos estiveram dirigidos para os profissionais de saúde, os resultados indicaram que as intervenções trouxeram um arcabouço teórico aos provedores de saúde, possibilitando uma nova abordagem com seus pacientes, sobretudo no que diz respeito a orientações sobre redução de risco e redução de

¹¹ Alguns exemplos, segundo UNAIDS (2013): Sete em cada dez ocorrências de AIDS no mundo se concentram no continente africano – especialmente na metade sul. Além disso, a AIDS é a principal causa de morte no continente e a sobrevivência após um diagnóstico de AIDS parece ser substancialmente menor nesses países.

parceiros.

O estudo E6, no entanto, trouxe uma importante reflexão: os autores sublinham que a adesão dos pacientes à intervenção foi desafiadora, visto que, para esses pacientes, as temáticas abordadas nos espaços de “aconselhamento centrado na pessoa” despertaram pouco ou nenhum interesse. Isso decorreu do fato de que as abordagens ali tratadas não se preocuparam com os reais desejos, interesses e necessidades dessas pessoas: priorizou-se um espaço que tratou a todos de maneira homogênea. Mais do que isso, quando os pacientes estão aviltados na garantia dos seus direitos mais fundamentais, de fato, “redução de parceiros” ou “sexo seguro” não são preocupações genuínas. O estudo E5, direcionado aos profissionais de saúde, trouxe para debate aspectos que vão ao encontro dessa ideia: os profissionais de saúde relataram que, quando em situação de pobreza e insegurança alimentar, as PVHA atendidas apresentavam dificuldades importantes em aderir ao regime medicamentoso.

O estudo E13 também foi um ponto “fora da curva” em relação aos resultados apresentados: surpreendendo as expectativas, a intervenção, baseada no treinamento de profissionais de saúde foi associada com uma diminuição nas mensagens de prevenção entregues a pacientes HIV positivos. Os autores, no entanto, não aprofundaram os motivos que podem ter levado a esse resultado e trouxeram como explicação equívocos no desenho da intervenção.

Do ponto de vista da população-chave dos estudos, a maior parte deles colocou as PVHA no centro das ações de prevenção positiva. É importante reconhecer, vale sublinhar, que as pessoas vivendo com HIV compartilham

algumas experiências comuns, mas não é uma população homogênea. Há uma necessidade premente de entender melhor e atender às necessidades de indivíduos e subgrupos de indivíduos dentro desta população. É preciso ser dada maior atenção à avaliação das necessidades individuais das pessoas atendidas pelas intervenções de prevenção positiva e à prestação de serviços mais adequados para satisfazer essas necessidades (O'Leary et al., 2002). Isso significa que nenhum pacote genérico de serviços atenderia as necessidades de saúde preventiva de todos. Não há como homogeneizar uma epidemia como a da AIDS. Gênero, raça e classe produzem as realidades sociais que vão ditar quais as populações que mais adoecem, as que menos têm acesso à informação, ao bem-estar e aos serviços públicos de qualidade. Como bem apontado em relatório do Ministério da Saúde (2009, p. 15):

As abordagens ou estratégias de atendimento não podem ser as mesmas para homens, mulheres, crianças, adolescentes, travestis, prostitutas, usuários de álcool, crack e outras drogas, gays, pessoas na terceira idade ou casais sorodiscordantes. Devem-se considerar as especificidades, peculiaridades e a singularidade de cada pessoa. É preciso ressaltar a importância dos insumos de prevenção (preservativo masculino e feminino, gel lubrificante, kits de redução de danos) como uma medida de proteção eficaz no controle da transmissão do HIV e das infecções oportunistas, com a recomendação para o uso consistente desses insumos. Deve-se ter em vista, ainda, a vivência da sexualidade, a dinâmica e os acordos nas relações, e desvendar os mitos sobre a redução do prazer, o desejo de ter filhos e o medo da rejeição.

O que observamos nos estudos aqui recuperados é que há pouca preocupação com esses recortes dentro da própria população que vive com HIV. As intervenções, quando não direcionadas para o treinamento de profissionais de saúde com vistas à prevenção positiva, tiveram como população chave as pessoas que vivem com HIV/AIDS, sem levar em consideração as experiências, as necessidades, as complexas dinâmicas sociais e os desafios culturais que são mais comuns nos sub-grupos (tais como

mulheres pobres, homem que fazem sexo com homens, população trans, etc). No entanto, chamou atenção que em 2 dos estudos (E3, E9) a população chave da intervenção foram os jovens que vivem com HIV/AIDS. A literatura já apontou que as intervenções focadas nos adultos que vivem com HIV/AIDS são eficazes (Bunnell, Mermin & De Cock, 2006), mas que pouca atenção têm se dado aos jovens que também carecem de necessidades preventivas, sobretudo se considerarmos que a adolescência é o momento em que as pessoas costumam tornar-se sexualmente ativas, bem como passam a ser mais vulneráveis à utilização de álcool e outras drogas. Parece ser, portanto, um avanço no que tange a população alvo das intervenções, sobretudo se considerarmos que em relação ao crescimento de novos casos de HIV, a incidência tem se mostrado maior na juventude, especialmente a juventude negra, a de HSH (homens que fazem sexo com homens), e LGBTT (gays, bissexuais, transexuais, travestis e transgêneros). Ainda como fator agravante, com o aumento do discurso conservador, essas populações sofrem ainda mais discriminação e estigma, que, aliadas ao racismo institucional, dificultam o acesso ao tratamento do HIV e até mesmo a políticas mais eficazes de prevenção. (Lopez, 2011)

Quando observamos as abordagens teóricas que deram sustentação às intervenções de prevenção positiva dos trabalhos aqui recuperados, percebemos que eles tiveram como base modelos teóricos limitados às variantes da teoria social-cognitiva. Embora alguns ensaios tenham sinalizado a importância de serem incorporados fatores contextuais na construção das intervenções (por exemplo, o E1 e o E10) a maioria delas foi estruturada tendo por base o desenvolvimento de habilidades cognitivo-comportamentais de

peessoas soropositivas para direcionar a mudança de comportamento de indivíduos e/ou grupos pequenos, comportamentos que, muitas vezes, estão longe da vida cotidiana dessas pessoas. Esses estudos confirmam, portanto, o entendimento de que, historicamente, a literatura internacional sobre prevenção do HIV se constituiu no campo sócio-comportamental (Paiva, 2012). Não à toa, as intervenções centraram-se quase inteiramente na prevenção da transmissão do HIV. Em outras palavras, essas intervenções estiveram centradas nas necessidades e em benefício da prevenção de pessoas que são HIV negativas, e não naqueles sujeitos que sabem que são HIV positivos: Por estar centrada na vida de pessoas que sabem que já estão vivendo com HIV, a prevenção positiva não poderia, por definição, ser estritamente sobre a prevenção da infecção pelo HIV. Entendemos que intervenções concebidas para proteger as pessoas HIV negativas de serem infectadas por seus parceiros HIV-positivos não são prevenção positiva – eles são simplesmente programas de prevenção.

A tendência aqui apresentada nos estudos que se fundamentaram a partir das teorias da sócio-comportamental também pode ser explicada quando trazemos como categoria de análise os órgãos financiadores dos estudos selecionados. O CDC (Centro de Controle e prevenção de Doenças) americano foi a instituição que mais financiou as pesquisas recuperadas nesta revisão, sendo responsável pelo financiamento de 50% das pesquisas que informaram a instituição financiadora. Partindo do pressuposto de que o órgão financiador orienta os trabalhos do ponto de vista conceitual e teórico, entendemos porque os estudos foram baseados nas variantes da teoria social-cognitiva, visto que o CDC, conforme apontado na seção introdutória, significa a prevenção positiva na perspectiva do controle da doença, isto é, visando à prevenção da

transmissão do vírus.

A prevenção da transmissão do vírus não pode ser o único ou principal objetivo de uma intervenção de prevenção positiva, porque não traria nenhuma inovação aos programas até então existentes. Assim, como afirma Paiva (2009, p. 37), precisamos...

...superar os modelos que, mesmo ao considerar as “situações de risco” e o “contexto cultural”, acabam por focalizar o indivíduo como unidade biológica- comportamental descontextualizada. Modelos assim, como os de inspiração sócio-cognitivista, têm ambição universalista, ou seja, raramente consideram a vulnerabilidade ao adoecimento como resultante de fatores programáticos específicos daquele agravo, dos cenários sócio-econômicos e culturais, ou ainda da violação de direitos típicos da história política de um país e de condições locais.

Centrar esforços na dimensão comportamental oportuniza, ainda, que seja discutida a manutenção da mudança desses comportamentos: reconhece-se há muito tempo que a mudanças bem-sucedida envolve não apenas o início da mudança de comportamento, mas também a manutenção da mudança desse comportamento por longos períodos de tempo. Apesar de o fato desta situação ter sido reconhecida muito cedo na história da epidemia de HIV (Stall, Eckstrand, Pollack, McKusick e Coates, 1990), o predomínio das pesquisas recuperadas na prevenção do HIV se concentrou no início bem-sucedido de mudanças de comportamento e muito menos na manutenção a longo prazo de tal mudança. Tendências semelhantes são evidentes na pesquisa de prevenção com pessoas vivendo com HIV. Dos estudos selecionados para a presente revisão, quatro (E1, E8, E9 e E14) apontaram preocupação na manutenção dos comportamentos seguros após o fim das intervenções: em todos eles, houve a aplicação de instrumentos avaliativos antes da intervenção e posteriormente, em tempos distintos, chegando ao máximo de 30 meses de acompanhamento. Esses estudos quantitativos revelaram que os

comportamentos, no espaço de tempo investigado, foram mantidos. No entanto, é importante sublinhar, que o recorte temporal dessas pesquisas é bastante limitado. Outro dois estudos (E3 e E6) trabalharam essa temática a partir de uma abordagem qualitativa, uma vez que, no desenho das ações, abarcaram temas como “bem-estar e manutenção de comportamentos saudáveis” e “compromisso com a mudança”. Embora essa tenha sido uma pauta presente nesses estudos, parece ser necessário que o período de testes e os intervalos de avaliação sejam estendidos e mesmo levados em consideração no desenho da intervenção, visto que a manutenção de um comportamento promotor de saúde é o que trará efeitos mais significativos no combate à epidemia de HIV. E, nesse caso, é importante sublinhar que as mudanças comportamentais e a manutenção delas são tão difíceis para os positivos, como para os negativos, como também para aqueles que não conhecem o seu estatuto sorológico.

Embora as intervenções com enfoque na mudança comportamental também possam ter seu lugar – e as pesquisas têm apontado que elas podem, de fato, apresentar resultados efetivos em relação à maior probabilidade na utilização de preservativos, melhor adesão ao tratamento e a uma revelação do diagnóstico “segura” e “consentida” (Munsakul, et al., 2016; Yin et al., 2014) – as intervenções de prevenção positiva não precisam se limitar apenas às questões biológicas, biomédicas e comportamentais: as pessoas são mais do que apenas uma unidade biológica-comportamental. Assim, entendemos que intervenções complementares que ampliem a capacidade de intervir em várias dimensões (tais quais o social e programático) precisam também ser desenvolvidas, implementadas e investigadas. Mais do que isso, conforme

apontado por Grangeiro et al. (2016): “mudanças extensas e duradouras estão relacionadas às intervenções estruturais e à mobilização social”.

Parece haver certo consenso quanto à importância de considerar adequadamente os contextos socioculturais e estruturais das comunidades como requisito necessário para intervenções de prevenção positiva eficazes. (Poulsen et al., 2010) Isso porque outras circunstâncias de vida (por exemplo, gravidez, dependência de drogas, falta de moradia, doença mental) afetam o tipo de serviços necessários e as maneiras pelas quais esses serviços podem ser melhor prestados. Influências externas também afetam os serviços que são necessários e sua disponibilidade: o nível de estigma relacionado ao HIV, a quantidade de financiamento público para os cuidados em saúde e se uma pessoa vive em uma grande área urbana ou em uma comunidade rural afeta a acessibilidade e a qualidade dos cuidados recebidos por pessoas que vivem com HIV. Assim, os mesmos fatores que tornam as pessoas vulneráveis à infecção pelo HIV – pobreza, desigualdade de gênero, racismo, homofobia, xenofobia – também podem tornar difícil viver uma vida saudável e satisfatória após o diagnóstico de HIV. A prevenção positiva poderia trabalhar para quebrar essas barreiras e ajudar as pessoas que vivem com o HIV a superá-las. Nenhuma intervenção isolada por si só pode ser eficaz.

Os desafios, nessa esteira, dizem respeito, sobretudo, à mudança de foco das intervenções de prevenção positiva: ele deve estar para além da não transmissão do vírus HIV. É bem verdade que alguns estudos trouxeram para a discussão aspectos do “viver com HIV”, numa perspectiva de “vida positiva saudável” (vide estudos E2, E9, E10 e E11). Mais do que isso, as intervenções oportunizaram: discussão sobre retomada da vida sexual e relacionamentos

afetivos (E1), o aporte de conhecimentos sobre prevenção (E2), a melhoria no conhecimento e atitudes em relação ao HIV (E9) e, também, o favorecimento do autocuidado: “responsabilização pela própria saúde” (E10) e “comportamento global de saúde” (E11). No entanto, ficou evidente que as respostas sociais ficaram limitadas, para dizer o mínimo. Em vista disso, a fala de Ângela Donini no seminário sobre prevenção positiva (2009) é bastante elucidativa:

A tecnologia médica precisa ter uma resposta ampliada. Que tecnologias sociais, educacionais, de estrutura de serviço e de atenção à subjetividade precisam ser implementadas para que possamos dizer que avançamos em termos tecnológicos, de medicamentos, de monitoramento de exames? O que é preciso de fato para dizer também que avançamos em termos de resposta social, de rede coordenada, em termos de percepção do sujeito, sem esquecer o campo da prevenção?

Sob esta ótica, a eficácia das intervenções de prevenção positiva destinadas a indivíduos soropositivos que lutam com múltiplos problemas sociais e de saúde precisam ser cuidadosamente estudadas (Stall et al., 2003).

Assim,

...se olharmos para os sujeitos de forma massificada, sem perceber a heterogeneidade do ser humano, é impossível conceber um campo conceitual de prevenção positiva. E a prática, evidentemente, vai refletir uma fragilidade em termos de resposta mais complexa. A prevenção positiva precisa ser marcada no horizonte das conquistas históricas que o enfrentamento da epidemia trouxe. Marcar pelo campo da diferenciação e não da homogeneização, marcar pela reivindicação do direito, não pela traquinagem da indústria; e pelos direitos sexuais e reprodutivos. É preciso ter um outro olhar para a prevenção que não seja apenas no campo da mudança de comportamento ao de uma estratégia comportamental, e sim, partindo da subjetividade, do social e político e das vulnerabilidades vivenciadas pelas pessoas que vivem com HIV/AIDS (ABIA, 2009)

Reconhecer a relação entre vulnerabilidades sociais e risco de contrair o HIV nos obriga a analisar que a epidemia não é apenas uma questão de ordem médica, ou tampouco relativa apenas aos aspectos de cunho moral: é,

sobretudo, uma questão de direitos humanos e equidade. Nessa perspectiva, a epidemia caminha via eixos de desigualdade na sociedade: via pobreza e exclusão, via discriminação racial e étnica, via relações de poder envolvendo os gêneros, via opressão social, via relações de poder baseadas na idade, via falta de moradia, etc. (Grotz e Parker, 2015) O acesso universal e equitativo ao tratamento e ao cuidado é o primeiro passo para pensar em um alto padrão de saúde e bem-estar. A disponibilidade desses serviços pode diminuir a vulnerabilidade de uma pessoa à infecção pelo HIV, a velocidade com que a infecção progride, bem como aumentar a capacidade de gerenciamento do viver com HIV.

Para dar conta dessas dificuldades, as intervenções de prevenção positiva, conforme apontado pelo Ministério da Saúde (2007), podem contar com programas de assistência ao emprego e geração de renda, serviços de assistência à infância para permitir aos pais obter cuidados de saúde, trabalhar e participar plenamente das atividades de acolhimento e apoio; serviços para assegurar o transporte para os instrumentos de saúde; assistência jurídica para lidar com questões como a discriminação e violação de direitos, etc. Nenhum dos estudos que foram recuperados nesta dissertação se preocupou com essas questões, apontando que os aspectos das vulnerabilidades sociais e programáticas foram desconsiderados no desenho das intervenções.

Embora não se possa esperar que as intervenções de prevenção positiva acabem com esses tipos de grandes problemas sociais e abusos de direitos humanos, elas devem reconhecer os muitos obstáculos que as pessoas vivendo com HIV enfrentam, fornecer assistência e aconselhamento e trabalhar a nível nacional e comunitário para combater a discriminação e a desigualdade.

Nessa perspectiva, a intervenção deve estar ligada à promoção, negociação e defesa dos direitos humanos, com o objetivo último de criar um ambiente favorável à prevenção. Assim, no desenho das intervenções, é importante que seja questionado: o acesso à TARV é universal e acessível? Há leis antidiscriminatórias? A transmissão do HIV é criminalizada, bem como o trabalho sexual? O sistema de saúde garante acesso adequado à suplementos de saúde? São todas indagações que colocam em pauta as vulnerabilidades programáticas e que, sem dúvida, fornecem subsídios para se pensar a relação entre os diversos contextos sociais locais e a dinâmica do processo saúde-doença observados nesse território específico, aspectos fundamentais para se pensar intervenções eficazes e efetivas.

Para além de se levar em consideração esses aspectos das vulnerabilidades, também é importante se ter em vista a integralidade do cuidado e o acesso à assistência social. Como pautado por Kenneth Camargo no seminário sobre Prevenção Positiva (2009):

Existe a necessidade de ações integradas entre a prevenção, o cuidado e a assistência social. Não existe a comunicação ao paciente das possibilidades de acessar serviços e programas que estão disponíveis de apoio social, alimentação, educação ou trabalho, por exemplo. Ou seja, as necessidades do paciente não são vistas e na maioria das vezes, o profissional nem tem a informação para passar ao paciente. Como promover integração intersetorialmente? Como articular saúde, educação, assistência social e direitos humanos e atender ao quadro de vulnerabilidade programática onde se inserem os sujeitos?

Em outras palavras, além de lançar uma rede mais ampla para as PVHA, as intervenções de prevenção positiva devem atender a outras necessidades psicossociais dessas pessoas, através de encaminhamento e acompanhamento vigoroso. É importante que se coloque em pauta, além das questões clássicas relacionadas ao HIV, dimensões afetas ao uso de

substâncias ilícitas, à saúde mental e às necessidades de saúde reprodutiva. Assim, os programas devem permitir o atendimento em rede – e as PVHA devem estar cientes das possibilidades de atendimentos, isto é, conhecer o fluxo de referência estabelecido entre os pontos de atenção da rede (Linha de Cuidado). É importante garantir um sistema de referência de duas vias: da comunidade para os serviços de saúde e de volta à comunidade.

Sob esta ótica, a literatura científica trouxe para a discussão que a fragmentação do sistema de saúde é uma barreira ao envolvimento das PVHA com os serviços (Williams et al., 2011). Os pacientes demonstraram o desejo de que diferentes serviços trabalhassem juntos para alcançar um objetivo comum e valorizaram a ajuda que receberam dos serviços especializados de HIV, ligando-os a outros serviços da comunidade, como serviços financeiros, habitacionais e de saúde mental (Laschinger et al., 2004). Nessa lógica, por exemplo, as intervenções de prevenção positiva devem estar diretamente ligadas aos programas de tratamento de álcool e drogas, uma vez que o consumo de álcool e drogas aumenta o comportamento de risco entre PVHA (Santos et al, 2017). Ainda exemplificando, o desejo de gravidez das mulheres e seus parceiros, que também estão associados com o sexo de risco entre as PVHA (contribuem para a transmissão vertical do HIV) devem ser temas das intervenções de prevenção positiva. A inclusão de conteúdo relevante nas intervenções, bem como as referências a profissionais de saúde reprodutiva, podem resultar em técnicas relativamente mais seguras de gravidez.

A prevenção positiva, se tomada como uma estratégia de enfrentamento à epidemia, também precisa acompanhar os avanços do campo preventivo de modo geral. Como vimos na primeira parte desta dissertação, diversas

abordagens preventivas já foram colocadas em prática, a fim de garantir efetividade no enfrentamento da epidemia de HIV. Se, por um lado, a prevenção positiva está restrita a um campo biomédico e comportamental, respaldada por abordagens de prevenção que beberam da sócio-comportamental, por outro lado, a prevenção positiva, numa linha que leva em consideração os Direitos humanos e as vulnerabilidades, vem considerando as PVHA como protagonistas de suas próprias vidas, sujeitos de direitos, inclusive no campo preventivo. Com isso, abre-se o leque de possibilidades de prevenção, que variam conforme necessidades, interesses e subjetividades.

O debate sobre prevenção mais recente tem trabalhado na chave de que vem sendo chamado de “prevenção combinada”. Embora exista uma ampla gama de ferramentas de prevenção comprovadas, os esforços de prevenção até o momento concentraram-se sobre a redução do risco individual, com menos esforços para abordar fatores estruturais - fatores socioculturais, econômicos, políticos, legais e outros fatores contextuais - que aumentam a vulnerabilidade ao HIV. A abordagem conhecida como “prevenção de combinação” pode oferecer melhores perspectivas para lidar com deficiências documentadas dos programas de prevenção do HIV e para gerar reduções significativas e sustentadas na incidência do HIV em diversas configurações (UNAIDS, 2015). No entanto, conforme aponta Ferraz (2016):

Organismos que financiam programas de Prevenção Combinada frequentemente focam apenas na incorporação ou na ampliação das tecnologias de prevenção baseadas no uso dos antirretrovirais (ARV). Limitam, assim, a Prevenção Combinada a pacotes de intervenções biomédicas e comportamentais e excluem as intervenções estruturais do pacote de ações financiáveis [...] Não há menção ao enfrentamento dos fatores estruturantes da vulnerabilidade ao HIV, como, por exemplo, a homofobia e a discriminação baseada na identidade de gênero. É uma abordagem bastante distinta dos modelos mais abrangentes [...] É preciso reconhecer que o sucesso das tecnologias biomédicas depende das condições estruturais. Por mais eficaz que um medicamento se mostre em ensaios clínicos, na

vida real é a possibilidade de os serviços de saúde o ofertarem com qualidade e de as pessoas o acessarem e aderirem ao seu uso que determinará seu verdadeiro grau de proteção.

Assim, entendemos que as tecnologias preventivas devem ser usadas para ajudar a diminuir o sofrimento das PVHA e o estigma que elas sofrem. Quando essas tecnologias são analisadas na perspectiva dos Direitos Humanos, fica claro que não é possível restringir os esforços institucionais no sentido de convencer as PVHA a se tratarem. No entanto, é importante sinalizar que o tratamento precisa ser um direito, não uma imposição e, mais importante, é preciso focar em divulgar todas as possibilidades de prevenção existentes porque isso pode contribuir, por um lado, para que as PVHA deixem de ser vistas como “reservatórios de vírus” e “grandes culpadas” pela epidemia e, por outro, para que elas desfrutem do direito ao exercício mais livre e seguro da sua sexualidade.

Ao contrário do que os estudos aqui selecionados demonstraram, a prevenção positiva que foca nas necessidades da pessoa soropositiva também deve dar destaque a saúde emocional, física e psicológica, em uma rede de cuidados bem estabelecida e não fragmentada. Isto significa que deve abordar uma série de questões que são largamente ignoradas pelas intervenções existentes, tais como nutrição e exercício físico; sexualidade, intimidade e relacionamentos; abuso físico e sexual e redução de danos, troca de agulhas e terapia de substituição de drogas. A atenção a estas necessidades ajudará as pessoas que vivem com o HIV a manter e promover a sua saúde. Protegendo-se, as pessoas que vivem com HIV também diminuem a probabilidade de transmitir qualquer infecção, incluindo o HIV, a outras pessoas.

No entanto, quando dizemos que é importante que as intervenções atendam outras necessidades psicossociais não podemos perder de vista que

é preciso aproximar esses recursos disponíveis ao cotidiano das pessoas que vivem com HIV, isto é, é preciso pensar nas possibilidades de prevenção e cuidado que fazem ou são vistas como possíveis de fazer parte do cotidiano, necessidades e desejos dessas pessoas. O acompanhamento psicossocial e os atendimentos psicoterapêuticos devem levar em conta as necessidades e características de cada pessoa, com seus estilos e modos de vida, tipo de trabalho e orientação sexual. Nesse sentido, conforme discutido por Donini (2009), questões como orientação nutricional e atividades físicas, se não estiverem diretamente relacionadas à percepção e ao imaginário das necessidades e desejos do cotidiano do indivíduo, passam a não ter sentido e são vistas como um “pacote pronto de necessidades” imposto pelo profissional de saúde e sem relação direta com a vida das pessoas. A autora vai além:

Muitas vezes, costuma-se dizer: ‘tem que ter fisioterapia, atividade física, nutrição etc nos serviços de saúde’. São fantásticas as organizações em torno disso, mas se conceitramos que prevenção positiva é ter atividade física, nutrição, etc., vamos cair naquele mesmo impasse que é: a pessoa nem sabia que tinha atividade física disponível e para quê? Como? Quando? De que forma a atividade física, a orientação nutricional etc. podem ser incluídas na vida cotidiana das pessoas? Se todos esses pontos abordados não fizerem sentido em torno da necessidade, da vida daquele sujeito, não há resposta, nem pacote pronto, que dê conta de algo que é a manutenção da vida em torno do desejo do sujeito. Temos sido massacrados por essa biopolítica que diz que a vida é o valor maior e que o sujeito não pode decidir sobre sua própria vida.

As pessoas que vivem com HIV também apoiam e acolhem muitos dos elementos incluídos nas intervenções existentes de prevenção positiva. Por exemplo, sessões de aconselhamento com vistas a uma adesão adequada à medicação ou com relação à informações sobre manutenção da promoção da saúde e testes voluntários são ações salutaras. No entanto, é importante entendermos de que aconselhamento e de que adesão ao tratamento estamos falando. Os estudos aqui abordados, em sua maioria (E1, E6, E7, E10, E11,

E15), quando tiveram como público prioritário as PVHA (e não os profissionais de saúde) trouxeram como técnica da intervenção “sessões de aconselhamento”. E, em muitas delas, abordou-se a temática da adesão ao tratamento como componente fundamental da discussão de prevenção positiva.

De fato, espaços de aconselhamento são de fundamental importância, tanto no período antes do diagnóstico, como depois dele. O aconselhamento ajuda a pessoa a ter práticas saudáveis, a conseguir um diagnóstico precoce para evitar co-infecções, na manutenção da adesão ao tratamento, etc. Uma revisão de literatura apontou, inclusive, que as intervenções pensadas para as PVHA eram mais efetivas quando estruturadas a partir de espaços de aconselhamentos que, para além de ensinar as pessoas a negociar o uso do preservativo e o sexo seguro como foco principal, incluiu ajuda para outros aspectos da vida com HIV, como divulgação de status, adesão à medicação e manutenção da auto-estima. (Crepaz, 2006).

No entanto, e aqui é importante sublinhar, o aconselhamento não pode ser visto como uma prática normativa prescritiva, em que, tradicionalmente, existe um detentor da verdade (a figura do aconselhador). Nesse sentido, concordamos com Raxach (2010) quando ele diz que é preciso estabelecer uma relação de confiança que favoreça a escuta e permita a identificação das ferramentas com as quais o usuário contará no desenvolvimento da estratégia de prevenção adequada. Nesse caso, a PVHA é agente da sua gestão de risco e passa a adaptar as tecnologias de prevenção disponíveis à sua realidade. Sob esta ótica, conforme apontado em manual do Ministério da Saúde (2009) deve-se examinar toda a situação com as possibilidades trazidas pelos

usuários, a fim de se construir conjuntamente uma via confortável e desejada para o desafio de proteger-se. O profissional não pode subtrair ao usuário a condição de quem decide e sabe sobre suas necessidades. Como afirma Fernandes (2010):

o individuo é composto de outras instâncias e se não pensarmos nisso em termos do aconselhamento não vamos chegar a lugar nenhum. O desconhecimento e a desinformação podem deixar a nossa população extremamente vulnerável. A pergunta “o que é viver com HIV/AIDS para você?” tem que estar na “boca” de todo aconselhador. Contudo, a resposta é singular, porque cada pessoa que vive com HIV/AIDS o faz de forma diferente, a partir de sua realidade e vulnerabilidades.

Assim, os formatos de aconselhamento que estão apresentados nos artigos selecionados para a presente revisão não parecem estar preocupados com as singularidades e especificidades das pessoas que vivem com HIV, na medida em que priorizam um modelo ultrapassado de prescrição de normas: “redução de parceiros”, “abstinência”, “sexo seguro”, “redução de risco”, “adesão ao tratamento” foram algumas temáticas trabalhadas nas intervenções, por meio das sessões pontuais de aconselhamento, como se fossem “pacotes prontos”. É preciso aproximar esses pontos abordados à realidade de cada pessoa, das suas necessidades e desejos. E mais: O problema não está na discussão dessas pautas – que podem ser pertinentes, caso tenha sido levantada a partir de uma atenção individualizada. A questão é que o aconselhamento deve ser visto como uma prática constante. Somente dessa forma as reais necessidades de prevenção das PVHA – que podem mudar na linha do tempo – serão priorizadas e conectadas às suas realidades. Embora tenhamos exemplos de intervenções que se preocuparam em personalizar algumas sessões de aconselhamento (E6, E7, E8 e E15), o foco dessas intervenções foi a modelagem de comportamentos, com vistas à redução de comportamentos

sexuais de risco. A avaliação personalizada, então, focou um “plano de comportamento”, assumindo que os comportamentos de proteção são uma questão de escolha e controle pessoal, quando na verdade não o são. Sob esta ótica, essas intervenções não se importaram, em sua essência, com as reais necessidades das pessoas que vivem com HIV. Assim, entendemos que o aconselhamento deve se caracterizar pela escuta do que o outro realmente deseja, pela incorporação da dimensão subjetiva e pelo encontro intersubjetivo, no qual se busca o entendimento e a empatia mútua para que a ação em saúde não se resuma às tecnologias, normatizações, consensos e à ação instrumental (Ayres et al., 2009).

Embora algumas intervenções em pequenos grupos (E3 e E9) e comunidades (E7) tenham sido discutidos nos estudos aqui recuperados, as intervenções de prevenção em nível individual têm sido o pilar da pesquisa e prática de prevenção do HIV, o que contrasta com a ideia de que a transmissão do vírus se dá em meio a uma relação. Assim, as intervenções de prevenção positiva não priorizaram a dinâmica do relacionamento em que ocorre a transmissão (Auerbach, 2004). As dinâmicas relacionais são importantes e explicam coisas tão fundamentais como o porquê do uso do preservativo ser geralmente inconsistente ou inexistente, mesmo que as pessoas saibam que é uma estratégia efetiva de prevenção para o HIV. Nesse sentido, intervenções que priorizem os aspectos grupais, para além das sessões de aconselhamento individual, também devem fazer parte das estratégias pensadas para efetivação da prevenção positiva.

Assim sendo, embora poucas intervenções de prevenção positiva tenham se utilizado de técnicas grupais, as vantagens de utilizá-las são notáveis.

Parece que essa é uma lacuna que pode ser preenchida quando do desenho de novas intervenções de prevenção positiva, sempre observando os limites éticos e o momento e preparação dos participantes. Essa é uma indicação alinhada ao defendido aqui: atuar em diferentes níveis é sempre mais produtivo.

Um dos pontos também discutidos nesses espaços de aconselhamento e que apareceram nos debates trazidos pelos artigos E2, E4, E5, E9, E10, E12 diz respeito à adesão ao tratamento. De fato, a adesão do paciente ao tratamento e acompanhamento clínico desempenha um papel particularmente crucial para permitir que os pacientes alcancem melhores prognósticos (Malta, 2005; Shapiro e Ray, 2007). No entanto, este é um fenômeno dinâmico e multifatorial que abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre a pessoa que vive com HIV, a equipe de saúde e a rede social (BRASIL, 2007).

Além do aumento de comportamentos que colocam as PVHA mais vulneráveis à infecção pelo HIV, é fato reconhecido que a baixa adesão à terapia antirretroviral e ao atendimento clínico e tratamento está associada ao maior risco de transmissão do HIV, devido ao não atingimento da quantidade de vírus a nível indetectável no sangue dessas pessoas (Sikkema et. al., 2010). A má adesão também está associada a piores resultados clínicos para as pessoas que vivem com HIV/AIDS. Assim, essa é uma pauta que continua a ser um desafio para muitos doentes infectados pelo HIV e merece atenção nos esforços de prevenção positiva.

As pessoas que vivem com HIV compreendem que aderir aos regimes de tratamento, embora difícil, é uma parte necessária para se manter saudável. Por sua vez, as comunidades, os prestadores de cuidados de saúde, os governos, as organizações internacionais, os doadores e os fabricantes de medicamentos devem comprometer-se a garantir que as drogas mais adequadas estarão disponíveis e que as pessoas que vivem com o HIV terão a informação e o apoio de que necessitam para utilizar o tratamento adequadamente. Somente então a saúde das pessoas que vivem com HIV pode ser protegida e promovida. Nesse sentido, concordamos com Fernandes (2010) quando diz que as pessoas precisam ter autonomia para tomar decisões com clareza, conhecimento e atitude em relação aos serviços oferecidos; de como os serviços chegam até as pessoas, quais as expectativas em relação a eles, e mais ainda: considerando as especificidades da sua vida no campo da relação social e íntima.

No entanto, embora reconheçamos a importância da temática da adesão ser incorporada às intervenções de prevenção positiva, numa perspectiva de responsabilidade compartilhada, não podemos esquecer que estamos falando de pessoas que apresentam necessidades e desejos particulares e que o fato de viverem com HIV é só mais um dos aspectos de sua história de vida. Com isso queremos pontuar que “receitas prontas” do tipo “é só tomar o medicamento e ficará tudo bem” podem não surtir o efeito esperado, na medida em que desconsidera outros aspectos importantes da vida dessas pessoas, sobretudo como elas se sentem ao tomar a medicação: quais os efeitos colaterais? Em que medida a administração dessa medicação tem afetado sua vida pessoal? E sua vida no trabalho? Assim, trabalhar na perspectiva que

tomar a medicação antirretroviral é o mesmo que tomar uma medicação para hipertensão – ambas as doenças consideradas como crônicas – é uma falsa simetria. Quando a pessoa que vive com HIV desiste de tomar a medicação, acaba sendo culpabilizada, sem levar em consideração como tem se dado essa vivência positiva: Em última instância, não há uma preocupação genuína com as necessidades das PVHA, apenas com a adesão à medicação, em um processo claro de desumanização dessas pessoas.

Nesse sentido, é fundamental que o trabalho sobre a adesão faça parte das intervenções de prevenção positiva, mas é também fundamental – e talvez mais importante – se importar de fato com o outro, tentar entender e planejar outras estratégias de cuidado. Sem dúvida, não é simples esse cuidar – prerrogativa das ações de prevenção positiva. Mas a adesão, conforme preconizado nas diretrizes do Ministério da Saúde (2009), é muito mais do que o imperativo do remédio em dia, da simples ingestão da medicação. Deve ser compreendida de forma muito mais ampla, incluindo...

...o fortalecimento das PVHA, o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, o acesso à informação, o acompanhamento clínico-laboratorial, a adequação aos hábitos e necessidades individuais e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde, inclusive para pessoas que não fazem uso de TARV. Deve ser entendida como um processo de negociação entre o usuário e os profissionais de saúde, no qual são reconhecidas as responsabilidades específicas de cada um, que visa a fortalecer a autonomia para o autocuidado.

Ferraz (2016) corrobora esse entendimento, ao afirmar que:

A experiência e o conhecimento acumulados mostram que promover acesso e adesão implica mais do que ter os medicamentos disponíveis. Basta constatar que, apesar da oferta universal dos ARV para tratamento da AIDS, no Brasil, nos últimos 10 anos, 65% das pessoas que vivem com HIV (PVHA) tiveram histórico de perda de seguimento do tratamento, o que aumentou em 3,5 seu risco de morrer de AIDS. E mais: que o estigma da AIDS ainda afeta a busca do diagnóstico, a revelação do status sorológico e a vinculação aos serviços de AIDS, como mostram diversos estudos.

Assim, não podemos esquecer, também, que as situações cotidianas e os relacionamentos pessoais e sociais das PVHA são comumente marcados por discriminações e pela vivência de estigmas, o que influencia diretamente na possibilidade de se tratarem e de cuidarem da saúde. Dessa maneira, o estigma relacionado ao HIV/AIDS também merece atenção e constitui uma das maiores barreiras para o enfrentamento da epidemia (UNAIDS, 2008). No entanto, apenas um estudo (E10) selecionado neste trabalho traz à baila a questão do estigma e do preconceito relacionado ao vírus.

É importante lembrar que, desde o surgimento dos primeiros casos de HIV, uma série de fantasias foi atribuída ao viver com o vírus, produzindo as “identidades positivas”: antes das TARV, a categoria “aidético” agregou as mais diversas trajetórias e experiências sociais, culturais e subjetivas na figura do paciente acamado à espera da morte. Posteriormente, os movimentos sociais, por meio de mobilização e carregados de solidariedade, conseguiram ressignificar essas categorias, que foram sendo alteradas para “portadores de HIV” e “HIV positivos” até, finalmente, desaguarem na noção de “pessoas vivendo com HIV/AIDS”. A bem da verdade, embora a mudança dessas “categorias” tenham diminuído a carga de estigma depositada nas PVHA, ele permanece. Assim, as experiências de se viver com HIV/AIDS ainda podem estar associadas à identidade do “aidético” e isso significa, por exemplo, o desrespeito ao direito de manterem uma vida afetiva-sexual com qualidade e o direito à reprodução (Paiva, 2009).

Embora não tenha sido dada a devida atenção ao tema, não se pode perder de vista que o estigma continua a impactar negativamente a saúde e o bem-estar das pessoas que vivem com o HIV, com efeitos deletérios sobre os

cuidados, tratamento e qualidade de vida dessas pessoas (Chambers et. al., 2015). O estigma impacta fatores da saúde mental, incluindo ansiedade, depressão, ideação suicida, saúde emocional, bem-estar psicológico, satisfação com a vida e qualidade de vida. O estigma também tem sido associado a não procura de cuidados de saúde e a baixa adesão à medicação antirretroviral (Kinsler et. al., 2007).

O estigma e o medo da discriminação podem inibir as pessoas de procurarem saber seus status sorológicos para o HIV – e os indivíduos não podem praticar a prevenção positiva se não sabem que são positivos. O estigma e o medo da rejeição também podem impedir que as pessoas que sabem que vivem com HIV divulguem seu status aos parceiros, às famílias ou aos prestadores de cuidados de saúde. (Chambers et al., 2015) Uma das reações mais comuns observadas pelas pessoas que convivem com HIV é o isolamento, justamente por temerem constantemente a discriminação (Paiva, 2009). A discriminação, como violação dos Direitos Humanos, pode levar a outras violações dos direitos fundamentais, tais como direito à saúde e à dignidade. Isso por que:

O estigma efetivado como discriminação pode impedir indivíduos e sociedades de abordar adequadamente as questões de saúde, pessoal ou coletiva. A contínua associação do HIV com promiscuidade sexual ou abuso de drogas e desorganização familiar se estende à vida cotidiana de todas as pessoas vivendo com HIV, constantemente associadas a “desvios incuráveis”, e nos permite compreender as lacunas que permanecem na organização do atendimento aos portadores. (Paiva, 2009, p.35).

Assim sendo, um ambiente social que promova violações de direitos humanos pode, por sua vez, legitimar o estigma e a discriminação, em um ciclo social que ratifica os espaços reservados aos grupos marginalizados.

Para as pessoas que vivem com HIV acabar com o estigma e a discriminação não é apenas uma ferramenta instrumental para aumentar a prevenção positiva. É, ela própria, um elemento essencial da prevenção positiva. De fato, o efeito do estigma sobre a autoestima e as perspectivas de vida é uma das mais importantes limitações na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV. É notório que o estigma e a discriminação impede que as PVHA vivam suas vidas de maneira plena e completa.

Portanto, falar nesse tópico honestamente e abertamente com relação às experiências, medos, preocupações sobre transmissão e também prevenção do HIV ajuda a acabar com o silêncio que existe acerca do estigma e discriminação relacionados à esse tema. Outro fator importante que justifica o debate sobre o estigma e discriminação relacionados ao HIV é o de conscientizar a comunidade de como esse estigma e essa discriminação podem afetar a habilidade de ambos – HIV positivos e HIV negativos – de evitar a transmissão do vírus. Afinal, evitar a transmissão do vírus é responsabilidade de todos, assim como dividir a responsabilidade em caso de transmissão.

Publicação da ACORD (Agência de Cooperação e Pesquisa em Desenvolvimento) tratando do tema de estigma e discriminação, traz a seguinte passagem, ratificando a importância de se levar em consideração o referido tema nas construções programáticas:

A importância crítica de abordar o estigma e discriminação relacionados com o HIV/AIDS com vistas a limitar a disseminação adicional e mitigar o impacto devastador da epidemia é agora amplamente reconhecido pelos governos, organizações internacionais do desenvolvimento e todos aqueles envolvidos na elaboração de estratégias para abordar o HIV no mundo de hoje. O falhanço de ter um impacto significativo em relação a disseminação da epidemia apesar da crescente atenção e aumento de recursos canalizados para a resposta global ao HIV/AIDS constitui um dos principais fatores que provocaram uma reavaliação das atuais

respostas e destacou os efeitos do estigma e discriminação amplamente disseminado como barreiras chave a serem ultrapassadas. (ACORD, 2004, p. 8).

Assim, uma lacuna observada nas intervenções de prevenção positiva aqui recuperadas diz respeito justamente ao negligenciamento de um tópico que é fundamental para a promoção da saúde das PVHA: Ultrapassar as barreiras do estigma e da discriminação, de maneira geral, pode levar a uma melhora imediata na maneira pela qual as pessoas vivendo com HIV/AIDS cuidam de si mesmas, o apoio disponível a elas e o seu acesso a serviços de saúde. (Ação anti-AIDS, 2001). Mais do que isso, as intervenções de prevenção positiva devem trabalhar a temática do estigma e da discriminação, na medida em que ao serem trabalhados aspectos relativos ao “estigma sentido” e ao “estigma efetivado” é possível aportar ferramentas às PVHA com vistas à emancipação do sofrimento.

Outro componente da prevenção positiva que fez parte das intervenções aqui recuperadas versa sobre a importância que deve ser dada à sexualidade de homens e mulheres que vivem com HIV. Embora apenas 3 estudos tenham pautado essa temática (E4, E6 e E13), uma intervenção de prevenção positiva não poderia se furtar de trabalhar um componente essencial da vida das pessoas: as relações afetivas, as sensações, os sentimentos, as fantasias e as relações sexuais fazem parte da sexualidade. Sem dúvida, é um aspecto da vida das PVHA comprometida pelos efeitos sociais e emocionais associados à doença. Estudos apontam que o diagnóstico da infecção pode resultar em redução da atividade sexual e perda da libido (Siegel, Schirimshaw e Lekas, 2006). O medo da transmissão do HIV é um aspecto que tende a influenciar negativamente as relações afetivo-sexuais (Paiva, 2002): A descoberta da

soropositividade está relacionada, para a maioria das pessoas, à transmissão sexual. Desse modo, é fundamental abordar aspectos relacionados à vivência da sexualidade antes e após o diagnóstico. A possibilidade da preservação de relacionamentos afetivo-sexuais, inclusive, é um aspecto fundamental na vida não só daqueles indivíduos que vivem com HIV/AIDS e que contribui sobremaneira para melhor qualidade de vida (Reis, 2011).

O medo do abandono e da rejeição também é um aspecto decorrente do diagnóstico positivo para o HIV (Paiva, 2002). Trata-se de uma questão importante, dado que os parceiros são fonte de apoio emocional, que compartilham dos problemas e adversidades relacionados à soropositividade, auxiliando no processo de adesão ao tratamento e no cuidado à saúde, o que certamente traz efeitos positivos para a qualidade de vida (Reis, 2010).

Nessa esteira, a promoção da atenção integral à saúde das pessoas que vivem com HIV, alicerce das prerrogativas da prevenção positiva, implica garantir, também, o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. É importante investigar a relação do usuário com seu próprio corpo, sua orientação sexual e mudanças em relação às vivências sexuais após a descoberta da soropositividade, como abstinência ou diminuição da libido e da frequência da atividade sexual (BRASIL, 2012). O direito de decisão de homens e mulheres que vivem com o HIV/AIDS em relação ter filhos também não pode ser negligenciado, bem como o direito ao acesso à informações qualificadas e aos instrumentos que possibilitem a eles a prática segura e saudável da sexualidade e da saúde reprodutiva. O controle sobre o corpo, portanto, é uma discussão muito bem-vinda quando se pauta questões afetas aos direitos sexuais e reprodutivos. Não menos importante é a questão relativa

à discriminação e, muitas vezes, à violência a que essas pessoas estão sujeitas quando decidem manter uma vida sexual ativa (isto é, quando rejeitam o lugar da quarentena que é reservado a eles) ou quando decidem ter um filho (Paiva et. al, 2002).

Nesse sentido, é substancial que os profissionais de saúde estejam disponíveis para o diálogo com os usuários tendo em vista aspectos relacionadas à...

...vida sexual, demandas reprodutivas e formas de proteção e prevenção viáveis, levando em consideração as especificidades de gênero, orientação sexual, idade e estilo de vida, de modo a promover seu autocuidado e sua autonomia em relação à vida sexual e reprodutiva. O aconselhamento pode contribuir para esse desafio, na medida em que permite a avaliação singular dos riscos e condições de vulnerabilidade (BRASIL, 2007)

Sem dúvida, o papel dos prestadores de cuidados (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, agentes comunitários, etc.) é fundamental para atingirmos a qualidade da atenção requerida no acompanhamento em saúde às pessoas que vivem com HIV/AIDS. Um atendimento de qualidade pressupõe ações tecnicamente qualificadas e organizadas de forma a respeitar a diversidade e a promover uma relação de confiança entre usuários e equipe de saúde. Para tanto, os serviços de referência devem contar com equipes multiprofissionais com habilidade para escutar, compreender e compartilhar decisões com as PVHA de forma clara e acessível, evitando emitir juízo de valor que possa levar a atitudes preconceituosas e discriminatórias (BRASIL, 2008). Assim, a epidemia de HIV/AIDS trouxe para os profissionais de saúde desafios que vão além das políticas voltadas apenas para o seu controle, imprimindo a necessidade da garantia ao acesso universal, equitativo e integral ao tratamento. Entretanto, nem sempre as equipes de saúde estão preparadas

para oferecer atenção integral e especializada nos ambulatórios e serviços de referência de assistência às PVHA.

Diversos autores (Sadala e Marques, 2006; Aguiar e Simões-Barbosa, 2006; Silveira e Ribeiro, 2005) já apontaram que um dos efeitos mais importantes da epidemia da AIDS foi exigir que os profissionais de saúde repensassem sua relação com os seus pacientes/clientes. O conjunto complexo que representa o ser humano diante do HIV exige um novo paradigma norteador das relações entre os profissionais de saúde e seus clientes, para além do binômio saúde/doença e por concepções fragmentadas, reducionistas e mecanicistas, em que doente é um mero objeto da ação do profissional de saúde. É preciso que se considere o contexto: compreender que não se pode esquecer que o cliente/paciente que tem a doença é, antes de tudo, uma pessoa. Os profissionais precisam ser parceiros dos usuários e corresponsáveis pela promoção de sua saúde. Portanto, acolher as questões emocionais ou subjetivas faz parte do rol de responsabilidades de todos os profissionais que trabalham na saúde (BRASIL, 2012).

A relação profissionais de saúde e o cuidado com os pacientes que vivem com HIV é um debate que faz parte da produção científica. As evidências empíricas apontam para a necessidade de formação dos profissionais, com vistas à aquisição de conhecimento e de conscientização e mudança de postura profissional em relação à doença e a pessoa doente (Sadala e Matias, 2000). Também destacam que a AIDS continua a representar um grande desafio para profissionais de saúde e sociedade, devido ao seu caráter estigmatizante e discriminatório (Formozo e Oliveira, 2010). Na relação de cuidado com pessoas com HIV/AIDS, estudos evidenciam ser imperativo

aprender a lidar com o sentimento de impotência diante das situações de terminalidade e morte, mediante uma reflexão constante e, às vezes, dolorosa, dos limites enquanto profissionais de saúde (Ribeiro et al, 2006). Outros estudos detectam as dificuldades de profissionais de saúde em lidar com pessoas consumidoras de drogas (Formozo e Oliveira, 2010). Segundo os profissionais de saúde, esta situação se verifica devido à baixa adesão ao tratamento antirretroviral e por estas pessoas apresentarem comportamentos indesejáveis, serem indisciplinadas e acarretarem problemas aos serviços (Ribeiro et al, 2006).

Esses estudos evidenciam que a epidemia da Aids e o compromisso de ampliar os serviços para o acesso universal colocaram novas demandas sobre os recursos humanos em relação à saúde das PVHA. Existe uma necessidade urgente de treinar novos profissionais de saúde e de maximizar a competência da força de trabalho existente. Nesse sentido, é bem-vindo o debate trazido por 7 estudos recuperados para a presente revisão (E2, E4, E5, E8, E12, E13, E14), que tiveram como público chave os profissionais de saúde que atendem às pessoas que vivem com HIV, com vistas à prevenção positiva. Em última instância, estes estudos estão preocupados com a qualidade do cuidado fornecido às pessoas que vivem com HIV/AIDS, para além da prevenção e do tratamento.

Portanto, não podemos desvincular a discussão sobre intervenções de prevenção positiva eficazes de uma equipe de saúde tecnicamente preparada. Resultados de uma recente revisão de literatura (Rackal et al., 2006) demonstraram que os procedimentos realizados por profissionais com maior treinamento e experiência com o HIV, quando avaliados pelas PVHA em

tratamento, eram mais eficazes. Os autores recomendam que médicos com pouca experiência e que cuidam de poucos pacientes com HIV/aids levem seriamente em consideração os resultados deste estudo, pois podem estar oferecendo um tratamento com maior probabilidade de resultados negativos. Outro estudo (Garbin et al., 2009) apontou, ainda, que é importante para os pacientes que os profissionais de saúde envolvidos em seus cuidados possuam especialização na área de HIV/AIDS e estejam atualizados em relação as mais recentes inovações desse campo de conhecimento. Os médicos “não especialistas” geralmente eram percebidos como tendo conhecimento e experiência insuficientes em relação ao HIV e seu tratamento. Assim, para que o cuidado do HIV vá além dos serviços especializados, há uma necessidade de treinamento para os profissionais de saúde, tanto em termos de conhecimento clínico atualizado quanto de conscientização sobre as questões psicossociais específicas em torno do HIV. Desse modo, uma estratégia relacionada ao fortalecimento da força de trabalho dos instrumentos de saúde especializados na prevenção e no tratamento do HIV é um elemento essencial para a consolidação da prevenção do HIV e consequente bem-estar das PVHA.

O relacionamento paciente-profissional de saúde também é central na prevenção, tratamento e cuidado do HIV. Gilson (2003) discutiu a importância da confiança nos relacionamentos dentro de um instrumento de saúde: Em um cenário ideal, os pacientes têm confiança implícita de que o seu bem-estar é o objetivo principal dos profissionais de saúde, que atuarão sempre visando o interesse do paciente. Se houver uma quebra de confiança no decorrer do tratamento e dos cuidados, os pacientes podem não estar dispostos, por

exemplo, a procurarem acesso a intervenções de prevenção e tratamento ou estarão menos envolvidos no processo de adesão ao tratamento. Dessa forma, para o sucesso do tratamento, é importante que os cuidados estejam centrados no paciente. Para isso, prestadores de cuidados e PVHA devem ser vistos como parceiros na produção de saúde e as circunstâncias, necessidades e expectativas individuais de cada paciente devem ser levadas em consideração (Stewart 2001).

No entanto, o que observamos nos estudos que trouxeram o treinamento/capacitação dos profissionais de saúde como técnica para viabilizar os cuidados necessários às pessoas que vivem com HIV/AIDS, com vistas a garantir os componentes da prevenção positiva, é que eles não se preocuparam com aspectos interpessoais dos cuidados. Empenharam-se, apenas, na transmissão de conhecimentos técnicos sobre a doença e com o desenvolvimento de habilidades e competências para que os profissionais de saúde avaliassem situações de risco de transmissão, numa perspectiva de modelagem de comportamento. Sem dúvida, durante sua experiência profissional, os profissionais de saúde que cuidam de pessoas com HIV/AIDS precisam ser qualificados para lidar com os requisitos específicos da síndrome, que exige conhecimento técnico e científico. Mas não é só isso: a compreensão dos laços estabelecidos entre a equipe clínica e os pacientes com HIV é igualmente importante e, portanto, não pode ser deixada de lado quando da qualificação desses profissionais.

Nessa esteira, os modelos tradicionais de cuidados com o HIV, que são predominantemente fornecidos por especialistas em HIV, podem não satisfazer as necessidades dos pacientes. Concordamos com Paiva (2009), quando

afirma que os profissionais precisam estar conscientes em relação às metáforas que construíram historicamente suas práticas e sua formação no campo do HIV/AIDS, bem como superar o entendimento de que as PVHA são apenas “alvo” de suas práticas, definindo essas pessoas apenas como objeto de sua especialização, quando, na verdade, são parte da solução.

O desenvolvimento de novos modelos de cuidados para pessoas vivendo com HIV é agora uma prioridade reconhecida (Greene et al., 2013) e, por isso, é muito importante que intervenções de prevenção positiva também tenham como foco a qualificação dos profissionais que prestam cuidados às PVHA. Entretanto, é vital que as visões e preferências das pessoas vivendo com HIV informem o desenvolvimento dos serviços de saúde (Defty et al., 2010). As pessoas que vivem com HIV geralmente relataram altos níveis de satisfação com os serviços especializados em HIV (Defty et al., 2010). Isso é importante porque a satisfação tem sido associada à retenção no cuidado do HIV, maior adesão à TARV e melhorias clínicas (supressão da carga viral) (Greene et al., 2013). Através da compreensão dos aspectos dos cuidados que são de particular importância para as pessoas que vivem com o HIV, pode ser possível desenvolver novos modelos de cuidados que mantenham estes altos níveis de satisfação e envolvimento das pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Com isso queremos dizer que os profissionais de saúde continuam a ser figuras de referência e são fontes de informação qualificada em saúde. Apesar de também carecerem não apenas de qualificação técnica e de ordem interpessoal, dado que também passam por dificuldades e desafios profissionais de outra ordem, os pacientes continuam a enxergar no profissional de saúde alguém para apoiá-los, por exemplo, para além dos

efeitos colaterais da medicação ou sobre a melhor forma de administração dela. Sentem vontade, na verdade, de se envolver em discussões sobre os desafios de se viver com o HIV e não apenas sobre qual o comportamento é considerado de risco e o que fazer para evitá-lo. Por isso, o encontro clínico pode funcionar como espaços para desenvolvimento de uma educação libertadora, ao levar em consideração os contextos sociais, econômicos e institucionais, além de dar a real importância à imensa diversidade das necessidades em saúde das PVHA.

Não existe uma fórmula simples para como os profissionais de saúde devem promover a prevenção do HIV. Tampouco é simples pautar o debate sobre a prevenção positiva – e as intervenções dela derivadas – sem um sentimento de ambivalência entre os responsáveis pelas estratégias e atividades de prevenção: focar as pessoas que vivem com HIV pode reforçar o estigma, a discriminação e a culpabilidade que já fazem parte da vida dessas pessoas, numa perspectiva de sobreposição de estigmas e motivos de discriminação. Com o objetivo de superar essas sobreposições, defendemos aqui um modelo de intervenção ancorado no paradigma dos direitos humanos e baseado em uma abordagem psicossocial das vulnerabilidades. Somente dessa forma é possível compreender o sujeito em sua totalidade, seus atos dentro de um contexto e o contexto dentro do indivíduo, permitindo afastar os estigmas produzidos desde os anos iniciais da epidemia e evitando que se opere a discriminação contra as pessoas que vivem com HIV/Aids. É um salto qualitativo importante, que entende o sujeito longe de categorias utilizadas em questionários e dá voz a esses sujeitos, evitando que eles sejam reduzidos a meros “portadores de” ou “soropositivos”. Abre espaços, portanto, para a

presença psicológica dos sujeitos e de seus projetos de vida, aspectos tão caros para qualquer indivíduo.

8 PALAVRAS FINAIS...

A proposta de prevenção positiva pode ser uma estratégia efetiva para recuperação dos “tempos áureos” da resposta brasileira ao HIV? A discussão oferecida por esse trabalho indica que a prevenção positiva pode tanto fortalecer as pessoas que vivem com HIV, quanto ratificar o estigma, a discriminação e, portanto, continuar construindo a culpabilidade, que já faz parte da vida das PVHA. Como vimos, o termo prevenção positiva admite uma série de significados diferentes, num espectro que vai da mera preocupação com a não transmissão do vírus HIV e maior controle da expansão da epidemia - que reduz a pessoa que vive com HIV a um “vetor” – até preocupações genuínas com a garantia de direitos e o empoderamento das PVHA, bem como com o respeito à sua autonomia, autodeterminação e autoestima. Os estudos aqui selecionados na revisão de escopo da literatura indexada expressaram um campo em que a noção de prevenção positiva é, sobretudo, associada a não transmissão do vírus.

Esse trabalho mostrou que as intervenções em grupo e o aconselhamento foram utilizados em grande parte das intervenções direcionadas às PVHA. O conteúdo mais comum debatido nesses espaços foi a adesão ao tratamento. Outro ponto também debatido nesses espaços de intervenção registrados na literatura indexada foi a sexualidade e a saúde reprodutiva. Chama atenção, entretanto, que os textos negligenciaram uma discussão relevante para a vida cotidiana e o cuidado das pessoas que vivem com o HIV e abordado no debate brasileiro: o estigma e a discriminação. Sabemos como a construção da resposta ao HIV mais bem sucedidas tem sido também a história da resistência organizada à discriminação.

Assim como aqueles que são HIV negativos, as PVHA têm o direito de decidir de forma livre e responsável sobre todos os aspectos de sua vida, inclusive sobre sua sexualidade e como e quando ter filhos. Isso significa estarem livres de discriminação e preconceito e, também, estarem imersos em um ambiente que preze pelo respeito mútuo e responsabilidades compartilhadas. Defendemos, portanto, que as PVHA devem poder tomar decisões informadas sobre sua saúde sexual e reprodutiva e ter acesso aos serviços adequados, bem como ter o suporte de profissionais de saúde que prezem pela dignidade humana. Nem sempre foi essa a abordagem que encontramos na literatura que relata intervenções informadas pela noção de prevenção positiva.

Como buscamos argumentar ao longo da discussão, o enfoque exclusivo sobre transmissão viral a partir unicamente dos indivíduos que vivem com HIV é limitado na sua efetividade e, na maioria das situações, perverso, na medida em que tira o foco da responsabilidade coletiva, deságua nas mesmas questões e problemas que produziram as críticas ao uso da categoria epidemiológica de grupo de risco. Nesse sentido, defendemos que a noção de prevenção positiva deve:

- (1) trabalhar com o entendimento de que a transmissão do HIV não ocorre no vácuo: a responsabilidade pela prevenção do HIV deve ser compartilhada;
- (2) superar a construção histórica da prevenção ancorada em uma perspectiva socio-comportamental que não considera o indivíduo vivendo na dinâmica de seu contexto social e programático;
- (3) incorporar o pressuposto de que prevenção, tratamento e cuidado não são agendas concorrentes;

- (4) estar balizada pelo paradigma dos Direitos Humanos, que permite considerar as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas ao adoecimento sem eliminar as pessoas como sujeitos de sua vida;
- (5) fazer parte de uma rede de suporte que entende o cuidar como um encontro intersubjetivo que valorize a PVHA como sujeito do seu cotidiano;
- (6) se preocupar com a dimensão psicossocial da atenção e cuidado e, portanto, no contexto brasileiro, afinado ao Sistema Único de Saúde (SUS);
- (7) considerar os profissionais de saúde também como grupo chave para participar de esforços de qualificação, uma capacitação que não seja apenas técnica em relação à doença mas, sobretudo, seja relevante para compreender e responder aos aspectos intersubjetivos e as dimensões relacionais do cuidado.

Entendemos que não há nenhum membro da sociedade isento, todos têm um papel a desempenhar na responsabilidade compartilhada da prevenção do HIV. Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de reforçar práticas saudáveis e incentivar a adesão ao regime de tratamento. Institucionalmente, é preciso garantir que os programas de prevenção estarão disponíveis para aqueles que deles necessitam e que esses programas serão baseados nas melhores informações científicas disponíveis, bem como com a participação ativa das PVHA. A sociedade também tem a responsabilidade de evitar o estigma e a discriminação que criam barreiras à revelação da sorologia positiva para o HIV, barreiras que contribuem para problemas de saúde mental e, principalmente, afetam o acesso a cuidados médicos de qualidade.

Se a transmissão do HIV não é responsabilidade exclusiva de nenhum grupo, se todos compartilhamos a responsabilidade de prevenir a prop.ção do

HIV e dos sofrimentos associados à epidemia da AIDS, numa perspectiva de solidariedade compartilhada pelas PVHA e que envolve todos na luta contra a epidemia, as intervenções de prevenção positiva devem estar ancoradas em uma base ampla, que priorize a dignidade das PVHA, com vista ao apoio e aumento da saúde física, mental, emocional e sexual.

A partir do momento que são priorizadas a solidariedade, a dignidade das pessoas vivendo com HIV, a responsabilidade com a prevenção e o controle da epidemia é compartilhada, cria-se um ambiente favorável que reduz a probabilidade de novas infecções. Se as intervenções de prevenção positiva fazem parte da lógica e adotam os princípios do Sistema Único de Saúde, oportunizarão serviços públicos de qualidade e inclusivos.

Quando se sai da chave interpretativa que compreende as PVHA como vetores potenciais de novas infecções, quando são concebidas como pessoas com necessidades e desejos complexos e conflitantes como qualquer outra, o objetivo da prevenção positiva estará pautado na não progressão da doença e também na otimização da saúde e da qualidade de vida, o que beneficiará a todos.

Para isso, é preciso investir em outras frentes além da medicalização, tais como: de disponibilizar tratamentos de primeira linha no SUS: no apoio social às PVHIV, no aumento da informação sobre novas tecnologias preventivas, no campo da assistência melhorar a referência e a contra-referência e um ambiente mais favorável ao diagnóstico precoce. Não se deve perder de vista como para algumas pessoas soropositivas, a realidade de lutar contra a pobreza, cuidar de suas famílias, viver com a ameaça de violência ou lutar contra problemas de saúde mental, são situações que diariamente se

sobrepõem à adesão aos cuidados de saúde e a prevenção da transmissão do HIV, isto é, as necessidades de apoio social competem com o desejo de prevenir novas infecções.

Se as necessidades individuais das PVHA são reduzidas a um “tamanho único”, isto é, quando se considera que as PVHA são um grupo homogêneo e que não têm necessidades preventivas muito particulares, perde-se efetividade. Assim, não basta que se elejam as pessoas que vivem com HIV para as intervenções: é fundamental considerar os recortes sociais de raça, classe e gênero. Isso porque, em cada um desses sub-grupos há interações e hierarquias que não podem ser negligenciadas se o objetivo da intervenção é levar em conta as necessidades e especificidades de “cada um”. Os estudos recuperados nesta revisão não consideraram esse aspecto.

O que defendemos aqui é que não basta um aconselhamento pontual, com “receitas prontas” para todas as pessoas assistidas pelas intervenções. O aconselhamento deve ser entendido como um processo e, sobretudo, deve ser individualizado e personalizado. Somente quando assim o for, é possível pensar em estratégias que levem em consideração as reais necessidades dessas pessoas, contribuindo para que esse espaço de aconselhamento faça sentido, que as ferramentas aportadas sejam utilizadas no cotidiano das PVHA. Além disso, o aconselhamento deve fazer parte de um contexto programático maior de atenção psicossocial.

Quando damos a devida atenção à promoção e proteção de direitos humanos, é mais provável que enfrentemos programaticamente as vulnerabilidades de cada pessoa e seu contexto, e a prevenção encontrará o indivíduo concebido como pessoa vivendo com HIV, para além da abstração

como uma unidade biológica-comportamental descontextualizada. A partir dessa perspectiva, produzida no debate sobre prevenção positiva no Brasil, é possível reconhecer as pessoas como portadoras de direito à prevenção e apoiá-las como sujeitos de seu cotidiano.

Defendemos que a noção de prevenção positiva – e as intervenções dela derivadas, devem considerar que as PVHA são parte da solução e não apenas parte do problema, como sempre defendeu o movimento de AIDS. Assim sendo, concordamos com Sylvia Leser de Mello (apud Paiva, 2009), fundadora de nossa psicologia social: quem é, de fato, o especialista na vida cotidiana, no sujeito e sua circunstância?

Diante do exposto, o presente trabalho defende a ideia de que a prevenção positiva deve estar no registro do paradigma que preconiza que homens e mulheres que vivem com HIV/AIDS não são meros receptores de cuidados dos programas de prevenção, são sujeitos e agentes em sua própria vida e interessados em proteger os outros no contexto de uma sociedade solidária.

Como desde o começo desta epidemia ressaltava o movimento social que produziu as primeiras respostas ao HIV em todo mundo, ativamente envolvidos como parte da solução para a epidemia e não como problema, concordamos com Beloqui (2004), uma liderança histórica da resposta brasileira de PVHA, quanto a importância que deve ser dispensada à escuta densa dessas pessoas nos seus termos (e não de perspectivas pré-definidas de como devem se comportar). Será também somente dessa forma que ampliaremos a compreensão de porque e onde as atividades preventivas correntes falharam, e co-construiremos novas abordagens para e pelas pessoas que vivem com HIV/AIDS.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, J.; Simoes-Barbosa, R. H. Relações entre profissionais de saúde e mulheres HIV+: uma abordagem de gênero. Cad. Saúde Pública [online]. 2006, vol.22, n.10 [citado 2018-01-02], pp.2115-2123
- Allan CL, Clarke J. Are HIV/AIDS services in Leeds, UK, able to meet the needs of asylum seekers? Public Health. 2005
- Alliance. Positive Prevention: Prevention Strategies for People with HIV/AIDS. Brighton, UK, International HIV/AIDS Alliance, 2003
- Anderson T. Expanding the Boundaries of Positive Prevention Programmes. National Association of People with AIDS, 2004
- Anderson, S., Allen, P., Peckham, S., & Goodwin, N. Asking the right questions: scoping studies in the commissioning of research on the organisation and delivery of health services. Health Research Policy and Systems, 6(7), 2008.
- Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol 2005;8(1):19–32
- Armstrong, R; Hall, B; 'Scoping the scope' of a cochrane review, Journal of Public Health, Volume 33, Issue 1, 1 March 2011, P.es 147–150
- Atallah, AN, Castro AA. Revisão Sistemática e Metanálises, em: Evidências para melhores decisões clínicas. São Paulo. Lemos Editorial 1998.
- Auerbach, Judith D.. Principles of Positive Prevention. Journal of AIDS/HIV, v. 37, p. 135- 137, 2004
- Ayres JR, França Jr-I, Calazans G, Saletti Filho HC. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa RM, Parker R (orgs). Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder. São Paulo: Editora 34; 1999. p. 49-72.
- Ayres JR, França Jr-I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM (Orgs.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro : Fiocruz, 2003. p. 117-139.
- Barcellos, N. T. Prevenção Positiva: aspectos clínicos. In: RAXACH, J. C. et al. (Org.). *Prevenção Positiva: estado da arte*. Rio de Janeiro: ABIA, 2009. (Coleção ABIA Políticas Públicas)
- Bellenzani, RENATA ; SANTOS, ALESSANDRO DE OLIVEIRA DOS ; Paiva, Vera . Agentes comunitárias de saúde e a atenção à saúde sexual e reprodutiva de jovens na estratégia saúde da família. Saúde e Sociedade (USP. Impresso), v. 21, p. 637- 650, 2012.

- Bernard, E.J. (2009) Positive Health, Dignity and Prevention. Technical Consultation Report, 27–28 April 2009, Hammamet, Tunisia. September 2009. Amsterdam, The Netherlands, Global Network of People Living with HIV/AIDS (GNP+).
- Bognar C. (2002) Positive prevention primer: BCPWA prevention campaign will target people with HIV. Living +, September/October.
- Bragge, P., Clavisi, O., Turner, T., Tavender, E., Collie, A., & Gruen, R. L. (2011). The Global Evidence Mapping Initiative: scoping research in broad topic areas. BMC Medical Research Methodology, 11, 92-2288-11-92.
- BRASIL, Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV/Aids. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília, DF, 2007
- BRASIL. Boletim epidemiológico HIV/Aids. Brasília, DF, Ano II, n. 1, dezembro de 2015
- Bunnell R., Mermin J., De Cock K. M. HIV Prevention for a Threatened Continent: Implementing Positive Prevention in Africa. JAMA. 2006
- CDC. Advancing HIV Prevention: New Strategies for a Changing Epidemic – United States, 2003. MMWR 2003; 52: 329-332.
- Colquhoun HL, Levac D, O'Brien KK, Straus S, Tricco AC, Perrier L, et al. Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. J Clin Epidemiol. 2014;67(12):1291–1294.
- Corrêa, S. A RESPOSTA BRASILEIRA AO HIV E À AIDS EM TEMPOS TORMENTOSOS E INCERTOS. Mito vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016, Rio de Janeiro / RJ, p. 22 - 30, 20 jul. 2016.
- Crepaz N., Lyles C. M., Wolitski R. J., Passin W., Rama S., Herbst J., et al. ; HIV/AIDS Prevention Research Synthesis (PRS) Team. Do prevention interventions reduce HIV risk behaviours among people living with HIV? A meta-analytic review of controlled trials. AIDS. 2006
- Daniel, Herbert. vida Antes daMarte. Rio de Janeiro: Jaboti, 1989
- Defty H, Smith H, Kennedy M, Perry N, Fisher M. GPs' perceived barriers to their involvement in caring for patients with HIV: a questionnaire-based study. Br J Gen Pract. 2010;60(574):348–351.
- Dijkers, M. What is a Scoping Review? KT Update; Vol. 4, No 1. Dezembro, 2015

- Eisele, T.P. et al. High Levels of Risk Behavior Among People Living with HIV Initiating and Waiting to Start Antiretroviral Therapy in Cape Town, South Africa. *AIDS Behavior*, 12, pp. 570–577, 2008
- Egger, M., May, G. Chêne, A. N. Phillips, B. Ledergerber, F. Dabis, D. Costagliola, A. D'Arminio Monforte, F. de Wolf, P. Reiss, J. D. Lundgren, A. C. Justice, S. Staszewski, C. Leport, R. S. Hogg, C. A. Sabin, M. J. Gill, B. Salzberger, and J. A. C. Sterne. 2002. Prognosis of HIV-1-infected patients starting highly active antiretroviral therapy: A collaborative analysis of prospective studies. *The Lancet* 360(9327):119–129.
- Eisele, T.P., Mathews, C., Chopra, M., Brown, L., Silvestre, E., Daries, V., & Kendall, C. (2008). High levels of risk behavior among people living with HIV initiating and waiting to start antiretroviral therapy in Cape Town South Africa. *AIDS and Behavior*, 12(4), 570.57
- Fernandes, J. C. L. Práticas educativas para a prevenção do HIV/AIDS: aspectos conceituais. *Cad. Saúde Pública*, v.10, n.2, 1994
- Fernandez, N, Gerenciamento de riscos em tempos de novas tecnologias de prevenção na perspectiva dos direitos humanos.. *Boletim ABIA: O retorno do vírus ideológico*. Nº60, 19-21; Rio de Janeiro, RJ., 2015
- Ferraz, D. A. S. . Prevenção Combinada baseada nos Direitos Humanos: por uma ampliação dos significados e da ação no Brasil. *Boletim ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids*, Rio de Janeiro, p. 9 - 12, 01 dez. 2016.
- Formozo GA, Oliveira DC. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. *Rev Bras Enferm*. 2010
- Global HIV Prevention Working Group. HIV Prevention in the Era of Expanded Treatment Access. Gates Foundation and Kaiser Family Foundation, 2004
- Gough D, Thomas J, Oliver S: Clarifying differences between review designs and methods. *Syst Rev*. 2012,
- Grangeiro, A. DA ESTABILIZAÇÃO À REEMERGÊNCIA: OS DESAFIOS PARA O ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS NO BRASIL . Mito vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016, Rio de Janeiro / RJ, p. 22 - 30, 20 jul. 2016.
- Greene M, Justice AC, Lampiris HW, Valcour V. Management of human immunodeficiency virus infection in advanced age. *JAMA*. 2013;309(13):1397–1405.
- Greenhalgh T, Kristjansson E, Robinson V: Realist review to understand the efficacy of school feeding programmes. *BMJ*. 2007, 335 (7625): 858-861. 10.1136/bmj.39359.525174.AD.

- Grotz, F.; Parker, R. O RETORNO DO VÍRUS IDEOLÓGICO. Boletim ABIA: O retorno do vírus ideológico. Nº60, 19-21; Rio de Janeiro, RJ., 2015
- Guimarães, Carmen Dora. "Mais Merece" o estigma da infecção sexual pelo HIV/AIDS em mulheres. Estudos Feministas, Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 295; 1996
- Kennedy C. E., Medley A. M., Sweat M. D., O'Reilly K. R. Behavioural Interventions for HIV Positive Prevention in Developing Countries: A Systematic Review and Meta- analysis. Bulletin of the World Health Organization. 2010
- Karon JM, Fleming PL, Steketee RW, De Cock KM. HIV in the United States at the turn of the century: An epidemic in transition. American Journal of Public Health. 2001;91:1060–1068.
- Kastner M, Tricco AC, Soobiah C, Lillie E, Perrier L, Horsley T, et al. What is the most appropriate knowledge synthesis method to conduct a review? Protocol for a scoping review. BMC Med Res Methodol. 2012;12:114.
- Laschinger SJ, Van L, Stevenson T, Fothergill-Bourbonnais F. Health care providers' and patients' perspectives on care in HIV ambulatory clinics across Ontario. J Assoc Nurses AIDS Care. 2005;16(1):37–48.
- Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. Implement Sci 2010;5:69.
- Living 2008 Partnership (2009) Positive Prevention by and for People Living with HIV. Draft Discussion Paper, July 2008. Amsterdam, The Netherlands, Global Network of People Living with HIV/AIDS (GNP+).
- López, L. C. Uma Análise das Políticas de Enfrentamento ao HIV/Aids na Perspectiva da Interseccionalidade de Raça e Gênero. Saúde e Sociedade (USP. Impresso) , v. 20, p. 590-603, 2011.
- Mays, N.; Roberts, E.; Popay, Jennie. Methods for studying the delivery and organisation of health services. ed. / N. Fulop; P. Allen; A. Clarke; N. Black. London : Routledge, 2001.
- Mann, J.; Tarantola D; Netter T. 1992. AIDS in the world. Cambridge, MA, Harvard University Press
- Mazzocato P, Savage C, Brommels M, Aronsson H, Thor J: Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. Qual Saf Health Care. 2010, 19 (5): 376-382.
- McClelland R and Baeten JM. Reducing HIV-1 transmission through prevention strategies targeting HIV-1-seropositive individuals. Journal of Antimicrobial Chemotherapy, 2006:57

- Mermin J et al. Developing an evidence-based, preventive care package for persons with HIV in Africa. *Tropical Medicine & International Health*, 2005;10(10), pp. 961-970.
- Mott, L. Aidsfobia e Aidsteria no Brasil: A violação dos direitos humanos das pessoas com HIV/AIDS no Brasil. Comunicação apresentada no I Encontro de Aids: Repercussões Psicossociais, USP, Depto. de Psicologia, 11/1991, Cadernos de Textos do GGB, n.2, outubro 1991
- NAPWHA. Expanding the Boundaries of Positive Prevention Programmes. National Association of People with AIDS, 2004
- Paiva V, Lima T, Santos N, Ventura-Filipe E, Segurado A. Sem direito de amar? A vontade de ter filhos entre homens (e mulheres) vivendo com o HIV. *Psicologia USP*. 2002;13(2):105-133.
- Paiva, V. Fazendo arte com camisinha. São Paulo: Summus Editorial, 2000.
- Paiva, Vera. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/ AIDS e o processo de emancipação psicossocial. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 6, n. 11, p. 25-38, Aug. 2002
- Paiva V, Latorre MR, Gravato N, Lacerda R. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/Aids em São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2002 Nov-Dez; 18(6):1609-20
- Paiva, V. Prevenção PosithIVA? A abordagem psicossocial, emancipação e vulnerabilidade. In: Juan Carlos Raxach; Ívia Maksud; Cristina Pimenta;
- Veriano Terto Jr.. (Org.). *Prevenção Posithiva: estado da arte*. Rio de Janeiro: ABIA, 2009, v., p. 33-49.
- Parker R, Aggleton P. *Estigma, discriminação e AIDS*, Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2001. Coleção ABIA, Cidadania e Direitos, 1.
- Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K: Realist review—a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *J Health Serv Res Policy*. 2005, 10 (Suppl 1): 21-34.
- Pfeiffer PN, Heisler M, Piette JD, Rogers MA, Valenstein M. Efficacy of peer support interventions for depression: a meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011
- Pinheiro, Thiago Félix. *Camisinha, homoerotismo e os discursos da prevenção de HIV/aids*. 2015. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015

- Porter K, Babiker A, Bhaskaran K, Darbyshire J, Pezzotti P, Porter K, et al. Determinants of survival following HIV-1 seroconversion after the introduction of HAART. *The Lancet*. 2003;362:1267–1274.
- Poulsen M. N., Vandenhoude H., Wyckoff S. C., Obong'o C., Njika G., Otwomo N. J., et al. Cultural adaptation of a US evidence-based parenting intervention for rural Western Kenya: from parents matter! to families matter!. *AIDS Education and Prevention*, 22, 273–285, 2010
- Ring N, Ritchie K, Mandava L, Jepson R: A guide to synthesising qualitative research for researchers undertaking health technology assessments and systematic reviews, 2010.
- Rocha, Cristianne Maria Famer; DIAS, Sonia Ferreira and GAMA, Ana Filipa. Conhecimentos sobre o uso de contraceptivos e prevenção de DST: a percepção de mulheres imigrantes. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.26, n.5, pp.1003-1012
- Salada ML, Matias LO. Os significados atribuídos ao cuidar de pacientes com AIDS. *Rev Esc Enferm USP*. 2000
- Santos, V. F. et al. Efeito do álcool em pessoas com HIV: tratamento e qualidade de vida. *Acta paul. enferm.* [online]. 2017, vol.30, n.1 [cited 2018-01-02], pp.94-100
- Seffner, F.; PARKER, Richard . A NEOLIBERALIZAÇÃO DA PREVENÇÃO DO HIV E A RESPOSTA BRASILEIRA À AIDS. Mito vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016, Rio de Janeiro / RJ, p. 22 - 30, 20 jul. 2016.
- Shepperd S, Lewin S, Straus S, Clarke M, Eccles MP, Fitzpatrick R, et al: Can we systematically review studies that evaluate complex interventions?. *PLoS Med*. 2009, 6 (8)
- Shuper, P.A. et al. (2008) Correlates of high-risk sexual behaviour among sexually active HIV-positive women and men in clinical care in KwaZulu-Natal, South Africa. *AIDS 2008 - XVII International AIDS Conference: Abstract no. MOAC0305*.
- Silveira, Lia Márcia Cruz da and RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. *Interface (Botucatu)* [online]. 2005, vol.9, n.16
- Terto Jr., Veriano. Diferentes prevenções geram diferentes escolhas? Reflexões para a prevenção ao HIV/AIDS em populações vulneráveis. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 18, p. 156, 2014.
- Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Geneva and New York: World Health Organization, UNAIDS and UNICEF, 2008.

- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Kastner, M., ... & Kenny, M. (2016). A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC medical research methodology*, 16(15)
- UNAIDS (2005) Intensifying HIV prevention: a UNAIDS policy position paper. Geneva, p. 25.
- UNAIDS (2007) Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access. Geneva.
- UNAIDS, 2016. The Prevention Gap Report: Beginning of the end of the AIDS epidemic. [pdf] UNAIDS Information Production Unit
- Weis P, Schmid G and De Cock K. (2008) Who Will Bridge the HIV Treatment-Prevention Gap? Correspondence, *The Journal of Infectious Diseases*
- WHO (2007) Essential Prevention and Care Interventions for Adults and Adolescents Living with HIV in ResourceLimited Settings. Geneva, World Health Organization.
- Williams B, Amico KR, Konkle-Parker D. Qualitative assessment of barriers and facilitators to HIV treatment. *JANAC*. 2011;22:307–312.