

# Prevenção Combinada do HIV





MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente  
Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais

# PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV

BASES CONCEITUAIS PARA PROFISSIONAIS,  
TRABALHADORES(AS) E GESTORES(AS) DE SAÚDE





Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <[http:// www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>.

Tiragem: 1ª edição – 2017 – 0 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais  
SRTVN, Quadra 701, lote D, Edifício PO700, 5º andar  
CEP: 70719-040 – Brasília/DF  
Site: <http://www.aids.gov.br>  
E-mail: [aids@ids.gov.br](mailto:aids@ids.gov.br)

*Edição:*

Assessoria de Comunicação (ASCOM)

*Revisão Ortográfica:*

Angela Gasperin Martinazzo

*Projeto Gráfico:*

Fernanda Dias Almeida Mizael

*Organização e Elaboração:*

Adele Schwartz Benzaken  
Alícia Krüger  
Ana Monica de Mello  
Carina Bernardes  
Damiana Bernardo de Oliveira Neto  
Dênis Roberto da Silva Petuco  
Diego Agostinho Callisto  
Elisiane Pasini  
Gilvane Casimiro da Silva  
Irene Smidt Valderrama  
Ivanete Ribeiro Dias Carvalho  
Kauara Rodrigues Dias Ferreira  
Liliana Pittaluga Ribeiro  
Márcia Rejane Colombo  
Maria Vitória Ramos Gonçalves  
Paula Emília Adamy  
Rodrigo Favero Clemente  
Sílvia Giugliani  
Tainah Dourado de Miranda Lobo

*Equipe Técnica:*

Adele Schwartz Benzaken  
Alícia Krüger  
Ana Lúcia Ferraz Amstalden  
Ana Flávia Nacif Coelho Pires  
Ana Monica de Mello  
Carina Bernardes  
Cintia Clara Guimarães da Silva  
Damiana Bernardo de Oliveira Neto  
Daniela Cristina Soares  
Dênis Roberto da Silva Petuco  
Denise Serafim

Diego Agostinho Callisto  
Elisiane Pasini  
Elton Carlos de Almeida  
Filipe de Barros Perini  
Gabriella Nunes Neves  
Gilvane Casimiro da Silva  
Gláucio Mosimann Júnior  
Grasiela Damasceno de Araújo  
Irene Smidt Valderrama  
Ivanete Ribeiro Dias Carvalho  
João Geraldo da Silva Netto  
José Nilton Neris Gomes  
Kauara Rodrigues Dias Ferreira  
Liliana Pittaluga Ribeiro  
Márcia Rejane Colombo  
Maria Vitória Ramos Gonçalves  
Melina Érica Santos  
Neide Fernandes Souza  
Paula Emília Adamy  
Regiani Nunes de Oliveira  
Regina Aparecida Comparini  
Rodrigo Favero Clemente  
Sandra Cristina Gomes  
Sílvia Giugliani  
Simone Monzani Vivaldini  
Tainah Dourado de Miranda Lobo  
Tatianna Meireles Dantas de Alencar

*Colaboradores:*

Adriana Fagundes Duarte  
Alexandre Grangeiro  
Amara Moira  
Benedito Medrado  
Cristiana Rocha  
Fernando Seffner  
Francisco Pedrosa  
Ingrid Farias  
Ivone de Paula  
Josineide de Meneses  
Karina Wolfenbutel  
Kátia Maria Braga Edmundo  
Lucas Vilela  
Luelen Gemelli  
Márcia Leal  
Mariana Braga  
Nalu Both  
Ricardo Brasil Charão  
Vera Paiva  
Veriano Terto  
Ximena Pamela Bermúdez

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

123 p.: il.

ISBN

1.

CDU 616.97

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2017/0071

Título para indexação: Combination prevention of HIV - Conceptual bases for health professionals, workers and managers



# Lista de figuras

Figura 1 – Os três eixos para ações de prevenção propostos por Mann .....	23
Figura 2 – Dimensões consideradas pelo modelo de Prevenção Combinada do HIV .....	24
Figura 3 – Concentração de casos de HIV em determinadas populações.....	27
Figura 4 – As metas 90-90-90.....	31
Figura 5 – As populações-chave para o HIV .....	45
Figura 6 – As populações prioritárias para o HIV .....	46
Figura 7 – As intervenções biomédicas na Prevenção Combinada do HIV .....	51
Figura 8 – As três dimensões do aconselhamento em HIV .....	67
Figura 9 – Etapas do cuidado contínuo .....	74
Figura 10 – Principais estratégias para ações de intervenções estruturais.....	79
Figura 11 – Características do território a serem consideradas no diagnóstico local .....	92
Figura 12 – Níveis de análise dos determinantes sociais relacionados ao HIV/aids .....	94
Figura 13 – Diagrama de ligações entre os vários pontos de uma rede de atenção à saúde (RAS) .....	111



# Lista de quadros

Quadro 1 – Segmentos populacionais prioritários e critérios de indicação de PrEP .....	55
Quadro 2 – PCDT e demais recomendações técnicas de caráter obrigatório .....	60
Quadro 3 – Orientações pré e pós-teste .....	62
Quadro 4 – Estratégias para reforçar a adesão aos preservativos .....	72
Quadro 5 – Ações de aconselhamento pré-TARV .....	75
Quadro 6 – Legislação federal a ser reforçada localmente .....	81
Quadro 7 – Portarias e normativas referentes às políticas de promoção de equidade .....	82





# Lista de abreviaturas e siglas

Abong	Associação Brasileira de ONG
AB	Atenção Básica à Saúde
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
ARV	Antirretroviral
Cams	Comissão Nacional de Articulação com Movimentos Sociais
CDC	Centers for Disease Control and Prevention – EUA
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
Cn aids	Comissão Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais
CNCD/ LGBT	Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas
Coap	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
Coas	Centros de Orientação e Apoio Sorológico
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
Datusus	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
Depen	Departamento Penitenciário Nacional
DIAHV	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/ Aids e das Hepatites Virais
FDA	Food and Drug Administration – EUA
FJP	Fundação João Pinheiro
Gife	Grupo de Institutos, Fundações e Empresas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Infopen	Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
LT-CD4+	Linfócitos T-CD4+
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
OMS	Organização Mundial da Saúde

ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSC	Organização da Sociedade Civil
Oscip	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PCAP	Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEP	Profilaxia Pós-Exposição ao HIV
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief - EUA
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição ao HIV
PUD	Pessoa que usa drogas
PVHIV	Pessoa Vivendo com HIV
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAE	Serviço de Atenção Especializada
Sage	Sala de Apoio à Gestão
Senad	Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
Siclom	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
Siscel	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
Sispacto	Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia antirretroviral
TasP	<i>Treatment as Prevention</i> (Tratamento como Prevenção)
TS	Trabalhador(a) do sexo
TTP	Tratamento para Todas as Pessoas
UBS	Unidade Básica de Saúde
Unaid	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV / Aids

# Sumário

APRESENTAÇÃO .....	13
1. INTRODUÇÃO .....	17
1.1 Evolução dos paradigmas de prevenção do HIV no Brasil e no mundo: em direção à Prevenção Combinada .....	21
1.2 Contextos epidemiológicos em que está inserida a Prevenção Combinada do HIV no Brasil .....	26
1.3 O contexto político-institucional em que se insere o conceito de Prevenção Combinada do HIV .....	29
2. AS POPULAÇÕES-CHAVE E PRIORITÁRIAS .....	33
2.1 Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH) .....	33
2.2 Pessoas que usam álcool e outras drogas .....	34
2.3 Trabalhadoras do sexo .....	36
2.4 Pessoas trans .....	38
2.4.1 Mulheres transexuais .....	38
2.4.2 Travestis .....	38
2.4.3 Homens transexuais .....	39
2.5 Pessoas privadas de liberdade .....	39
2.6 População em situação de rua .....	40
2.7 População negra .....	42
2.8 População jovem .....	43
2.9 População indígena .....	44
3. OS COMPONENTES DA PREVENÇÃO COMBINADA .....	49
3.1 Intervenções biomédicas .....	50
3.1.1 Métodos de barreira .....	51
3.1.2 Circuncisão masculina .....	53
3.1.3 Profilaxia Pós-Exposição ao HIV .....	53

3.1.4 Profilaxia Pré-Exposição .....	54
3.1.5 Imunização.....	56
3.1.6 Tratamento para Todas as Pessoas (TTP).....	56
3.1.7 Resposta à transmissão vertical do HIV .....	58
3.1.8 Tratamento para outras IST.....	59
3.1.9 Os Protocolos Clínicos e demais recomendações técnicas do Ministério da Saúde.....	60
3.2 Intervenções comportamentais.....	61
3.2.1 Orientações para a realização da testagem.....	62
3.2.2 Oferta de aconselhamento .....	65
3.2.3 Incentivo à testagem rotineira e regular .....	68
3.2.4 Adesão ao uso de preservativos.....	69
3.2.5 Cuidado contínuo às PVHIV .....	73
3.2.6 Redução de danos para pessoas que usam álcool e outras drogas, silicone industrial e hormônios .....	75
3.3 Intervenções estruturais.....	78
3.3.1 Diminuição das desigualdades socioeconômicas.....	79
3.3.2 Estabelecimento de normas e marcos legais .....	80
3.3.3 Fomento do protagonismo e empoderamento .....	84
3.3.4 Divulgação de informação para a população geral.....	85
3.3.5 Estratégias de fortalecimento da estrutura do SUS para as ofertas de Prevenção Combinada do HIV .....	85
3.3.5.1 O CTA como serviço estratégico na Linha de Cuidado Integral ao HIV para as ofertas de Prevenção Combinada do HIV .....	86
3.3.5.2 Educação Permanente em Saúde .....	87
4. ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DA PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV .....	91
4.1 Diagnóstico e caracterização do território em que será implementada a Prevenção Combinada do HIV .....	92



4.1.1 A dinâmica da epidemia do HIV/aids no território.....	93
4.1.2 Os determinantes sociais em saúde presentes no território .....	94
4.1.2.1 Nível externo: macroestrutura social .....	95
4.1.2.2 Nível intermediário: condições de vida e de trabalho .....	97
4.1.2.3 Nível interno: redes de apoio social .....	98
4.1.3 Rede assistencial estabelecida.....	100
4.1.4 Como identificar as populações-chave e prioritárias no território.....	102
4.2 Linha de Cuidado Integral ao HIV.....	104
4.2.1 Público-alvo a que se destina a Linha de Cuidado .....	106
4.2.2 Pontos de atenção a serem considerados .....	107
4.2.3 Sistemas de Apoio e Sistemas Logísticos que podem ser acionados .....	107
4.2.4 Ações compõem a Linha de Cuidado Integral ao HIV .....	109
4.2.5 Definição e pactuação dos fluxos assistenciais da Linha de Cuidado Integral do HIV .....	110
4.3 Participação e Controle Social.....	112
4.3.1 Importância da formação de redes sociais e dos trabalhos de base comunitária .....	112
4.3.2 Participação nos conselhos de direitos .....	113





# Apresentação

As estratégias de prevenção sempre tiveram papel destacado na resposta brasileira à epidemia do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) e da aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), resultante de uma atuação conjunta do governo brasileiro, trabalhadores(as) da saúde e movimentos sociais. Desde o começo, as ações de prevenção concentraram-se em alguns grupos populacionais, evitando-se, assim, que o HIV/aids passasse a configurar-se como uma epidemia de caráter generalizado.

Contudo, apesar de controlados na população brasileira de um modo geral, os índices epidemiológicos permanecem em níveis elevados em alguns estratos sociais específicos. Reduzir esses índices requer que as estratégias de prevenção do HIV sejam aprimoradas, levando-se em consideração o acúmulo teórico recente e as novas tecnologias de prevenção surgidas nos últimos anos, em especial aquelas estruturadas a partir do uso de antirretrovirais (ARV).

Esse conjunto de tecnologias, quando conjugado e combinado com intervenções de prevenção já consagradas na resposta ao HIV/aids, serve de fundamento para o modelo mais recente de prevenção, denominado "Prevenção Combinada do HIV".

O objetivo da presente publicação é subsidiar trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde com as bases conceituais e epistemológicas que dão suporte a esse paradigma de prevenção.

Para tal, a publicação conta, além desta apresentação, com mais quatro partes. No Capítulo 1 (Introdução), o conceito de Prevenção Combinada do HIV é apresentado, bem como os contextos e principais aspectos que marcam a evolução histórica da prevenção no Brasil, rumo a esse paradigma.

Ainda na Introdução, são expostas a evolução do paradigma de prevenção do HIV no mundo e suas relações com o modelo de prevenção adotado no país, além dos contextos epidemiológicos em que o conceito de Prevenção Combinada está inserido.

No Capítulo 2, apresentam-se os segmentos populacionais considerados pelo Ministério da Saúde como essenciais para a resposta à epidemia, e que se desdobram em populações-chave e populações prioritárias.

No Capítulo 3, as características e peculiaridades dos componentes biomédico, comportamental e estrutural da Prevenção Combinada do HIV são aprofundadas.

Por fim, no Capítulo 4, são apresentados os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde para a implementação das ações de Prevenção Combinada do HIV, levando-se em conta, sempre, as especificidades locais.

Espera-se que a leitura desta publicação possa se constituir como uma ferramenta de apoio técnico para trabalhar a estratégia da Prevenção Combinada nos territórios e que, a partir deste documento, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde tenham condições de assimilar o conceito de Prevenção Combinada do HIV, entendendo sua diversidade e as várias possibilidades trazidas por esse modelo de prevenção – sem, no entanto, ter a pretensão de esgotar o tema. Espera-se, também, que a presente publicação ajude a consolidar a ideia das populações-chave e prioritárias e a importância de que as ações de prevenção do HIV sejam endereçadas aos seus diferentes riscos e vulnerabilidades.







# 1

## INTRODUÇÃO

O termo "Prevenção Combinada do HIV" remete à ideia de conjugação de diferentes ações de prevenção, tanto em relação ao vírus HIV quanto aos fatores associados à infecção, sendo este o ponto de partida para sua conceituação. Assim, sua definição parte do pressuposto de que diferentes abordagens devam ser conciliadas em uma estratégia conjunta, em que as partes não devem ser dissociadas do todo que compõem. Nesse sentido, o termo pressupõe a combinação das três abordagens possíveis na formulação de estratégias de prevenção do HIV: a abordagem biomédica, a abordagem comportamental e a abordagem estrutural. A simples conjugação dessas diferentes abordagens não encerra, contudo, todos os significados do termo "Prevenção Combinada".

Uma segunda definição em relação ao termo remete aos diferentes focos que devem ser considerados em estratégias de prevenção do HIV: a combinação de ações centradas nos indivíduos, em seus grupos sociais e na sociedade em que vivem. A premissa básica estabelecida, assim, é a de que estratégias de prevenção abrangentes devem observar, de forma concomitante, esses diferentes focos, levando sempre em consideração as singularidades dos sujeitos e as especificidades dos meios em que estão inseridos.

O Ministério da Saúde, a partir dessas duas perspectivas, define "Prevenção Combinada do HIV" como:

### **PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV**

É uma estratégia de prevenção que faz uso combinado de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais aplicadas no nível dos indivíduos, de suas relações e dos grupos sociais a que pertencem, mediante ações que levem em consideração suas necessidades e especificidades e as formas de transmissão do vírus.

## **As intervenções biomédicas**

As abordagens biomédicas são aquelas em que o foco da intervenção está na redução do risco à exposição dos indivíduos ao HIV, a partir de ações que impeçam sua transmissão mediante a interação entre uma ou mais pessoas que tenham o vírus em seu sistema e demais pessoas que não o possuam.

É importante distinguir dois conceitos diferentes: o do HIV e o da aids. O vírus (seja o HIV-1 ou HIV-2) refere-se aos agentes etiológicos da imunodeficiência humana, enquanto o termo aids trata da manifestação clínica avançada da doença causada pelo HIV, e corresponde à sigla na língua inglesa adotada no Brasil para a Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (BRASIL, 2015a). Essa distinção, embora pareça trivial, é imprescindível para entender os diferentes focos e estratégias dos componentes da Prevenção Combinada.

O princípio das abordagens biomédicas é a aplicação de estratégias para evitar diferentes possibilidades de infecção e/ou transmissão do HIV, a partir de situações já consolidadas cientificamente, que demonstram os potenciais riscos de infecção: relações sexuais desprotegidas e demais contatos com material biológico contaminado pelo HIV.

Essas estratégias dividem-se em dois grupos, embora esta seja uma diferenciação meramente conceitual. O primeiro grupo refere-se às intervenções biomédicas clássicas, que empregam, entre outras estratégias, métodos de barreira física ao vírus, sendo o principal exemplo o uso de preservativos masculino e feminino.

O segundo grupo de intervenções biomédicas é aquele ligado à utilização de ARV com o objetivo de limitar a capacidade do HIV de infectar indivíduos. Dito de outra forma, uma vez que não se evitou o contato do indivíduo com o HIV, evita-se que o vírus esteja suficientemente robusto (viável) e possa se reproduzir no organismo exposto. Portanto, essas intervenções com base no uso de ARV impedem que o vírus esteja forte e em quantidade suficiente para ser transmitido a outras pessoas.



Duas estratégias indicadas em algumas situações para indivíduos não infectados pelo HIV são a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), distintas pelo momento em que a medida de prevenção é adotada (antes ou depois do evento de exposição ao HIV) e pelo tempo de ingestão da medicação (a PrEP é de uso contínuo e a PEP tem prescrição de 28 dias). Além destas, a estratégia de prevenção conhecida como "Tratamento para todas as Pessoas" (TTP), derivação adotada pelo Ministério da Saúde com base na sigla "TasP" (Treatment as Prevention – tratamento como prevenção), é o principal exemplo de salvaguarda da transmissão do HIV mediante uso regular de ARV pelas PVHIV, com redução significativa da transmissão do vírus pelas pessoas infectadas em tratamento antirretroviral regular. Essa medida, além de evitar adoecimentos e aumentar a expectativa de vida, reduz drasticamente o risco de transmissão do HIV.

Desse modo, pode-se dizer que o foco do conjunto das intervenções biomédicas está na interação entre o indivíduo e o HIV; ressalta-se, porém, que esse conjunto de medidas não deve ser empregado de forma descontextualizada em relação à ideia de combinação com outras intervenções de ordem social e programática.

## As intervenções comportamentais

Por sua vez, as abordagens comportamentais referem-se às intervenções cujo foco está no comportamento dos indivíduos como forma de evitar situações de risco. O objetivo dessas intervenções é oferecer a indivíduos e segmentos sociais um conjunto amplo de informações e conhecimentos, de maneira a torná-los aptos a desenvolver estratégias de enfrentamento ao HIV/aids que possam melhorar sua capacidade de gerir os diferentes graus de risco a que estão expostos. Nesse sentido, é imprescindível aprimorar suas percepções quanto ao entendimento e mensuração dos riscos que vivenciam em termos da exposição ao HIV, e que estão relacionados às suas práticas cotidianas, envolvam elas ou não aspectos relativos às práticas sexuais, ao uso de álcool e outras drogas ou a outro comportamento que signifique risco de infecção pelo vírus.

Em saúde pública, o termo risco mantém a ideia central de probabilidade. Aplicada à epidemiologia, a ideia de risco refere-se à probabilidade de ocorrer uma doença, agravo, óbito ou outra condição relacionada à saúde, em um indivíduo, em uma determinada população ou grupo específico, durante um período de tempo determinado (WALDMAN, 1998).

Fatores de risco podem ser definidos como os elementos e características positivamente associados ao risco de se infectar ou de desenvolver um

determinado agravo. Contudo, embora imprescindível no desenvolvimento das estratégias de prevenção do HIV, a noção de risco, enquanto ferramenta de investigação, não encerra todas as possibilidades analíticas que surgem das várias especificidades de uma questão de saúde coletiva, como é o caso do HIV. Assim, a noção de risco torna-se insuficiente, de forma isolada, para a construção de estratégias de prevenção, sendo melhor aplicada ao conceito de vulnerabilidades, que se expressam em três planos ou dimensões, interconectados (MANN et al., 1993).

O primeiro plano refere-se à vulnerabilidade individual e está ligado aos fatores informacionais, cognitivos e comportamentais de indivíduos e grupos sociais. Relaciona-se às informações, entendimentos e atitudes que os indivíduos têm em relação ao HIV e à capacidade de elaborar e incorporar esses conceitos aos seus repertórios de prevenção e cuidado. Convém salientar, entretanto, a importância de considerar as individualidades a partir de trabalhos como o do sociólogo Jessé Souza. Para o autor, os processos de subjetivação dos ditos "excluídos" brasileiros são profundamente determinados por uma desigualdade histórica e endêmica, que dificulta muito a aquisição de habilidades fundamentais para a apropriações culturais de qualquer tipo (SOUZA, 2009). Os comportamentos, portanto, são inseparáveis das estruturas socioculturais, e é isso que diferencia o conceito de "vulnerabilidade" das noções de "grupo de risco" e "comportamento de risco".

O segundo plano de vulnerabilidade é de natureza social e remete aos aspectos culturais, políticos e morais que dizem respeito à vida em sociedade. Aspectos como a estrutura jurídico-política e as diretrizes governamentais; as relações de gênero, raciais, geracionais; e as atitudes diante da sexualidade, das crenças religiosas e da pobreza são fatores que permeiam os comportamentos e práticas de exposição dos indivíduos à infecção pelo HIV.

Por fim, o terceiro plano da vulnerabilidade, chamado de vulnerabilidade programática, se relaciona à qualidade de respostas institucionais ao HIV/aids em uma sociedade, a partir de aspectos como investimentos governamentais ou a existência de serviços de saúde específicos voltados para a epidemia, entre outros.

A relevância do conceito de vulnerabilidade ao HIV/aids verifica-se na possibilidade de interpretação e identificação dos fatores sociais que potencializam as probabilidades de infecção de determinados segmentos populacionais, denominados Determinantes Sociais em Saúde (DSS).

## As intervenções estruturais

As intervenções estruturais buscam mudar as causas ou estruturas centrais que afetam os riscos e as vulnerabilidades ao HIV. Para fazer face a essas vulnerabilidades, em especial à vulnerabilidade social, o terceiro componente da Prevenção Combinada do HIV refere-se às intervenções estruturais e remete a fatores e características sociais, culturais, políticas e econômicas que criam ou potencializam vulnerabilidades de determinadas pessoas ou segmentos sociais. O reconhecimento desses fatores demanda que as abordagens estruturais para a prevenção do HIV sejam desenvolvidas e implementadas de acordo com os contextos e relevâncias locais, sob o risco de os esforços de prevenção do HIV não alcançarem êxito em longo prazo.

Assim, as intervenções estruturais visam evitar que preconceitos, discriminações ou intolerâncias se convertam em formas de alienação ou relativização dos direitos e garantias fundamentais à dignidade humana e à cidadania.

Preconceito de classe social, preconceito religioso, preconceito linguístico, machismo, chauvinismo, racismo, xenofobia, etnocentrismo, homofobia, lesbofobia, transfobia, bifobia, heterossexismo, estereótipos degradantes, elitismo, preconceito contra portadores de deficiência e pessoas vivendo com HIV e preconceito quanto à conduta em relação a sexo ou drogas: todas essas formas de discriminação potencializam as vulnerabilidades em relação ao HIV/ aids e devem ser objeto das intervenções estruturais.

### 1.1 Evolução dos paradigmas de prevenção do HIV no Brasil e no mundo: em direção à Prevenção Combinada

O histórico da resposta brasileira e mundial ao HIV/ aids permite observar que, dadas as características da epidemia, as ações adotadas desde o início por governos e sociedade civil atribuíram à prevenção um papel de destaque, havendo consenso quanto à sua importância dentro do conjunto de medidas adotadas para enfrentamento dos desafios inerentes à epidemia.

Observando a história das respostas brasileira e mundial à epidemia em retrospectiva, é possível identificar aos menos três momentos distintos na evolução dos paradigmas de prevenção do HIV.

Historicamente, **num primeiro momento**, as diversas respostas dadas à epidemia ao redor do mundo estabeleceram a noção de **grupos de risco**: uma população sujeita a determinados condicionantes e fatores ou com determinadas características, que as tornam mais propensas a ter ou adquirir determinada doença. No Brasil, alguns segmentos populacionais foram identificados nessa fase como constituintes de grupos de risco.

Essa caracterização, embora importante do ponto de vista estritamente epidemiológico, na prática serviu de base para inúmeras situações de violação de direitos e garantias fundamentais, aumentando o preconceito e o estigma sofrido pelas PVHIV ao responsabilizá-las pela epidemia de modo exclusivo, e não aos determinantes e condicionantes sociais. Essa culpabilização e a consequente desvalorização daqueles que eram, antes de mais nada, vítimas de assimetrias sociais que se reproduziam em indicadores epidemiológicos, acabou por potencializar a concentração de casos de HIV / aids em determinados grupos sociais.

Como resposta a essa abordagem eminentemente epidemiológica e à hostilidade, discriminação, rejeição, intolerância e desconfiança que esta favorecia (mesmo que de forma não intencional), surgiu no início dos anos 90 um **segundo modelo na prevenção** do HIV, proposto pelo epidemiologista estadunidense Jonathan Mann. Para implementar esse modelo, Mann preconizava um conjunto de ações estabelecidas a partir de estratégias que deveriam estar estruturadas em três eixos, conforme representados pela Figura 1.



Figura 1 – Os três eixos para ações de prevenção propostos por Mann



Fonte: DIAHV/SVS/MS, adaptado de MANN, 1992.

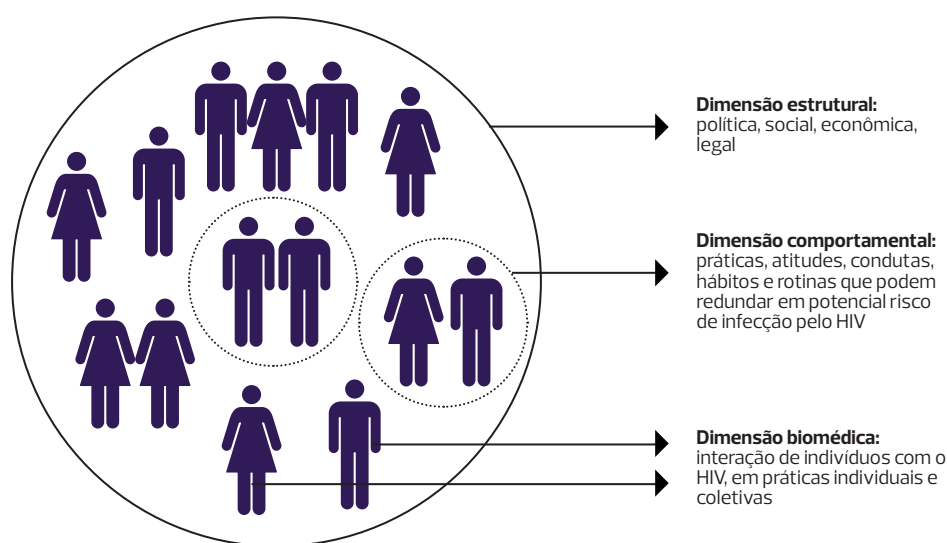
Essa abordagem centrada no comportamento dos indivíduos e nos determinantes sociais da epidemia buscou corrigir as ações de prevenção anteriores, que terminaram por reforçar vulnerabilidades já existentes em determinados grupos sociais, os quais passaram a sofrer maiores cargas de estigma e preconceito, uma vez que foram identificados, em muitos aspectos, como diretamente ligados ao HIV.

A noção de vulnerabilidade foi agregada à ideia de risco à maioria das ações de prevenção do HIV nas respostas governamentais mais arrojadas. A partir disso, a epidemia passou a ser tratada menos como um problema individual, resultante de comportamento e ação de indivíduos ou grupos, e mais como consequência dos padrões de organização da sociedade, seja política, econômica ou culturalmente.

O **terceiro momento** na evolução paradigmática dos modelos de prevenção do HIV é marcado pela ruptura da distinção, até então bastante rígida, entre prevenção e tratamento. A principal causa para a flexibilização dessa distinção foi a estruturação de estratégias de prevenção baseadas no uso de ARV, insumo até então empregado apenas como medida de tratamento. Desse modo, na medida em que estratégias como PEP, PrEP e TTP passaram a compor o conjunto de opções para a estruturação de estratégias de prevenção do HIV, um novo paradigma é criado, baseado na combinação dessas estratégias com aquelas já consagradas pelos paradigmas anteriores.

Esse modelo, chamado de Prevenção Combinada do HIV (PEPFAR, 2009), tem por objetivo se endereçar às três dimensões identificadas como fatores que contribuem para a transmissão do HIV, conforme demonstra a Figura 2.

**Figura 2 – Dimensões consideradas pelo modelo de Prevenção Combinada do HIV**



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

O conceito de Prevenção Combinada do HIV é relativamente novo, surgindo apenas em 2009, quando o documento que apresentava o planejamento quinquenal da resposta do governo federal norte-americano ao HIV/aids estabeleceu como tipo ideal para a prevenção "a combinação de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais baseadas em evidências e que se reforçam mutuamente" (UNAIDS, 2010).

Em 2010, o UnaidS apresentou, a partir da publicação do documento intitulado "*Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections*", uma definição mais completa do conceito de Prevenção Combinada, definindo-o como:

Programas baseados em evidências, que utilizam uma combinação de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais, priorizados para atender às necessidades atuais de prevenção de HIV de indivíduos e comunidades em particular, de modo a ter o maior impacto sustentado na redução de novas infecções (UNAIDS, 2010, p. 08)

Esse paradigma permitiu que as respostas globais ao HIV enfrentassem três fragilidades no modo como esses esforços se estruturavam. A primeira fragilidade referia-se ao fato de que os esforços de prevenção, até então, ainda se concentravam excessivamente na redução do risco de transmissão do vírus, legando pouco espaço a questões relacionadas aos fatores sociais que aumentam a vulnerabilidade ao HIV (UNAIDS, 2010).

A segunda fragilidade referia-se ao fato de que boa parte das respostas ao redor do mundo se constituíam em um conjunto de programas que por vezes não se articulavam entre si, tornando as ações no âmbito desses programas fragmentadas e de baixa sinergia. E isto levava à terceira fragilidade: a dificuldade e a baixa capacidade em avaliar, e conseqüentemente, aprimorar essas ações fragmentadas.

Além dessas três questões, o modelo de Prevenção Combinada do HIV propôs-se a responder, ainda, ao diagnóstico de que a maioria das respostas à epidemia não priorizavam devidamente as populações sob maior risco de infecção.

Desse modo, segundo o Unids, a premissa central que serviu de alicerce para o estabelecimento do modelo de Prevenção Combinada do HIV foi a de que, em uma determinada região ou território, nem todas as pessoas encontram-se sob o mesmo risco ou estão igualmente susceptíveis a transmitir ou adquirir o HIV. Essa premissa leva às seguintes constatações:

- » O planejamento racional para a prevenção do HIV depende de uma compreensão adequada da distribuição da transmissão do HIV em diferentes estratos populacionais, bem como do reconhecimento de que comportamentos individuais e coletivos, além das características da sociedade, podem redundar em riscos variáveis; e
- » As necessidades das pessoas, assim como os riscos, também variam de acordo com os diferentes contextos, sendo necessária, portanto, a implementação de um conjunto de estratégias que garantam a todas as pessoas em risco uma abordagem eficaz que seja aceitável e acessível.

Além dessas premissas, a experiência bem-sucedida, à época, das respostas à epidemia estruturadas a partir da combinação de diferentes perspectivas – entre as quais a experiência brasileira – trouxe os argumentos que fortaleceram a proposta de combinação de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais estabelecida pela Prevenção Combinada do HIV (UNAIDS, 2010).

## 1.2 Contextos epidemiológicos em que está inserida a Prevenção Combinada do HIV no Brasil

Segundo a última edição do Boletim Epidemiológico HIV/Aids, publicado pelo Ministério da Saúde em 2016, desde o início da epidemia no Brasil, do começo da década de 1980 até junho de 2015, foram registrados no país 842.710 casos de aids (UNAIDS, 2010).

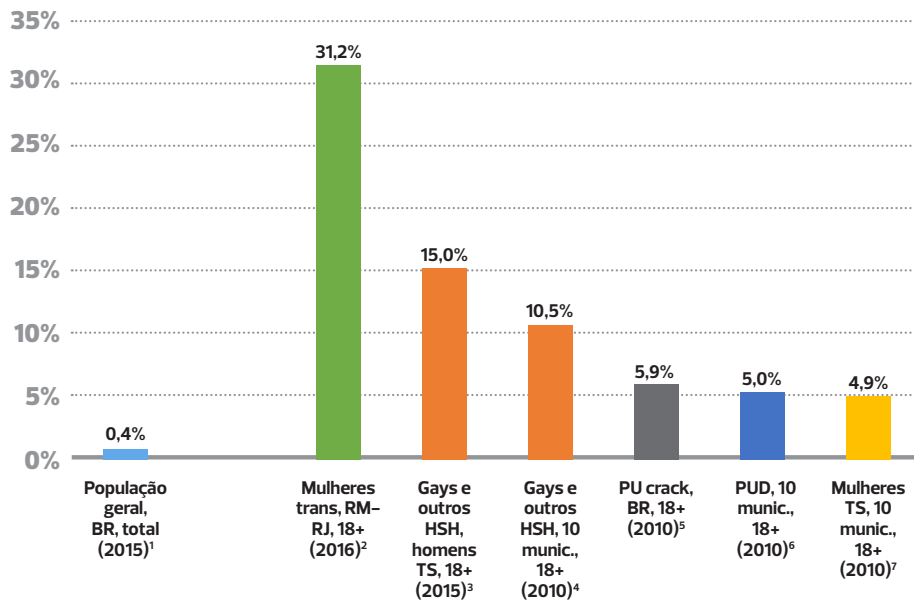
Do ponto de vista de sua distribuição espacial, a evolução da epidemia de HIV/aids transitou, no Brasil, de um agravo concentrado em alguns centros urbanos a uma infecção presente em praticamente todo o território nacional. Essa transição foi marcada por três períodos. No primeiro período, entre 1980 e 1985, os 83.551 casos notificados concentraram-se principalmente em capitais do Sul e Sudeste do país. No segundo período, já na década seguinte, entre 1995 e 2004, os 304.631 casos registrados passam a incluir notificações registradas nas regiões Nordeste e Centro-Oeste. Por fim, no terceiro período, de 2005 até o presente momento, os 410.101 casos registrados apresentam uma distribuição espacial que abrange praticamente todo o território brasileiro (BRASIL, 2016a).

Essa mudança no perfil territorial da epidemia de HIV/aids ocorreu, no Brasil, de forma concomitante à intensificação dos casos em alguns segmentos populacionais específicos, o que define a epidemia no país como sendo de caráter concentrado, com uma taxa de detecção do vírus na população geral de cerca de 0,4% (UNAIDS, 2010).

Segundo a OMS, considera-se que uma epidemia tem caráter concentrado quando os casos de infecção de um determinado agravo contabilizam menos de 1% na população de modo geral, ao passo que atingem ao menos 5% em grupos populacionais específicos. Ainda de acordo com a OMS, quando os casos ultrapassam a marca de 1% na sociedade como um todo, a epidemia passa a ser considerada generalizada (UNAIDS/WHO, 2002).

A partir da Figura 3, é possível notar os níveis epidemiológicos que se apresentam concentrados, no Brasil, em alguns segmentos populacionais específicos. Devido a essas evidências – mas não apenas a elas – essas populações são reconhecidas pelo Ministério da Saúde, juntamente com outros segmentos, como populações-chave.

Figura 3 – Concentração de casos de HIV em determinadas populações



Fontes:

1 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

2 GRINSZTEJN, B. et al. Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling in Rio de Janeiro, Brazil. *The Lancet HIV*, [S.l.], v. 3018, n. 17, p. 30015-2, fev. 2017.

3 VERAS et al. High HIV Prevalence among Men who have Sex with Men in a Time-Location Sampling Survey, São Paulo, Brazil. *AIDS Behav.*, [S.l.], v. 19, n. 9, p. 1589-98, set. 2015.

4 KERR, L. Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2009.

5 BASTOS, F. I.; BERTONI, N. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Fiocruz/ICICT, 2014. 224 p.

6 BASTOS, F. I. Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2009.

7 DAMACENA, G. N. et al. Risk factors associated with HIV prevalence among female sex workers in 10 Brazilian cities. *J Acquir Immune Defic Syndr.*, [S.l.], v. 57, Suppl. 3, p. S144-52, ago. 2011.

O conjunto de dados dispostos na Figura 3 deve ser interpretado de forma cuidadosa, de modo a não confundir causas com consequências: a motivação para que essas populações sejam consideradas chave reside no fato de serem – por razões comportamentais, mas sobretudo estruturais – mais vulneráveis ao HIV. Os índices epidemiológicos são reflexo dessa fragilidade, e não sua origem. Desse modo, outro segmento populacional é também considerado chave pelo Ministério da Saúde, apesar de não haver ainda dados publicados de



prevalência nacional: as pessoas privadas de liberdade. Uma definição detalhada das populações citadas será melhor desenvolvida no Capítulo 2 da presente publicação.

Por ora, é importante que se saiba que o Ministério da Saúde define como populações-chave, no endereçamento das ações de resposta ao HIV:

- » Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH);
- » Pessoas que usam álcool e outras drogas;
- » Trabalhadoras do sexo;
- » Pessoas trans; e
- » Pessoas privadas de liberdade.

Além dessas populações-chave, é preciso observar que outros segmentos populacionais também apresentam fragilidades que os tornam mais vulneráveis ao HIV/aids que a média da população e, portanto, também devem ser priorizados pelo Ministério da Saúde em ações específicas de prevenção. São populações prioritárias:

- » População negra;
- » População jovem;
- » População em situação de rua; e
- » População indígena.

O desafio em relação à população negra é o enfrentamento do racismo institucional como fator estruturante, que sobrepõe as diversas vulnerabilidades desse grupo demográfico, dada a sua proporção em relação à população do país e às suas condições de vida. Além disso, é preciso considerar que as informações das variáveis preta e parda se constituem como elementos de caráter transversais aos outros segmentos populacionais. Segundo dados atualizados do censo demográfico realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mais da metade da população brasileira (54%) se autodeclarou como sendo preta ou parda (os dois grupos agregados na definição utilizada pelo IBGE para o cálculo do total de negros na população brasileira) (BRASIL, 2016e).

De igual maneira, a proporção de jovens em relação ao total da população brasileira também representa um desafio às ações de prevenção ao HIV/aids. Ainda segundo o IBGE, o Brasil possui atualmente 51 milhões de pessoas (cerca de 25% da população nacional) com idade entre 15 e 29 anos, critério definido pelo Estatuto da Juventude para caracterizar a população jovem. Além disso, os dados epidemiológicos apontam para a importância de priorizar a população jovem nas ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, considerando que a taxa de detecção e a incidência do HIV/aids vêm aumentando ao longo da última década nessa população (BRASIL, 2016e).

Em relação à população em situação de rua e à população indígena, é fundamental considerar a dinâmica local em cada município, região ou estado. Essas duas populações estão relacionadas às dinâmicas sociais locais e, portanto, variam de acordo com o território. Suas fragilidades e vulnerabilidades devem-se a contextos históricos e sociais. A população em situação de rua está mais presente em grandes centros urbanos, pois é onde também se concentram as maiores desigualdades sociais. Quanto à população indígena, não se podem comparar análises epidemiológicas em relação à população não indígena e nem mesmo entre cada etnia, pois cada uma delas apresenta singularidades em seus aspectos culturais, sua relação com meio ambiente, o local em que estão inseridas e, com isso, apresentam vulnerabilidades diferenciadas em relação às IST, ao HIV/aids e às hepatites virais.

É preciso destacar que o aspecto de transversalidade, contudo, vai muito além do recorte etário ou do quesito raça/cor das populações mais afetadas pelo HIV/aids. Todas as categorias consideradas chave e prioritárias na resposta à epidemia devem ser consideradas como potencialmente transversais. Assim, não devem ser categorias estanques, sendo por princípio fluidas, de tal modo que um gay pode usar drogas e também fazer trabalho sexual. Uma mulher transexual pode fazer trabalho sexual e também estar ou ser privada de liberdade, e assim por diante. Dessa forma, o pertencimento a uma categoria não exclui a pessoa das demais, e as vulnerabilidades dessas populações devem ser entendidas na sua integralidade.

### 1.3 O contexto político-institucional em que se insere o conceito de Prevenção Combinada do HIV

Do ponto de vista político-institucional, dois marcos recentes reforçam e impulsionam as estratégias ancoradas na Prevenção Combinada do HIV:

- » A consolidação da TTP (e a consequente estratégia de testar e tratar); e
- » O estabelecimento das metas 90-90-90.

A publicação, em 2011, do estudo HPTN 052 (COHEN et al., 2011) apresentou sólidas evidências de que o início de TARV em pacientes com contagem de LT-CD4+ entre 350 e 550 céls/mm<sup>3</sup> reduz a chance de transmissão do HIV entre casais sorodiferentes em até 96%, tendo sido considerada um marco na resposta mundial ao HIV. Reconhecido pela revista Science como "*Breakthrough of the Year*" (descoberta do ano) em 2011 (AAAS, 2011), esse estudo estabeleceu as bases empíricas pelas quais as iniciativas globais passaram a estruturar medidas que empregam a utilização de TARV como estratégia de prevenção do HIV, expandindo o tratamento a todas as PVHIV.

A principal dessas medidas é conhecida como "*Test and Treat Strategy*" (testar e tratar), e constitui-se na aposta no aumento de testagem e cobertura de tratamento como forma de diminuir a carga viral circulante em uma determinada sociedade e assim reduzir, em um segundo momento, a taxas de novas infecções pelo HIV.

Como forma de viabilizar essa estratégia no Brasil, o Ministério da Saúde atualizou, em 2013, o "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o Manejo da Infecção ao HIV/Aids em Adultos", modificando o critério para início do tratamento com TARV. Até aquele momento, o Ministério recomendava que apenas as pessoas com a contagem de LT-CD4+ abaixo de 500 céls/mm<sup>3</sup> iniciassem a TARV. A partir do novo PCDT, o Ministério da Saúde passou a recomendar o início do tratamento para todas as pessoas com sorologia positiva para o HIV, independentemente de contagem de LT-CD4+, seguindo uma trilha bem-sucedida já percorrida pelos Estados Unidos e pela França, no que tange à atualização de critérios para introdução da TARV em pessoas de sorologia positiva para o HIV.

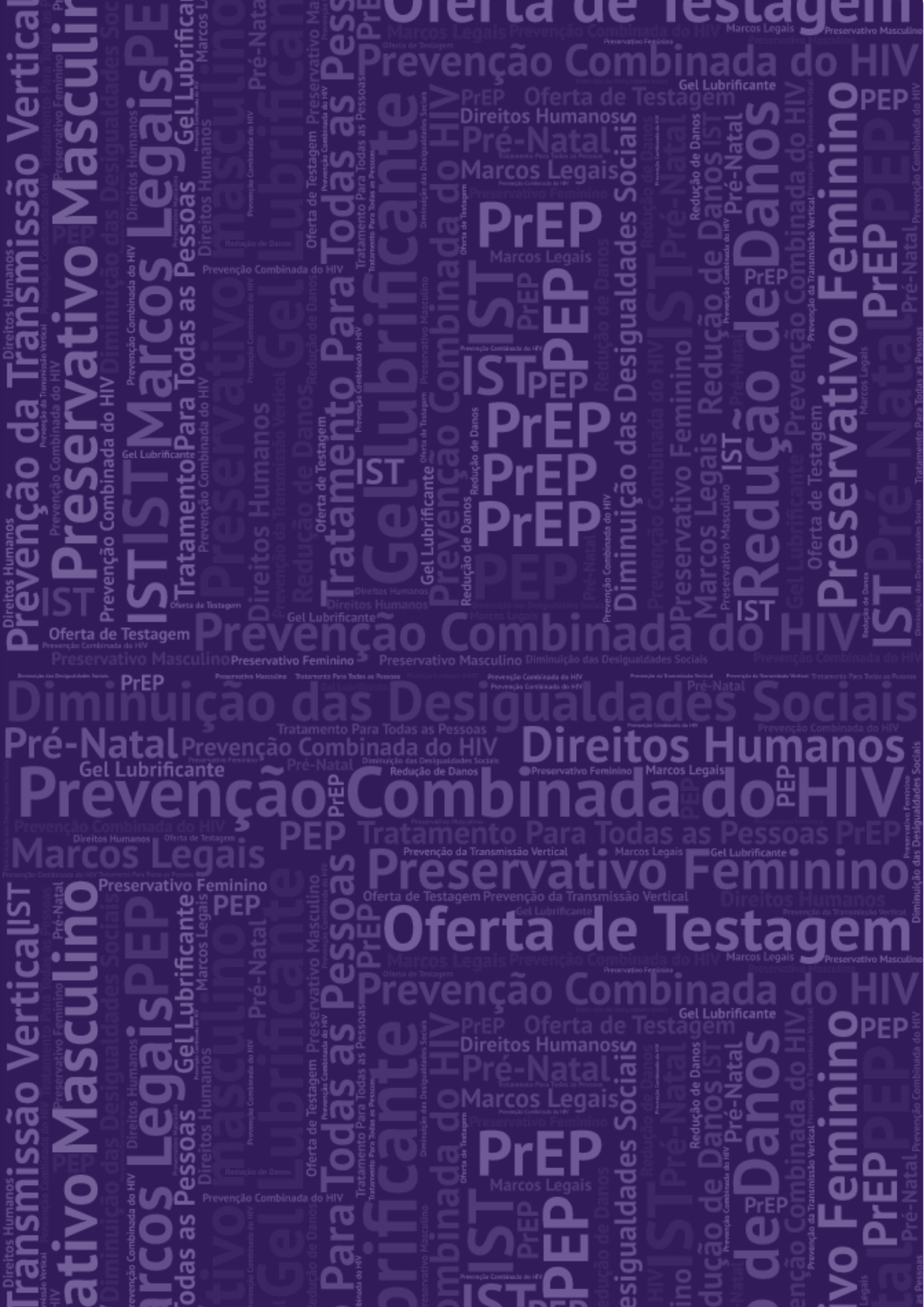
Como forma de se estabelecerem metas para a estratégia de testar e tratar, foi lançada pelo Unids, em 2014, a Declaração de Paris, documento que compromete os países signatários com a ampliação dos esforços de suas respectivas respostas nacionais à epidemia de HIV/aids, na busca de garantir que 90% das PVHIV sejam diagnosticadas, que 90% dessas pessoas estejam em tratamento, e que 90% das pessoas em tratamento atinjam carga viral indetectável (AAAS, 2011).

Figura 4 – As metas 90–90–90



Fonte: UNAIDS, 2014.

A aposta na efetividade das metas 90–90–90 advém de modelos matemáticos que preveem que, se essas metas forem alcançadas até 2020, ao menos 73% de todas as PVHIV apresentarão supressão viral e, portanto, terão chances mínimas de transmitirem o HIV para pessoas com sorologia negativa. Ainda segundo esses modelos matemáticos, é possível projetar para 2030 – a partir da ampla utilização da estratégia de testar e tratar – o fim dos níveis epidêmicos de HIV/aids no mundo (UNAIDS, 2014).



# 2

## AS POPULAÇÕES-CHAVE E PRIORITÁRIAS

O Ministério da Saúde recomenda que, em consonância com o modelo de Prevenção Combinada do HIV, e partindo do reconhecimento de que populações específicas apresentam diferenças nos modos como são afetadas pelo HIV, haja uma priorização dos esforços de prevenção em alguns segmentos populacionais específicos. Essa estratégia obedece ao princípio da equidade: o atendimento de acordo com as necessidades de cada pessoa, oferecendo mais a quem mais precisa.

Alinhando-se a esse princípio, são estabelecidas, como foco da resposta ao HIV, as populações-chave e prioritárias, descritas a seguir.

### 2.1 Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH)

Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH) são pessoas de identidade de gênero masculina que vivenciam suas sexualidades e afetos com outros homens. A distinção entre gays e HSH é que a primeira categoria, além do componente sexual, traz em seu bojo a noção de pertencimento e identificação, enquanto a segunda se encerra nas práticas sexuais e afetividades.

Gays estabelecem e comungam de processos identitários e de identificação construídos com base nas suas relações e envolvimento sexual, emocional ou afetivo com outros homens, cujas manifestações de comportamentos compartilhados nas relações sexuais e afetivas possuem a mesma forma de se integrar e se definir em seus respectivos grupos sociais. Reconhecer-se gay



relaciona-se, eminentemente, às suas relações sociais e identidades, como se enxergam e como querem ser respeitados pela sociedade.

HSH são homens que se engajam, rotineira ou eventualmente, em atividades sexuais com outros homens, independentemente de como se veem ou de como encaram suas práticas sexuais, sendo que alguns não se declaram, identificam ou reconhecem como gays. Reconhecer-se HSH relaciona-se, eminentemente, às suas práticas sexuais e ao fato de não pertencerem aos processos identitários dos gays.

Estima-se que, em média, o risco de transmissão do HIV no sexo anal seja até 18 vezes maior que o risco de transmissão no sexo vaginal. O risco de adquirir o HIV durante um ato de sexo anal sem proteção situa-se por volta de 1,4% e a variação de papéis nas relações sexuais da população de gays e HSH aumenta o risco de transmissão. Homens que praticam sexo anal receptivo sem proteção têm um risco maior de adquirir o HIV, enquanto homens que praticam sexo anal insertivo sem proteção têm maior probabilidade de transmitir o HIV. Esses dois fatores em conjunto fazem com que a transmissão do HIV aumente entre gays e outros HSH de uma maneira que não se observa entre parceiros heterossexuais.

O relatório "Get on the Fast-Track: the life-cycle approach to HIV" (traduzido livremente para "Entre na via rápida: acelerando a resposta ao HIV com enfoque na abordagem do ciclo de vida"), do Unaid, mostra que gays e outros HSH estão entre as populações que representaram 45% de todas as novas infecções por HIV em 2015. Esse relatório alerta para o fato de que novas infecções por HIV continuam a aumentar entre gays e outros HSH (cerca de 12% de 2010 a 2015) (UNAIDS, 2016).

Herdados de épocas anteriores, nas primeiras ondas da epidemia de aids, o estigma e a discriminação que cercam a população de gays e HSH tem contribuído para as barreiras de acesso que essa população enfrenta aos serviços de saúde. Em todo o país, a proporção de casos de infecção pelo HIV em gays e outros HSH passou de 30,8% em 2007 para 50,2% em 2016 (BRASIL, 2016a).

Segundo os dados epidemiológicos mais recentes, esses dois grupos apresentam um coeficiente de prevalência de 10,5% (KERR, 2009).

## **2.2 Pessoas que usam álcool e outras drogas**

São pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas por qualquer via de administração, independentemente do tipo de relação que se estabelece, podendo ser de uso, abuso ou dependência. Geralmente, as pessoas que

desenvolvem padrão de dependência com o uso de álcool e outras drogas apresentam perdas pessoais, afetivas e/ou laborais na vida associadas ao seu padrão de consumo e condições de vulnerabilidades sociais, com risco elevado de adquirir ou transmitir agentes infecciosos por via sanguínea ou sexual. Porém, independentemente da relação de dependência, o uso abusivo de álcool e outras drogas, mesmo quando ocorre de forma esporádica, pode representar um fator de risco para agravos à saúde, principalmente pela via sexual, pois muitas vezes leva ao relaxamento em relação aos métodos de prevenção. Além disso, o uso de drogas (sobretudo o álcool) é componente importante da produção de masculinidades hegemônicas, e compõe com um conjunto de práticas que concorre para situações de exposição ao HIV (MORAES; MONTENEGRO, 2014, GRANJA et al., 2015).

O Boletim Epidemiológico HIV/Aids (2016) mostrou que, entre os anos de 1980 e 2001, a categoria de exposição de uso de drogas injetáveis foi responsável por 28% dos casos de aids notificados. Já no ano de 2016, essa categoria de exposição contemplou 2,63% dos casos notificados, sendo que, do total, 17,8% têm categoria de exposição ignorada. As últimas pesquisas realizadas no país apontam a mesma tendência, revelando que a categoria "usuário de droga injetável" (UDI), atualmente, não se apresenta como estatisticamente relevante (BRASIL, 2016a, BASTOS, 2009, BASTOS; BERTONI, 2014).

Além disso, as prevalências de HIV entre pessoas que usam drogas continuam altas e diferenciadas quando comparadas às prevalências encontradas na população geral. Em estudo de Bastos (2009), foi encontrada uma prevalência de 5,9% de HIV entre pessoas que usam drogas; o mesmo autor encontrou, em outro estudo de 2014, prevalência de 5,0% de HIV entre as pessoas que usam crack (BASTOS; BERTONI, 2014).

As evidências, portanto, mostram que as pessoas que usam álcool e outras drogas continuam a ser uma população prioritária importante, para a qual devem ser direcionadas ações de prevenção, diagnóstico e tratamento das IST, HIV/aids e hepatites virais, ainda que as vias de transmissão não estejam mais vinculadas, significativamente, ao compartilhamento de agulhas e seringas.

A definição do segmento populacional "pessoas que usam álcool e outras drogas" pode ser vista a partir de duas dimensões: uma delas traz o caráter identitário, relacionado às pessoas que se identificam como usuárias e podem expressar essa condição por meio de organização social e defesa de políticas públicas sobre drogas que respeitem direitos humanos, o livre arbítrio em relação ao uso e a descriminalização do uso de drogas. A outra dimensão independe da identificação, mas está relacionada à prática do uso que está presente em toda

a sociedade e que, quando observada nos demais segmentos populacionais em relação às populações-chave e prioritárias para o HIV, apresenta um fator de acréscimo do risco em relação às vulnerabilidades.

Para além das situações que acarretam riscos em relação ao HIV/aids, é preciso que se tenha clara a carga de estigma e preconceito que marca essa população, vulnerabilizando-as ainda mais em relação à epidemia. Tais processos de estigmatização estão profundamente associados à criminalização de práticas associadas a drogas tornadas ilícitas, sendo possível afirmar que diversos agravos à saúde (incluindo a própria aids) decorrem não apenas do uso de drogas, mas das políticas de drogas (DEBECK et al., 2017, MAHER; DIXON, 2017).

## 2.3 Trabalhadoras do sexo

São pessoas adultas que exercem a troca consensual de serviços, atividades ou favores sexuais por dinheiro, bens, objetos ou serviços que tenham valor (seja de cunho monetário ou não), a qual pode assumir as mais variadas formas e modalidades. A prostituição pode ser realizada pela(o) profissional de forma ocasional ou regular (independentemente da frequência ou esporadicidade), e nos mais diversos espaços e situações. Pode envolver a intermediação de uma terceira pessoa ou a negociação direta entre profissional e cliente.

O que define a prostituição é, sobretudo, o consentimento das partes engajadas na transação entre os serviços sexuais e as variadas formas de pagamento. Nesse sentido, qualquer forma de constrangimento ou pressão descaracteriza essa forma de trabalho e se está diante de um caso de coação ou violência. Destaca-se que o machismo, o sexismo, as práticas repressivas e a perseguição embasada em conceitos morais e de normas sexuais impedem que essas relações comerciais sejam respeitadas e vivenciadas em um ambiente digno e seguro. É importante ressaltar, ainda, que não é o corpo da pessoa que realiza a atividade da prostituição que está à venda, mas, sim, o serviço sexual.

No Brasil, a legislação corrente não caracteriza a atividade da prostituição como um crime, embora penalize a terceira pessoa que a intermedie, de forma direta ou indireta. O art. 2.299 do Código Penal Brasileiro tipifica como crime manter, por conta própria ou de terceiros, estabelecimento em que ocorra exploração sexual, haja ou não intuito de lucro ou mediação direta do proprietário ou gerente. Tal distinção é fundamental, visto o enorme estigma, discriminação e segregação que essa profissão carrega na sociedade brasileira. Assim, é importante destacar que a atividade de se prostituir não constitui de nenhuma maneira crime. Cabe ressaltar, ainda, que essa profissão é reconhecida pelo Ministério do Trabalho e Emprego. Desde 2002, a prostituição consta na

Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) como um ofício legal, sob o código CBO 5198-05.

O conceito de trabalho sexual perde sua aplicabilidade quando uma das partes envolvidas não é um adulto. Nesse caso, configura-se o crime de exploração sexual de crianças e adolescentes. Cabe lembrar que a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, considera crianças todas as pessoas com até doze anos de idade incompletos, e adolescentes todas as pessoas com idade entre doze e dezoito anos.

No Brasil, considera-se população-chave para o HIV as mulheres cisgênero trabalhadoras do sexo. A atividade da prostituição é realizada também pelas mulheres transexuais, travestis e homens trans, bem como pelos homens cisgênero heterossexuais, gays e HSH. A coibição e o estigma da prostituição têm deixado as pessoas que a exercem à margem da sociedade, impossibilitando-as de acessar informações e mecanismos de saúde e de fazer uso dos seus direitos. Portanto, em relação a algumas de suas vulnerabilidades, ainda se podem acrescentar a imensa dificuldade na negociação no uso de preservativos nas relações com sua clientela, os horários inadequados dos serviços de saúde para seus cotidianos e, fundamentalmente, a vergonha e/ou medo de assumir sua profissão para as pessoas trabalhadoras da saúde. Por exemplo, um estudo realizado pela RedTraSex (Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe) em 14 países da América Latina afirmou que quase dois terços das trabalhadoras do sexo entrevistadas(os) não haviam mencionado seu trabalho na última visita ao serviço de saúde (REDTRASEX, 2013).

A revista *The Lancet* organizou um número especial sobre as interfaces entre o trabalho sexual e o HIV; uma das questões apresentadas na série é a de que a descriminalização do trabalho sexual trará um grande impacto na redução do risco para o HIV (THE LANCET, 2014). Ao mesmo tempo, tratou-se da importância do processo de empoderamento das pessoas que realizam a atividade da prostituição e das intervenções comunitárias como avanços no quadro das respostas ao HIV. Portanto, é preciso atentar para o fato de que, para reduzir o HIV entre pessoas trabalhadoras do sexo, será necessário incluir a prática dos direitos humanos e o respeito às diferentes escolhas, além da descriminalização da atividade da prostituição.

No Brasil, segundo os dados epidemiológicos mais recentes, as mulheres cisgênero trabalhadoras do sexo apresentam um coeficiente de prevalência do vírus de 4,9% (SZWARCOWALD, 2009).

## 2.4 Pessoas trans

Pessoas trans são aquelas cuja identidade e expressão de gênero não está em conformidade com as normas e expectativas impostas pela sociedade em relação ao gênero que lhes foi designado ao nascer, com base em sua genitália.

Durante muito tempo, essas diferentes formas de identidade foram erroneamente confundidas com questões relacionadas somente à orientação sexual – interpretação que limitava seu caráter identitário. As pessoas trans reivindicam, acima de tudo, o reconhecimento social de sua identidade.

A categoria de pessoas trans é bastante ampla e, neste documento, serão enfocados três grupos: mulheres transexuais, travestis e homens transexuais.

### 2.4.1 Mulheres transexuais

São pessoas que nasceram com pênis e possuem identidade de gênero feminina, desempenhando papel social de gênero feminino. Têm o desejo de serem reconhecidas como mulheres e serem tratadas no feminino e pelo nome com o qual se identificam. Também como forma de reafirmar sua identidade feminina, geralmente buscam a adequação de sua imagem física e de seus corpos, podendo recorrer ao uso de hormonioterapia e procedimentos cirúrgicos, bem como à cirurgia de redesignação sexual (mudança de sexo – neovaginoplastia – construção de uma vagina).

### 2.4.2 Travestis

São pessoas que nasceram com pênis e possuem identidade de gênero feminina. Identificam-se como travestis e reivindicam a legitimidade de sua identidade para além dos parâmetros binários do masculino e do feminino, desejando, todavia, serem tratadas no feminino e pelo nome com o qual se identificam. Também como forma de reafirmar sua identidade feminina, geralmente buscam a adequação de sua imagem física e de seus corpos, podendo recorrer, para tal, ao uso de hormonioterapia e procedimentos cirúrgicos, não desejando, geralmente, a cirurgia de redesignação sexual.

É de grande importância refletir sobre as identidades de mulheres transexuais e travestis, pois estas possuem alguns pontos em comum, como sua expressão de gênero feminina. A diferença que pode marcar as duas identidades seria a identificação política e/ou subjetiva, em que uma se afirma como travesti e outra como mulher transexual.

### 2.4.3 Homens transexuais

São pessoas que nasceram com vagina e possuem identidade de gênero masculina, desempenhando papel social de gênero masculino. Reivindicam serem reconhecidos e tratados de acordo com sua identidade de gênero, ou seja, no masculino, e pelo nome com o qual se identificam. Buscam também adequar suas imagens e corpos à sua identidade de gênero, mediante o uso, entre outros recursos, de hormonioterapia, procedimentos cirúrgicos, histerectomia (retirada de útero e ovários) e redesignação sexual (mudança de sexo – neofaloplastia ou metoidoplastia – construção de um pênis).

No Brasil, o Projeto Transcender aponta prevalência do HIV de 31,2% entre travestis e mulheres transexuais do Rio de Janeiro e baixada fluminense (GRINSZTEJN et al., 2017). Já o Projeto Muriel relata uma prevalência de 26% de HIV entre pessoas trans da cidade de São Paulo (VERAS et al., 2015). Dados mundiais específicos de pessoas trans demonstram maior prevalência de HIV entre as mulheres transexuais, especificamente as mulheres transexuais que praticam sexo anal. Mulheres transexuais apresentaram probabilidade de infecção pelo HIV 49 vezes maior que a população geral (REDTRASEX, 2013).

Uma meta-análise separada do HIV entre mulheres transexuais trabalhadoras do sexo constatou que estas tinham uma prevalência combinada de HIV de 27%, em comparação com 15% das demais mulheres transexuais (BARAL; POTEAT; STRÖMDAHL et al., 2013). Em relação a homens trans que fazem sexo anal receptivo, alguns estudos mostraram que estes também podem estar em risco para o HIV: uma clínica em São Francisco, Estados Unidos (EUA), descobriu que a prevalência de HIV foi semelhante para homens transexuais (10%) e mulheres transexuais (11%); outro estudo realizado em Nova Iorque, EUA, constatou que 2% dos homens transexuais viviam com HIV (NEMOTO; OPERARIO; KEATLEY et al., 2004).

Ressalta-se que esses dados são internacionais e, portanto, não aparecem dados específicos para as travestis. Além disso, o termo travesti é utilizado somente em alguns países, como o Brasil e alguns países de língua hispânica.

## 2.5 Pessoas privadas de liberdade

Segundo estabelecido no Código Penal brasileiro (Decreto-Lei nº 3.689/1941) e na Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210/1984), “[...] Entende-se por pessoas privadas de liberdade no sistema prisional aquelas com idade superior a 18 (dezoito) anos e que estejam sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciadas para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida



de segurança [...]” (BRASIL, 2014). Cabe ressaltar que não se incluem nessa categoria os adolescentes e jovens em conflito com a lei, que estejam ou não em situação de acolhimento institucional, em regime de internação ou internação provisória, tampouco as pessoas internadas em instituições como hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas.

Embora o Brasil reconhecesse as pessoas privadas de liberdade (PPL) como um segmento populacional importante dentro do contexto da epidemia, foi somente a partir das Resoluções do High-Level Meeting on Ending Aids 2016 (Encontro de Alto Nível para o Fim da Aids 2016), do Unaid, que o país passou a adotar as pessoas privadas de liberdade enquanto uma população-chave – até então, esse segmento era considerado prioritário para o desenvolvimento de ações locais, mas não estava contemplado entre os grupos-chave para a política nacional em HIV.

No Brasil, não há dados epidemiológicos nacionais relacionados aos indivíduos privados de liberdade; entretanto, segundo o estudo do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC) intitulado “HIV/Aids em Ambientes Prisionais: Prevenção, Atenção, Tratamento e Apoio. Marco Referencial para uma Resposta Nacional Eficaz, 2007”, no mundo, é fato que a prevalência da aids entre pessoas privadas de liberdade é mais alta do que entre a população geral. As condições de confinamento, superpopulação, violência, assistência inadequada e a falta de perspectivas são fatores que aumentam a vulnerabilidade dessas pessoas ao HIV/aids e outras IST. A tal situação, aliam-se fatores adicionais de risco, tais como o uso e compartilhamento de lâminas de barbear e material para tatuagens e colocação de piercings.

De acordo com os dados fornecidos pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), atualmente no Brasil existem 660.117 pessoas presas (BRASIL, on-line).

## 2.6 População em situação de rua

A despeito de as pessoas em situação de rua se constituírem em um dos exemplos mais agudos das assimetrias e desigualdades que marcam a sociedade brasileira, existem ainda poucos estudos a respeito dessa população, o que acarreta dificuldades tanto no sentido de conceituá-la quanto de mensurar seu tamanho e proporção em relação à população do país.

Essa lacuna acaba por reproduzir a invisibilidade social que marca a população de rua face à atuação do Estado, seja no não direcionamento de políticas públicas específicas para esse contingente, seja na falha em garantir o exercício pleno de seus direitos e cidadania. Além dessas dificuldades, algumas pessoas em situação de rua não possuem documentos de identificação, como Cédula

de Identidade (RG), ou Cadastro de Pessoa Física (CPF), fatos que agravam sua invisibilidade social.

Do ponto de vista institucional, a definição corrente para esse estrato populacional pode ser encontrada no Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua. Segundo o Decreto, considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum:

- » Pobreza extrema;
- » Vínculos familiares interrompidos ou fragilizados; e
- » Inexistência de moradia convencional regular.

Ainda segundo o Decreto citado, geralmente essa população se utiliza de logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como de unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

Em 2008, o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) realizou a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Foram identificadas e entrevistadas, nessa pesquisa, 31.922 pessoas em situação de rua nas 71 cidades pesquisadas (BRASIL, 2008a). Em relação a suas características sociodemográficas, constatou-se pela pesquisa que:

- » A população em situação de rua é predominantemente masculina (82%);
- » Mais da metade (53%) das pessoas adultas em situação de rua possui entre 25 e 44 anos;
- » A população em situação de rua é predominantemente negra (39,1% das pessoas em situação de rua se declararam pardas e 27,9%, pretas); e
- » 74% dos entrevistados sabem ler e escrever, 17,1% não sabem escrever e 8,3% apenas assinam o próprio nome.

Para contribuir com o acesso das pessoas em situação de rua (PSR) aos serviços de saúde, o MS formulou a Nota Informativa Conjunta nº 10 de 2017 (<http://www.aids.gov.br/legislacao/2017/59458>), que tem como ponto central garantir à PSR o acesso ao conjunto de procedimentos relacionados a prevenção, diagnóstico, assistência, tratamento e dispensação de medicamentos para IST,

HIV/aids e hepatites virais, por meio do Cartão Nacional de Saúde (CNS) para aqueles que não possuem documento de identificação.

Não existem dados de prevalência nacional para o HIV nessa população até o momento da presente publicação.

## 2.7 População negra

O Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288/2010), que tem como um de seus objetivos o enfrentamento à discriminação racial para reduzir a desigualdade social entre os diferentes grupos raciais, define a população negra como "o conjunto de pessoas que se autodeclaram pretas e pardas".

A identidade negra é, sobretudo, uma questão de autorreconhecimento, sendo a identificação com esse grupo populacional a motivação pela qual uma pessoa se autodeclara ou se reconhece como negra. Apesar de constituir a maioria dos brasileiros (cerca de 54%), a população negra é, ainda hoje, vítima de preconceito e discriminação (BRASIL, 2016e).

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), o preconceito racial é, no Brasil, notadamente de marca, o que significa que existiria no imaginário social uma escala de gradação do estritamente branco, considerado o ideal, ao completamente preto. Conforme a percepção que os sujeitos sociais têm da alteridade e do pertencimento do outro nessa escala, há maior ou menor probabilidade de ocorrência de manifestações, explícitas ou veladas, de preconceito racial (BRASIL, 2008b).

Do ponto de vista das instituições de Estado, esse preconceito muitas vezes reforça os mecanismos de reprodução de desigualdade racial, a partir do fenômeno conhecido como "racismo institucional". Esse fenômeno acaba por influenciar, via discriminação racial, a distribuição de lugares sociais e de oportunidades, levando a naturalizar a composição racial da pobreza por meio de um discurso da negação das diferenças raciais existentes no país.

O HIV/aids tem um impacto diferenciado na população negra. Nos anos de 2013 a 2015, foram notificados 74.905 casos de infecção pelo HIV; desse total, 51.562 estão entre os homens e 23.343 entre mulheres. Quando da análise do quesito raça/cor, nesse mesmo período, o registro foi de 31.894 casos para homens e mulheres autodeclarados como brancos, enquanto que, para o total de homens e mulheres declarados como pretos e pardos, foi de 45.951 casos, evidenciando assim um registro maior de casos na população negra.

Em relação à mortalidade por aids, observa-se que, do total de óbitos registrados em 2015, 58,2% ocorreram entre a população negra. Houve um importante crescimento desse percentual na última década – em 2004, a população negra representava 43,1% do total de óbitos de aids.

Ao comparar a distribuição de óbitos por ano e sexo, nota-se que não existe uma diferença significativa segundo sexo entre as variáveis branca, amarela, indígena e parda. Contudo, na variável "preto", essa distribuição é mais acentuada: enquanto os homens representaram 13,3% do total de óbitos por aids, as mulheres representaram 15,3% do total.

Quando analisados os dados sobre HIV entre gestantes, observa-se também que as mulheres negras são mais impactadas pela epidemia. No ano de 2016, a taxa de detecção em gestantes com HIV apontou predomínio nas mulheres negras (60,9%) dos casos, seguidas pelas brancas, com 38,1% dos casos (BRASIL, 2016a).

Assim, o racismo institucional na saúde se materializa em importantes indicadores epidemiológicos, como a expectativa e a qualidade de vida que evidenciam a assimetria de corte racial no acesso à saúde. Conforme reconhecido pelo próprio Ipea, o entendimento das desigualdades raciais e da relação entre o racismo e as políticas públicas são fundamentais para qualificar e entender a situação atual dos negros no país NEMOTO; OPERARIO; KEATLEY et al., 2004).

## 2.8 População jovem

De acordo com a Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013 (Estatuto da Juventude), são consideradas jovens as pessoas com idade entre 15 (quinze) e 29 (vinte e nove) anos de idade, sendo que aos jovens com idade entre 15 (quinze) e 18 (dezoito) se aplicam também as determinações contidas no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990).

Segundo o último levantamento realizado pelo IBGE, estima-se que a população jovem representa cerca de um quarto de todos os brasileiros, contabilizando-se, atualmente, 51,3 milhões de jovens de 15 a 29 anos no Brasil, dos quais 84,8% vivem nas cidades e 15,2 % no campo (BRASIL, 2016e).

É importante considerar que o termo "juventudes" representa as especificidades e diversidades a ele atribuídos, as quais influenciam comportamentos, atitudes e práticas em relação ao riscos e vulnerabilidades para o HIV. Ainda no que se refere às juventudes, a população de jovens gays e HSH, por vezes, é alvo do olhar da violência, da discriminação e do preconceito, sem

condições adequadas de manejarem melhor seus contextos de vulnerabilidades e riscos vivenciados.

Cabe destacar que outros segmentos populacionais também vivenciam esses contextos durante a etapa geracional da juventude, ampliando as barreiras de acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, o acesso a estratégias e tecnologias de prevenção.

Ainda segundo o Boletim Epidemiológico HIV / Aids, publicado pelo Ministério da Saúde em 2016, observou-se na última década um aumento de casos em jovens de 15 a 24 anos, sendo que de 2006 para 2015 a taxa entre aqueles com 15 a 19 anos mais que triplicou (de 2,4 para 6,9 casos/100 mil hab.) e, entre os de 20 a 24, dobrou (de 15,9 para 33,1 casos/100 mil hab.) (BRASIL, 2016a).

Apesar dos inegáveis esforços de prevenção, os dados epidemiológicos demonstram um recrudescimento dos índices epidemiológicos relacionados ao HIV / aids nesse grupo, o que recomenda extrema atenção a essa população.

## 2.9 População indígena

A população indígena no Brasil é marcada por uma grande diversidade, atualmente constituída por cerca de 220 diferentes povos. Dados informam que em torno da metade dessa população está concentrada em dez grandes povos: Guarani/Ticuna, Caingangue, Macuxi, Terena, Guajajara, Ianomâmi, Xavante, Pataxó e Poriguará. Quantitativamente, o total dessa população está estimado em cerca de 817.963 mil indivíduos (315.180 em áreas urbanas e 502.783 em áreas rurais) (MELATTI, 2007).

A despeito dessa diversidade étnico-cultural, é possível estabelecer as principais causas que tornam a população indígena vulnerável ao HIV / aids. Segundo sistematização realizada por Santos et al. (2010), serão pontuados alguns aspectos que contribuem para a fragilidade desse segmento populacional diante da epidemia:

- » A proximidade de determinadas áreas indígenas em relação aos centros urbanos;
- » A entrada de não indígenas nas aldeias;
- » A incursão de jovens indígenas nas cidades;
- » O consumo abusivo de bebidas alcoólicas;
- » A resistência ao uso de preservativos, por questões culturais; e

- » A reduzida informação e acesso das gestantes aos cuidados de pré-natal e demais serviços de saúde.

Visando aprofundar a compreensão desse contexto, foram destacados pelos autores fatores socioeconômicos, tais como a pauperização da população e a problemática da demarcação das terras indígenas, como eixos de vulnerabilidade às IST e aids para os povos indígenas, os quais devem ser observados na formulação e desenvolvimento das ações de prevenção destinadas a essa população.

As Figuras 5 e 6, a seguir, representam as populações-chave e prioritárias para o HIV, conforme descrito acima:

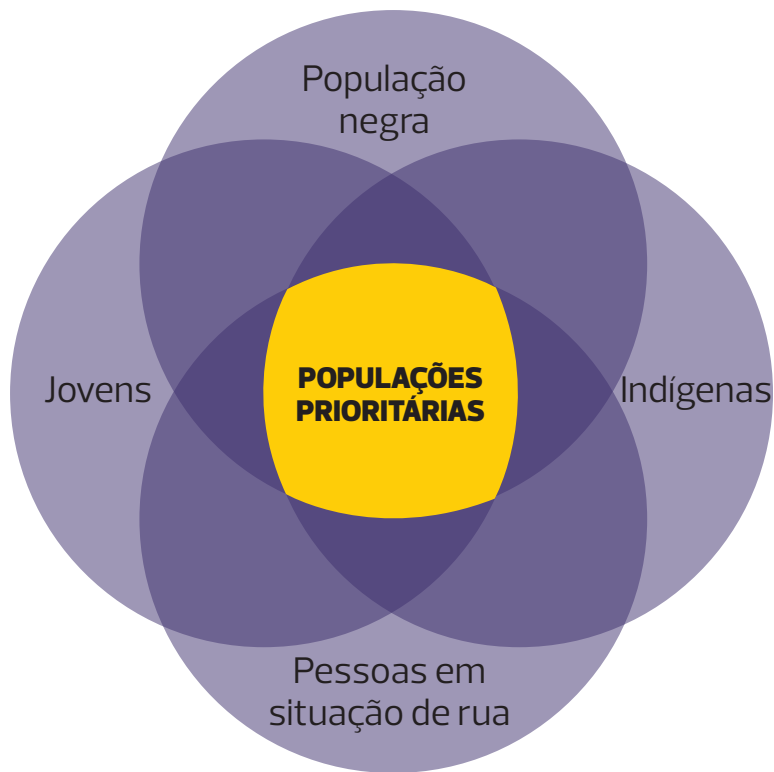
**Figura 5 – As populações-chave para o HIV**



Fonte: DIAHV/SVS/MS.



**Figura 6 – As populações prioritárias para o HIV**



Fonte: DIAHV/SVS/MS.





# 3

## OS COMPONENTES DA PREVENÇÃO COMBINADA

Como cada pessoa e cada segmento social possuem riscos e percepções diferentes em relação ao HIV, a oferta de métodos de prevenção com características diversas e a possibilidade de que estes sejam utilizados em diferentes momentos tendem a abranger um maior número de pessoas e situações (GRANGEIRO et al., 2015). Grangeiro et al. (2015) realizaram uma revisão da literatura para investigar os métodos de prevenção e as intervenções estruturais que podem ter maior impacto nas taxas de incidência em contextos de epidemias concentradas. Nas diversas pesquisas e estudos levantados, dentre os principais achados, destacam-se:

- » Homens heterossexuais optam com maior frequência pelo uso do preservativo masculino em relações sexuais com parcerias ocasionais;
- » Homens homossexuais adotam amplamente relações sexuais não penetrativas e conhecimento sorológico como instrumento de prevenção;
- » Outros estudos citados nesse levantamento, realizados na Austrália e nos Estados Unidos, mostraram que o uso da PEP por homossexuais ocorre, majoritariamente, para suprir falhas no uso de outros métodos. Ao mesmo tempo, a combinação do uso do preservativo e da TARV reduz o risco de infecção nas relações sorodiferentes em 99,2%;
- » Já o preservativo feminino, para as mulheres cisgênero trabalhadoras do sexo, tem contribuído para o aumento da autonomia e práticas sexuais seguras, ajudando na redução de riscos relacionados às relações sem prevenção.

De acordo com Ferraz e Paiva (2015), "cada pessoa ressignifica a cada encontro os discursos sobre prevenção a que tem acesso, de acordo com sua experiência, seu contexto particular de vida e seus projetos de felicidade" (FERRAZ; PAIVA, 2015). Sendo assim, os exemplos acima apresentam contextos singulares e algumas medidas preventivas para cada população-chave, as quais, contudo, não se esgotam nessas possibilidades.

Além disso, as ofertas de intervenções biomédicas por meio de medicamentos não alcançam resolver uma série de questões daí derivadas. Há que se exercitar outros modos de responder à doença, como a conjugação das intervenções biomédicas com as comportamentais e estruturais, de modo a não abrir mão dos avanços farmacêuticos, tratamentos e exames, mas passando pelo que vai além do que é prescrito pela saúde (SEFFNER; PARKER, 2016).

A história da resposta à epidemia ensinou sobre a importância de alinhar a distribuição de insumos com o investimento no diálogo sobre as sexualidades, de forma implicada com o enfrentamento à discriminação e defesa dos direitos das pessoas mais afetadas pela epidemia (FERRAZ; PAIVA, 2015). É preciso que temas como sexualidades, enfrentamento à discriminação, autonomia dos corpos, respeito pelas diversas escolhas, uso de drogas e defesa dos direitos humanos sigam transversalizando todas as ofertas de Prevenção Combinada do HIV, quais sejam, intervenções comportamentais, biomédicas e estruturais.

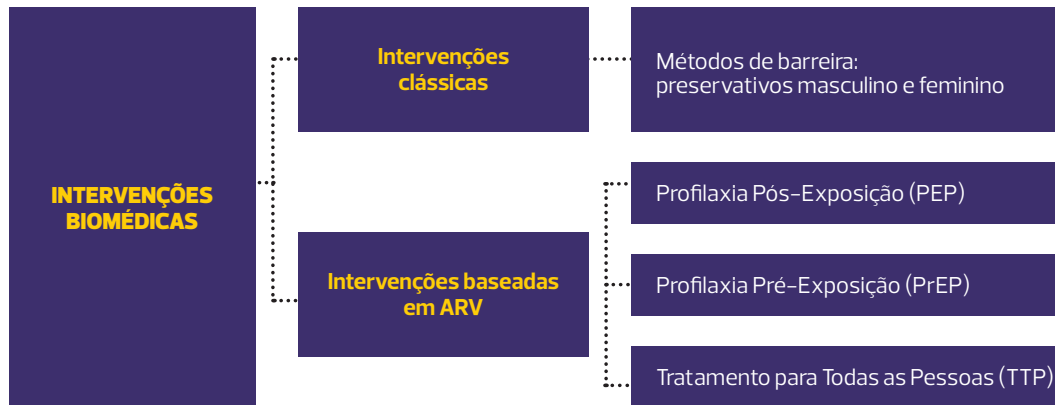
Levando em conta tais considerações, seguem os componentes das intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais da Prevenção Combinada do HIV.

### **3.1 Intervenções biomédicas**

Intervenções biomédicas são aquelas que agem diretamente nos sistemas biológicos pelos quais o vírus infecta uma pessoa. São todas as estratégias voltadas à redução do risco de exposição, mediante intervenção na interação entre o HIV e a pessoa passível de ser infectada. Essas estratégias podem ser divididas em dois grupos: intervenções biomédicas clássicas, que empregam métodos de barreira física ao vírus; e intervenções biomédicas, baseadas no uso de ARV como medida de prevenção ao HIV.

A Figura 7 representa, dentre as opções disponíveis a partir de evidências científicas, algumas das estratégias adotadas no Brasil e recomendadas pelo Ministério da Saúde no âmbito do componente biomédico da Prevenção Combinada do HIV.

Figura 7 – As intervenções biomédicas na Prevenção Combinada do HIV



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

### 3.1.1 Métodos de barreira

Os métodos de barreira configuram-se em estratégias de contraceção e de prevenção às IST mediante as quais são utilizados anteparos que impedem a liberação de esperma no interior da vagina, boca ou ânus, bem como impossibilitam o contato entre suas respectivas membranas. Entre os métodos de barreira, destacam-se o preservativo feminino e o preservativo masculino, que podem ser usados conjuntamente com gel lubrificante.

Os preservativos, quando fabricados de acordo com os parâmetros de qualidade, e desde que livres de perfurações, são os métodos mais eficazes contra a infecção pelo HIV. O SUS oferece de forma gratuita preservativos masculinos e femininos, além de géis lubrificantes, que devem ser ofertados aos(as) usuários(as) de forma ampla e sem restrições de acesso.

Além de o preservativo ser o método de prevenção do HIV mais efetivo na diminuição dos riscos de infecção, destacam-se, ainda, as seguintes vantagens do uso de preservativos masculinos e femininos:

- » Contribuem para a Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva;
- » Previnem outras IST;
- » São utilizados como método contraceptivo;
- » São economicamente efetivos; e
- » São de fácil uso e manuseio.



Os preservativos são métodos seguros, de baixo custo e sem efeitos colaterais. O Ministério da Saúde recomenda que seu uso deve ser estimulado mesmo nos casos em que outros métodos de prevenção estejam em curso, como TTP, PEP ou PrEP. A oferta de preservativos deve ser realizada sem restrições, sem limitações de quantidades de retiradas e sem exigência de documentos de identificação, de forma a não dificultar o acesso das pessoas a esses insumos.

É importante considerar que a forma de ofertar o preservativo masculino pode incorporar abordagens mais inovadoras e que dialoguem com a autonomia do(a) usuário(a), principalmente adolescentes e jovens que estão iniciando suas atividades sexuais e nem sempre reconhecem no serviço de saúde um local para acessar esse insumo de prevenção. Nesse sentido, recomenda-se que a disponibilização do preservativo masculino se dê não apenas em serviços de saúde, mas também em ações extramuros e nos locais de sociabilidade.

Mesmo diante das novas tecnologias de prevenção do HIV e suas combinações, é necessário reconhecer que esse insumo continua importante e, apesar de amplamente divulgado e conhecido, precisa ser ainda valorizado e potencializado juntamente com as outras formas de prevenção existentes. Desse modo, segue sendo fundamental que profissionais de saúde estejam aptos e dispostos a conversar sobre seu uso e dialogar sobre todas as possibilidades existentes no contexto da Prevenção Combinada. Tal medida auxilia o(a) usuário(a) a reconhecer não apenas a importância do preservativo masculino, mas também informar-se sobre a existência de outros métodos que podem ser conjugados com o preservativo masculino, possibilitando que seja capaz de gerenciar seus próprios riscos.

As orientações sobre o uso correto do preservativo feminino precisam ser fornecidas em uma linguagem simples e objetiva, enfatizando as medidas que preservem a sua integridade e promovam o seu uso. É importante ressaltar que, em setembro de 2016, o Ministério da Saúde lançou a "Nota Informativa Conjunta SVS/SAS nº 67/2016" (BRASIL, 2016d), que orienta sobre a oferta e o acesso aos preservativos femininos na rede de serviços de saúde. Entre outros aspectos, a Nota específica que a dispensação desse insumo deve contemplar todas as mulheres, considerando as necessidades declaradas pela usuária e a disponibilidade do insumo nos serviços de saúde do SUS. Ao mesmo tempo, a Nota ainda reforça a priorização da oferta do preservativo feminino aos seguintes públicos:

- » Mulheres trabalhadoras do sexo;
- » Mulheres que usam drogas e parceiras de usuários de drogas;
- » Mulheres em situação de violência doméstica;

- » Mulheres vivendo e convivendo com HIV;
- » Mulheres privadas de liberdade; e
- » Mulheres adolescentes e jovens.

Algumas características desse insumo merecem ser destacadas. O preservativo feminino é confortável para as mulheres quando utilizado de forma correta, além de não apertar o pênis, independentemente da dimensão deste. É também resistente e antialérgico (sendo uma alternativa às pessoas com resistência ao látex), pode ser colocado algumas horas antes da relação sexual, não necessita aguardar a ereção do pênis e, por ser bem lubrificado, proporciona às mulheres com insuficiência de lubrificação maior conforto durante a relação sexual. Algumas mulheres afirmam que sua utilização é mais prazerosa quando comparado com o preservativo masculino, pois seu anel flexível massageia levemente o clitóris. O sexo oral pode ser feito sobre o preservativo feminino. Além disso, o insumo também oferece proteção adicional ao recobrir a região dos lábios vaginais.

A importância de seu advento se deve ao fato de ser um insumo de prevenção sob o controle da mulher e, para além disso, um método iniciado e usado pela mulher no próprio corpo (BARBOSA; PERPÉTUO, 2010), permitindo maior autonomia às mulheres em relação ao seu corpo e à sua vida sexual, em especial quando têm dificuldade de negociar o uso do preservativo masculino com suas parcerias.

### 3.1.2 Circuncisão masculina

Segundo a OMS (2014) (WHO/UNAIDS, 2007), a circuncisão masculina voluntária é uma medida efetiva para a prevenção da infecção pelo HIV e deve ser utilizada como estratégia complementar a um conjunto de outras intervenções. Sabe-se que o efeito da circuncisão masculina sobre a saúde pública é maior em contextos de epidemia generalizada. Considerando que no Brasil a epidemia é concentrada em determinadas populações (chave e prioritárias), a circuncisão masculina não é recomendada como intervenção para prevenir a infecção pelo HIV.

### 3.1.3 Profilaxia Pós-Exposição ao HIV

A Profilaxia Pós-Exposição, ou simplesmente PEP, é uma medida de prevenção com a utilização de antirretrovirais como profilaxia, o que evita a multiplicação do vírus HIV no organismo de uma pessoa. A PEP é indicada a

usuários(as) que possam ter tido contato com o vírus em alguma situação de risco, tais como:

- » Violência sexual;
- » Relação sexual desprotegida; e
- » Acidente ocupacional.

O uso do antirretroviral deve se dar de maneira ininterrupta por 28 dias seguidos, sob pena de insucesso dessa medida profilática. Além disso, para ser efetiva, a PEP deve ser iniciada em até duas horas após a exposição, podendo ser iniciada em até 72 horas da exposição ao risco. Assim, o primeiro atendimento após a exposição ao HIV é considerado pelo Ministério da Saúde um atendimento de urgência.

É importante ressaltar que, nos casos que envolvem violência sexual, devem ser observadas, além das diretrizes apresentadas neste capítulo, as que constam na Norma Técnica "Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes", do Ministério da Saúde.

### 3.1.4 Profilaxia Pré-Exposição

A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) consiste no uso de antirretrovirais (ARV) por pessoas não infectadas pelo HIV, com o intuito de reduzir o risco de infecção pelo vírus nas relações sexuais. As evidências científicas produzidas por recentes pesquisas demonstram que o uso de PrEP reduz em mais de 90% o risco de infecção pelo HIV.

A eficácia e a segurança da PrEP já se verificaram em diversos estudos clínicos e segmentos populacionais e sua efetividade foi evidenciada em estudos de demonstração (FONNER; DALGLISH; KENNEDY et al., 2016). Dentre os principais resultados dos estudos recentes que deram impulso à aposta da PrEP como medida de prevenção do HIV, destaca-se que a eficácia dessa medida está fortemente associada à adesão: em participantes com níveis detectáveis da medicação no sangue, a redução da incidência do HIV foi de 95% (GRANT; LAMA; ANDERSON et al., 2010).

A indicação de PrEP requer a avaliação do risco de exposição, o que inclui abordar:

- » Práticas sexuais;
- » Contextos de vulnerabilidade;
- » Populações com maior prevalência de HIV;
- » Parcerias sexuais.

No Quadro 1, a seguir, apresentam-se os segmentos populacionais prioritários e os respectivos critérios para indicação de PrEP. Mais informações a respeito da indicação de PrEP pelo SUS podem ser encontradas no “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV”, disponível em <http://www.aids.gov.br/pcdt>.

**Quadro 1 – Segmentos populacionais prioritários e critérios de indicação de PrEP**

SEGMENTOS POPULACIONAIS PRIORITÁRIOS	CRITÉRIO DE INDICAÇÃO DE PREP
Gays e outros HSH	Relação sexual anal (receptiva ou insertiva) ou vaginal, sem uso de preservativo nos últimos seis meses
Pessoas trans	
Trabalhadoras sexuais	E/OU Episódios recorrentes de IST E/OU Uso repetitivo de PEP
Parcerias sorodiferentes para o HIV (parceria heterossexual ou homossexual na qual uma das pessoas é infectada pelo HIV e a outra não)	Relação sexual ou anal com uma pessoa infectada pelo HIV sem preservativo

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

### 3.1.5 Imunização

O componente biomédico da Prevenção Combinada do HIV conta com algumas ações que se endereçam às demais IST, dada a correlação entre o acometimento por essas infecções e a maior probabilidade de adquirir o HIV. Entre essas medidas está a vacina para a hepatite B, que compõe umas das opções da prevenção no contexto das IST e desde 2016 foi universalizada para todas as faixas etárias.

O Ministério da Saúde recomenda que a vacina para a hepatite B seja ofertada salientando-se sua segurança e alertando aos(as) usuários(as) que só haverá a imunização após a realização das três doses preconizadas (0, 1 e 6 meses).

Outra medida importante de imunização que deve ser trabalhada no âmbito da Prevenção Combinada é a vacina para o HPV, que foi incorporada ao calendário nacional de vacinação em 2013 para meninas e, a partir de 2016, está preconizada também para meninos na mesma faixa etária, de 9 a 13 anos. Em relação às PVHIV, há recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Comitê Consultivo em Práticas de Imunização (ACIP), do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), que indicam a vacinação para o HPV na rotina de adolescentes e adultos jovens de 9 a 26 anos infectados pelo HIV, conforme previsto na Nota Informativa Conjunta nº 046/2016 – CGPNI/DEVIT-DDAHV/SVS/MS (BRASIL, 2016f).

### 3.1.6 Tratamento para Todas as Pessoas (TTP)

O pressuposto dessa estratégia de prevenção do HIV é o de que as PVHIV sob TARV, além de terem uma melhor qualidade de vida, apresentam menor quantidade de vírus em circulação em seus corpos (com carga viral baixa ou mesmo indetectável), o que impacta na redução da transmissão do HIV na comunidade. Essa asserção vem sendo reiteradamente corroborada por evidências científicas.

O artigo "*Effects of early versus delayed initiation of antiretroviral treatment on clinical outcomes of HIV-1 infection: results from the phase 3 HPTN052 randomised controlled trial*", publicado em 2014 na revista *The Lancet*, demonstrou que os índices de transmissibilidade de pessoas em TARV diminuem em até 96%, e os resultados finais desse estudo mostraram uma redução sustentada de 93% após uma média de mais de cinco anos de seguimento na transmissão do HIV em casais em que o parceiro infectado pelo HIV havia iniciado a TARV precocemente (COHEN et al., 2016).

Tendo como premissa essa reduzida capacidade de transmissão do vírus em pessoas em TARV, a estratégia do Tratamento para Todas as Pessoas (TTP) baseia-se no esforço de colocar o maior número possível de pessoas infectadas pelo HIV em tratamento o mais rápido possível, visto que tal medida contribui para reduzir a transmissão do HIV, e conseqüentemente, a carga viral comunitária.

Para tal, essa abordagem requer a universalização do acesso à testagem do HIV e o tratamento imediato de todos os indivíduos infectados pelo vírus. Não por acaso, essa estratégia se operacionaliza mediante o binômio “testar e tratar”.

A estratégia de testar e tratar ancorou-se em um modelo matemático desenvolvido por cinco pesquisadores da OMS, apresentado no artigo “*Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model*”, publicado em 2009 na revista *The Lancet* (GRANICH et al., 2009). Seus autores utilizaram dados da África do Sul para criarem, a partir de modelos matemáticos, cenários prospectivos em uma epidemia generalizada. Por meio desses dados, chegou-se à conclusão de que testar todas as pessoas daquele país com mais de 15 anos e dar início imediato à TARV em todas aquelas cujo diagnóstico fosse positivo resultaria em uma redução nos índices de incidência de 1% ao ano para 0,05% ao ano. Mantidas essas taxas, a estratégia de testar e tratar redundaria, ainda segundo o modelo proposto pelos autores, na eliminação dos níveis epidêmicos da aids em um prazo de meio século.

Face a esse desafio, o Ministério da Saúde atuou em duas frentes. Por um lado, reforçou a descentralização da oferta de testagem para o HIV por toda a estrutura do SUS. Por outro, atualizou, no final de 2013, o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção do HIV/Aids em Adultos”, antecipando o tratamento com TARV para todas as pessoas diagnosticadas com o vírus, independentemente da manifestação dos sintomas da aids. Até então, os critérios utilizados para o início da TARV baseavam-se na contagem de células de defesa CD4+ e no monitoramento da carga viral no organismo da pessoa.

Além de levar o teste a todas as pessoas – em especial àquelas que compõem as populações-chave e prioritárias – e retirar os critérios clínicos para início da TARV, outro desafio trazido pela Prevenção Combinada do HIV refere-se a estimular que todas as pessoas que forem diagnosticadas com HIV entrem, o quanto antes, em tratamento, respeitando-se, sempre, a autonomia dessas pessoas em relação a essa escolha.



Nesse sentido, ações de fomento e reforço à adesão ao tratamento são imprescindíveis para o sucesso dessa estratégia. O "Manual de Adesão ao Tratamento das Pessoas Vivendo com HIV e Aids", publicado em 2008 pelo Ministério da Saúde, recomenda que esse estímulo seja realizado a partir de uma abordagem integral, sempre respeitando a autonomia e os direitos das PVHIV, estabelecendo-se diferentes estratégias para potencializar sua adesão ao tratamento. A adesão à TARV é fundamental, pois, quando insatisfatória, pode ocasionar falhas terapêuticas e consequente resistência viral (BRASIL, 2008c).

Tais questões serão aprofundadas mais adiante neste capítulo, quando, no âmbito das intervenções comportamentais, forem detalhadas estratégias de incentivo e adesão ao tratamento.

### 3.1.7 Resposta à transmissão vertical do HIV

A transmissão vertical do HIV ocorre pela passagem do vírus da mãe vivendo com HIV para o bebê durante a gestação, o trabalho de parto, o parto propriamente dito (contato com as secreções cérvico-vaginais e sangue materno) ou a amamentação, sendo que cerca de 35% dos casos dessa forma de transmissão ocorrem durante a gestação e 65% no periparto, havendo um risco acrescido de transmissão pela amamentação entre 7% e 22% por exposição (mamada).

A transmissão vertical do HIV ocorre em cerca de 25% das gestações das mulheres vivendo com o vírus, quando não são realizadas intervenções de profilaxia (BRASIL, 2007). A literatura mostra uma redução dessa taxa para níveis entre 1% a 2% com a aplicação de todas as intervenções preconizadas para a prevenção da transmissão vertical, quais sejam: diagnóstico precoce, utilização de TARV na gestação, manejo obstétrico por meio de cuidados específicos durante o parto vaginal e o parto cesário, utilização do AZT injetável no parto, manejo clínico do recém-nascido exposto e aleitamento artificial (BRASIL, 2015b).

O Brasil é signatário junto à Opas/OMS para a eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis nas Américas. Uma das iniciativas brasileiras para alcançar essa meta foi a criação da Rede Cegonha (2011). Entre as ações previstas no âmbito do componente pré-natal, encontram-se a prevenção e o tratamento das IST, do HIV/aids e das hepatites virais, com disponibilização de testes rápidos de HIV e sífilis para todas as gestantes.

Segundo o Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2016, a taxa de detecção de aids em menores de cinco anos é utilizada como indicador para monitoramento da transmissão vertical do HIV no Brasil. A partir dos dados compilados, observa-

se, nos últimos dez anos, uma redução de 42,7% na taxa de transmissão vertical no país, a qual se situa em 2,5 casos/100 mil habitantes.

É importante destacar que, desde a publicação da Portaria GM nº 993, de 4 de setembro de 2000, e da Portaria SVS nº 33, de 14 de julho de 2005, são compulsórias as notificações relacionadas, respectivamente, à gestante com aids e à gestante com sífilis.

Além disso, a Portaria GM nº 1.271, de 6 de junho de 2014, tornou obrigatória, ainda, a notificação dos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes, sífilis congênita, hepatites virais B e C, aids, infecção pelo HIV, infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV.

Para dotar os sistemas de vigilância de maior robustez, o Ministério da Saúde recomenda a criação de comitês estaduais e municipais de investigação, com o objetivo de identificar os determinantes da transmissão vertical do HIV, da sífilis e das hepatites B e C, além de propor medidas que possam corrigir falhas na prevenção, assistência e vigilância da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatite B e C no pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2015c).

### 3.1.8 Tratamento para outras IST

A presença de lesões ulceradas ou com solução de continuidade na mucosa genital ou oral pode favorecer a aquisição de outras infecções sexualmente transmissíveis, como sífilis e gonorreia, além de predispor o risco para aquisição do HIV. Assim, a atenção à saúde sexual deve ser entendida como estratégia fundamental na prevenção do HIV para a prevenção do vírus.

Em relação à sífilis, no caso de resultado reagente, é importante não perder a oportunidade de tratar. A equipe deve ter profissional apto a reconhecer as manifestações clínicas, assim como interpretar os resultados dos exames que desempenham papel fundamental no controle da infecção, confirmação do diagnóstico e o monitoramento da resposta ao tratamento.

O diagnóstico da sífilis é realizado por meio de fluxogramas, compostos por dois ou mais testes, em série, lógicos e custo-efetivos. O fluxograma de testagem deve ser escolhido segundo a conveniência do serviço, que deverá levar em consideração a infraestrutura laboratorial disponível, a disponibilidade de profissionais para a pronta execução dos testes escolhidos e o tipo de testes disponíveis na instituição.

Para mais informações, consultar o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível em: <http://www.aids.gov.br/pcdt>

### 3.1.9 Os Protocolos Clínicos e demais recomendações técnicas do Ministério da Saúde

Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) formam um conjunto de orientações que guiam as decisões clínicas ao longo da atenção, sendo elaborados a partir de evidências científicas. Têm por objetivo estabelecer os critérios de diagnóstico de cada agravo, o algoritmo de tratamento, as respectivas doses (conforme o caso) e os mecanismos para o monitoramento clínico em relação à efetividade do tratamento e a farmacovigilância, ou seja, a supervisão de possíveis efeitos adversos.

Além dos PCDT, o Ministério da Saúde dispõe de uma série de normas técnicas que devem ser observadas no planejamento, na estruturação e sobretudo na oferta das ações de intervenções biomédicas que compõem os fluxos assistenciais desenhados para a implementação da Prevenção Combinada do HIV.

O Quadro 2, a seguir, apresenta esses documentos, que devem ser de amplo conhecimento de todos(as) os(as) profissionais que compõem as equipes dos pontos de atendimento da rede assistencial:

**Quadro 2 – PCDT e demais recomendações técnicas de caráter obrigatório**

AÇÕES	PROTOCOLOS E RECOMENDAÇÕES
Profilaxia Pós-Exposição (PEP)	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV Disponível em: <a href="http://www.aids.gov.br/pcdt">http://www.aids.gov.br/pcdt</a>
	Diretrizes para organização da Rede de profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV – PEP Disponível em: <a href="http://www.aids.gov.br/biblioteca">http://www.aids.gov.br/biblioteca</a>

*continuação*

continuação

Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pré-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV  Disponível em: <a href="http://www.aids.gov.br/pcdt">http://www.aids.gov.br/pcdt</a>
	Diretrizes para a Organização dos Serviços de Saúde que Ofertam PrEP  Disponível em: <a href="http://www.aids.gov.br/biblioteca">http://www.aids.gov.br/biblioteca</a>
Tratamento para Todas as Pessoas (TTP)	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos  Disponível em: <a href="http://www.aids.gov.br/pcdt">http://www.aids.gov.br/pcdt</a>
Realização de diagnóstico do HIV	Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças  Disponível em: <a href="http://www.aids.gov.br/biblioteca">http://www.aids.gov.br/biblioteca</a>
Ações de prevenção à transmissão vertical do HIV	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais  Disponível em: <a href="http://www.aids.gov.br/pcdt">http://www.aids.gov.br/pcdt</a>

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

### 3.2 Intervenções comportamentais

As intervenções comportamentais constituem-se em um conjunto de estratégias cujo objetivo é dotar indivíduos e segmentos sociais de informações e conhecimentos sobre o HIV/aids, de maneira a capacitá-los a aceitar e integrar as várias estratégias de prevenção do HIV disponíveis no SUS, aumentando sua capacidade de gerir os diferentes graus de riscos a que estão expostos. O que se espera com esse conjunto de medidas é possibilitar aos(as) usuários(as) do SUS, em especial aqueles(as) que fazem parte das populações-chave ou prioritárias, que, a partir desse conjunto de informações, sejam capazes de modificar seus comportamentos, atitudes e práticas, reduzindo assim suas vulnerabilidades e riscos de exposição ao HIV/aids.

### 3.2.1 Orientações para a realização da testagem

A oferta de testagem deve ser sempre acompanhada pelo fornecimento de orientações, momento em que as pessoas são informadas sobre o processo de realização de testagem e seus significados, de acordo com as suas necessidades e o contexto apresentado – com o cuidado de que essa oferta não torne o processo prescritivo, burocrático ou rígido.

**Quadro 3 – Orientações pré e pós-teste**

PRÉ-TESTE	PÓS-TESTE	
	RESULTADO NÃO REAGENTE	RESULTADO REAGENTE
Reafirmar o caráter confidencial e voluntário da testagem	Reafirmar o caráter confidencial e sigiloso do resultado	Reafirmar o caráter confidencial e sigiloso do resultado
Informar o significado dos possíveis resultados do teste	Informar que esse resultado pode se dar pela ausência de infecção ou por infecção recente, caso em que o organismo ainda não produziu anticorpos suficientes para serem detectados pelo teste (janela imunológica)	Informar sobre o resultado do teste reagente e o que ele significa e estimular a realização de testes para sífilis e para as hepatites B e C, caso ainda não tenham sido realizados
Esclarecer eventuais dúvidas sobre o teste (por exemplo, como funciona a janela imunológica)	Na possibilidade de estar em janela imunológica <sup>1</sup> , orientar sobre a necessidade da realização de um novo teste após 30 dias, além de reforçar práticas preventivas	Permitir à pessoa o tempo necessário para assimilar o resultado, prestando apoio emocional, respondendo às questões que surgirem e ajudando na desmistificação do estigma associado ao diagnóstico positivo do HIV

*continuação*

continuação

<p>Estimular a realização de outros testes, como para sífilis e hepatites B e C, e verificação sobre a imunização contra hepatite B e HPV, se for o caso para esta última</p>	<p>Verificar se a pessoa já realizou as vacinas para hepatite B e HPV e, caso indicadas, ofertar</p>	<p>Incentivar a busca por suporte familiar e/ou social, se a pessoa assim o desejar</p>
<p>Considerar a rede social, familiar e afetiva do(a) usuário(a) e quais as possibilidades de suporte, caso haja necessidade</p>	<p>Estimular a realização de testes para sífilis e para as hepatites B e C, caso o usuário não tenha realizado e se tiver indicação para realizá-lo</p>	<p>Informar sobre os benefícios do tratamento, que está disponível no SUS e pode ser iniciado tão logo o diagnóstico seja concluído, se a pessoa assim o desejar</p>
	<p>Reforçar que um resultado negativo não significa imunidade para o HIV, discutindo estratégias de redução de riscos que levem em conta as fragilidades e vulnerabilidades do(a) usuário(a) em relação ao HIV</p>	<p>Esclarecer a importância de comunicar o resultado às parcerias sexuais, incentivando a realização da testagem do HIV</p> <p>No caso de gestante, deve-se orientar, ainda, sobre os cuidados para a prevenção da transmissão vertical e a importância do acompanhamento pré-natal</p>



*continuação*

	<p>No caso de relacionamento sexual e ocorrência de não uso ou de rompimento de preservativo em período inferior a 72 horas, orientar sobre a alternativa da PEP – Profilaxia Pós Exposição</p>	<p>Fornecer informações sobre a transmissão do HIV, incluindo orientações sobre a importância de manter a carga viral suprimida, sobre o uso dos preservativos masculino e feminino e gel lubrificante e sobre outras estratégias de prevenção combinada e cuidado mais viáveis para prevenir a reinfecção e a transmissão para outras pessoas. Reforçar a importância do não compartilhamento de objetos perfurocortantes</p>
	<p>Apresentar as estratégias de Prevenção Combinada do HIV, reforçando a importância do uso dos preservativos. Realizar a oferta de PrEP, caso haja indicação</p>	<p>Reforçar a importância do tratamento para a qualidade de vida da pessoa e na redução da transmissibilidade do vírus</p>
	<p>Lembrar às pessoas que usam álcool e outras drogas que o uso de algumas substâncias, mesmo lícitas, pode alterar a percepção de risco, prejudicando o cuidado e a prevenção. Reforçar a importância do não compartilhamento de objetos para uso de drogas</p>	<p>Verificar se já foi realizada a vacina para hepatite B e, em caso de teste de hepatite B não reagente, ofertar a vacina e identificar se a pessoa também se enquadra nos critérios para receber a vacina para o HPV; em caso positivo, ofertar</p>

*continuação*

continuação

		<p>Informar sobre a possibilidade do cuidado interdisciplinar e em rede disponibilizado pelo SUS</p> <p>Ofertar acompanhamento à pessoa até a sua vinculação ao serviço de referência para tratamento, ou à Atenção Básica se for o caso</p>
--	--	--

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

<sup>1</sup>Cada teste tem especificada sua janela imunológica, a qual pode variar conforme o fabricante.

Com o resultado em mãos, alguns cuidados importantes devem ser observados: o sigilo, o acolhimento dos sentimentos despertados pelo resultado informado (angústias, medos, dúvidas e outros) e orientações sobre prevenção, além do encaminhamento e vinculação aos serviços de saúde de referência para o seguimento.

A comunicação do resultado deve ser objetiva e clara, mas sem perder a capacidade de acolher e escutar. Vale lembrar que esse é um momento importante para o fortalecimento do vínculo, da adesão à prevenção, e, em caso de resultado reagente, da adesão ao tratamento também.

### 3.2.2 Oferta de aconselhamento

O aconselhamento consiste em uma tecnologia de cuidado importante no contexto das IST/HIV/aids/HV e perpassa diferentes momentos relacionados ao diagnóstico, à adesão ao tratamento, à saúde sexual e à saúde reprodutiva, entre outros.

Ante o dinamismo do cenário da epidemia de HIV/aids, se fazem necessárias inovações tecnológicas para diagnóstico e tratamento, métodos de prevenção diversificados, modificações na oferta e na dinâmica do aconselhamento. O Ministério da Saúde recomenda que o aconselhamento seja ofertado de maneira mais flexível e sem obrigatoriedade, permitindo que cada indivíduo esteja ciente dessa opção e possa decidir se deseja ou não se submeter ao mesmo. A intervenção de aconselhamento necessita ter um caráter **ágil** – sem consistir um entrave ou impedimento à realização da testagem, caso o(a) usuário(a) não disponha de muito tempo; **dinâmico** – ser ativa e resolutiva quanto ao caráter

educativo e informativo; **focado** – não seguir um roteiro pré-estabelecido e ter como foco a demanda trazida pela pessoa em atendimento.

O aconselhamento na rotina dos serviços ou em projetos de base comunitária deve considerar a Prevenção Combinada, ou seja, orientação sobre as diversas intervenções comportamentais, biomédicas e estruturais, o conhecimento das possibilidades de gerenciamento de risco nos diversos tipos de exposição às IST e as estratégias de redução de danos nas diversas formas de uso de drogas, silicone industrial e hormônios.

Na situação do diagnóstico, o aconselhamento não necessariamente deverá estar vinculado às etapas pré e pós-teste. As informações de alta qualidade sobre o teste, resultados, janela imunológica, IST, Prevenção Combinada e tratamento devem ser oferecidas nas orientações pré e pós-teste.

Durante a oferta do aconselhamento, deve-se observar a autonomia do(a) usuário(a) para conversar sobre suas práticas de risco, escolhas dos métodos de prevenção, dúvidas sobre o tratamento, enfrentamento de estigma e discriminação e outras necessidades pertinentes a esse momento. Nos casos positivos, conversar sobre compartilhamento do diagnóstico e considerar os projetos terapêuticos singulares. Os aspectos da dinâmica da vida das pessoas são importantes para que as orientações de prevenção sejam pertinentes e efetivas. Um dos objetivos essenciais dessa etapa é apoiar o indivíduo soronegativo que vivencia situações de risco acrescido no fortalecimento de práticas mais seguras para se manter negativo, ou a adesão ao tratamento, nos casos positivos.

Durante as atividades que compõem o aconselhamento, é necessário compreender as dimensões relacionadas ao exercício da sexualidade e ao uso de álcool e outras drogas. Nesse sentido, cabe destacar que o aconselhamento precisa incorporar as questões relacionadas aos afetos e desejos, devendo ser capaz de compreender e lidar com as dinâmicas relacionadas a orientação sexual e identidade de gênero.

O aconselhamento pode ocorrer nas várias fases em que se encadeia um determinado atendimento, em especial naquelas que antecedem e sucedem a realização dos testes ou a oferta de intervenções como PEP e PrEP ou como etapa preparatória para o início da TARV, sendo composto de três dimensões que se complementam: a dimensão educativa, a dimensão da avaliação de risco e a dimensão do apoio emocional, conforme a Figura 8.

Figura 8 – As três dimensões do aconselhamento em HIV



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Na dimensão educativa, devem ser transmitidas todas as informações sobre a epidemia de HIV/ aids, suas formas de transmissão, as opções de prevenção disponíveis e os procedimentos pelos quais se dá o tratamento, nos casos em que o resultado de um diagnóstico for positivo. Para tal, o conjunto de informações a ser trabalhado deve ser articulado com os conhecimentos prévios do(a) usuário(a), bem como com seu repertórios sociais e contextos de vida. Ainda nessa dimensão do aconselhamento, todas as dúvidas relacionadas a cada um desses aspectos (prevenção, transmissão e tratamento) devem ser dirimidas.

Quanto à avaliação de risco, é necessário estabelecer um diálogo franco com o(a) usuário(a), sem quaisquer julgamentos ou manifestações de preconceito. Devem-se evitar situações que podem ser interpretadas como juízos valorativos sobre as condutas, hábitos ou estilo de vida do(a) usuário(a), de modo a proporcionar um espaço de reflexão sobre exposições a situações de risco para a infecção pelo HIV relacionadas às práticas sexuais e ao uso de álcool e outras drogas, a fim de que o(a) usuário(a) reconheça os riscos de exposição ao HIV/ aids em seus comportamentos.

Por fim, na dimensão do apoio emocional, devem ser empregadas estratégias que auxiliem o(a) usuário(a) a lidar com os problemas emocionais relacionados ao HIV/ aids, ofertando atenção psicossocial.

O(a) profissional ou trabalhador(a) deve, ainda, ser capaz de identificar se o(a) usuário(a) pertence a uma ou mais categorias de populações-chave ou prioritárias, adequando o aconselhamento a suas demandas e necessidades específicas.

### 3.2.3 Incentivo à testagem rotineira e regular

A despeito da universalização do tratamento a todos(as) usuários(as) do SUS, um dos desafios enfrentados pela resposta brasileira ao HIV/aids está na quantidade de pessoas que iniciam o tratamento de forma tardia, muitas vezes já apresentando algum quadro sintomático de aids. Em 2016, 25% das pessoas diagnosticadas tiveram a primeira contagem de LT-CD4+ inferior a 200 céls/mm<sup>3</sup>, medida utilizada como critério para caracterizar o diagnóstico tardio (BRASIL, 2016c).

Esses índices relacionados ao início tardio do tratamento estão diretamente vinculados ao acesso à investigação sorológica disponível aos(as) usuários(as) do SUS, sendo o número de pessoas com HIV que desconhecem sua sorologia, ainda hoje, bastante elevado – o que impõe uma série de desafios à Prevenção Combinada do HIV.

A mera expansão da oferta endereça-se apenas a uma parte da questão relacionada ao aumento do acesso ao diagnóstico sorológico. O acesso está relacionado tanto à possibilidade do alcance das ações de testagem e disponibilidade dos serviços aos(as) usuários(as) quanto ao incentivo de sua busca de forma rotineira e regular. Assim, a necessidade de aumentar seu alcance passa pela imprescindibilidade de se estabelecerem estratégias para ampliar a demanda e a procura por testes por parte da população, em especial aquelas priorizadas pelo Ministério da Saúde.

Segundo a Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas – PCAP 2013, o percentual de indivíduos sexualmente ativos com idade entre 15 e 64 anos que fizeram o teste de HIV alguma vez na vida é de 36,1% (BRASIL, 2016b). Essa proporção muda de acordo com variáveis sociodemográficas como idade, escolaridade, raça/cor ou classe social.

Em relação à frequência com que as pessoas se testaram, a mesma pesquisa identificou que 63,9% revelaram nunca ter se testado e que apenas 10,2% haviam se testado uma vez no ano anterior, sendo ainda menor a proporção de pessoas que haviam se testado mais de uma vez no ano anterior: somente 3,2% da amostra pesquisada.

Uma primeira medida essencial na ampliação da testagem do HIV é garantir às pessoas informações sobre os locais de realização do teste. Ainda tendo como base as evidências da PCAP, a distribuição de indivíduos sexualmente ativos com idade entre 15 e 64 anos que sabiam de algum serviço de saúde em que o teste de HIV é feito gratuitamente foi de 48,5%, ou seja: menos da metade da população sexualmente ativa pesquisada.

Dado que cerca de 60% dos indivíduos sexualmente ativos com idade entre 15 e 64 anos que se testaram para o HIV alguma vez na vida o fizeram em um CTA ou nos demais pontos de atendimentos da rede pública, é imprescindível divulgar a informação sobre onde e quando as pessoas podem ter acesso ao teste na rede de saúde.

Além disso, deve-se estabelecer de maneira bastante presente na consciência das pessoas a necessidade de realizar a testagem, assim como os benefícios que o tratamento traz às PVHIV. O conteúdo das mensagens de estímulo à testagem não deve, no entanto, reforçar o estigma que o HIV/aids ainda apresenta no imaginário social, o que causa temor em relação à epidemia e leva muitas pessoas a evitar a testagem. Segundo levantamento realizado pelo Instituto de Infectologia Emílio Ribas, 20% das pessoas testadas na instituição sequer voltaram para buscar o resultado (AGÊNCIA ESTADO, 2017).

Identifica-se, assim, a necessidade de expandir a oferta de testagem (em especial para as populações-chave e prioritárias) tanto nos equipamentos do SUS como por meio de estratégias de testagem extramuros, a exemplo daquelas que ocorrem entre pares. A oferta para além dos espaços dos serviços é um importante recurso para as abordagens e cuidado que podem ser realizados por Agentes Comunitários de Saúde, demais trabalhadores(as) ou OSC que atuam em ações extramuros, para a identificação de possíveis casos de HIV de forma oportuna, voluntária, sigilosa e gratuita, nos espaços de sociabilidade.

As modalidades de testagem e diagnóstico do HIV estão estabelecidas na Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013, e também podem ser encontradas no "Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV", disponível em <http://www.aids.gov.br/biblioteca>. Para conhecê-las ou revisá-las, recomenda-se realizar os cursos do sistema de ensino à distância Telelab, do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, disponíveis em <http://www.telelab.aids.gov.br>.

### 3.2.4 Adesão ao uso de preservativos

Segundo os dados da última Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira – PCAP 2013 (BRASIL, 2016b), a larga maioria dos brasileiros (94%) sabe que o preservativo é melhor forma de prevenção às IST, HIV e aids. A despeito disso, de acordo com a mesma pesquisa, quase metade (45%) da população sexualmente ativa do país reportou não ter feito uso do preservativo (masculino ou feminino) nas relações sexuais casuais que tiveram nos 12 meses anteriores à pesquisa.



Esse contraste entre os altos índices de informação sobre esses insumos de prevenção e sua baixa utilização desautoriza as interpretações simplistas que vinculam as taxas de não uso exclusivamente à falta de conhecimento em relação ao preservativo. Há, em muitos casos, uma escolha – por vezes consciente e racional – do não uso do preservativo, em que outras estratégias de gestão de risco são colocadas em prática pelas pessoas em sobreposição ao preservativo.

Ainda hoje, existem desafios para a maior adesão ao seu uso. É preciso enfrentar aspectos complexos da ordem da cultura sexual, das barreiras de gênero e das sexualidades. Além disso, a falta de informação e de conhecimento sobre o preservativo feminino interfere significativamente para o não uso desse insumo. Como ressalta Villela (2015): "as vantagens do método são inegáveis, bem como o direito das mulheres de terem acesso a todo tipo de tecnologia que possa contribuir para a sua saúde" (VILLELA, 2005, p. 7).

Pinheiro, Calazans e Ayres (2013) realizaram recente pesquisa sobre a produção científica nacional relacionada ao uso da camisinha como método de prevenção do HIV no Brasil (PINHEIRO; CALAZANS; AYRES, 2013). Ao todo, foram analisados 38 artigos publicados em periódicos científicos entre os anos 2007 e 2011. Embora a maioria dos estudos que compuseram a amostra analisada pelos autores não tenha tido abrangência nacional, estando muitas vezes circunscritos a locais específicos do Brasil, a análise desse conjunto de pesquisas recentes possibilita o vislumbre de um panorama bastante rico sobre o tema. Entre as muitas informações sistematizadas pelos autores nesse conjunto de pesquisas, podem ser citadas:

- » A percepção, ainda presente em boa parte da população, de que a utilização do preservativo diminui o prazer e a satisfação sexual, sendo uma das principais justificativas para a resistência ao seu uso, em especial entre pessoas do gênero masculino;
- » A constante associação entre intimidade e relaxamento no uso de camisinha. O número de pessoas que relata usar camisinha nos primeiros encontros cai drasticamente em relação àquelas que relatam continuar usando o insumo após primeiro mês de namoro, quando a relação passa a ser entendida como estável e sem riscos;
- » O relaxamento no uso de preservativos em relações estáveis é especialmente relevante em casais sorodiferentes, em situações em que há entre esses casais a relativização da condição sorológica do(a) parceiro(a), e, conseqüentemente, dos riscos reais para a transmissão do HIV;

- » A inegável associação entre relações de gênero e os padrões de uso de preservativos. Embora estudos mostrem que, no campo discursivo, as mulheres tendem a ser menos suscetíveis a fazer sexo sem camisinha, dados sugerem que a maioria das mulheres não faz uso contínuo da camisinha, por questões como a dificuldade de negociarem esse uso com os parceiros;
- » Ainda existem barreiras estruturais para o acesso de mulheres trabalhadoras do sexo aos preservativos masculino e feminino, o que dificulta sua utilização em todas as relações;
- » De igual maneira, há barreiras no acesso de preservativos por parte das pessoas privadas de liberdade, o que torna esporádico o uso de preservativos em penitenciárias;
- » Do ponto de vista das práticas discursivas, está ainda bastante presente em diversos setores da sociedade a produção de sentidos sobre amor romântico, fidelidade e monogamia, vinculando práticas afetivas e sexuais, o que muitas vezes serve de desestímulo ao uso dos preservativos;
- » Diferentemente da camisinha masculina, já incorporada ao imaginário de homens e mulheres, ainda há grande desconhecimento em relação à camisinha feminina e desconforto ou estranhamento em relação ao seu uso.

De forma análoga, Dourado et al. (2015) também realizaram uma análise recente da produção científica nacional relacionada a preservativos, tendo como foco, no entanto, os fatores associados ao seu uso. Compuseram a amostra analisada nesse segundo estudo 40 artigos e três relatórios do Ministério da Saúde, relacionados ao conhecimento e uso dos preservativos, e os fatores associados a esse uso. Como não poderia deixar de ser, os achados do estudo produzido por esses autores (DOURADO et al., 2015) têm muita semelhança com aqueles encontrados por Pinheiro, Calazans e Ayres (2013). Destacam-se, a seguir, alguns achados desse segundo estudo que não foram evidenciados pelo primeiro:

- » Comparados com heterossexuais, os HSH fazem uso mais frequente de preservativos;

- » A frequência do uso de preservativos entre as(os) trabalhadoras(es) do sexo varia de acordo com a prática (sexo anal ou vaginal) e em relação à clientela e parceiros fixos;
- » Em relação às pessoas que usam drogas, cerca de 40% afirmam nunca usar preservativos de forma regular, índice que aumenta para 60% nas situações em que estão sob efeitos de substâncias psicoativas.

A partir das evidências consolidadas nesses dois estudos recentes sobre a produção científica relacionada aos conhecimentos, usos e percepções das pessoas em relação aos preservativos, e tendo em vista o acúmulo de dados consolidado pelo Ministério da Saúde em relação ao assunto nas últimas décadas, o Quadro 4, a seguir, apresenta algumas estratégias que podem ser colocadas em prática para reforçar localmente o uso de preservativos no país.

#### Quadro 4 – Estratégias para reforçar a adesão aos preservativos

Nº	ESTRATÉGIA
1	Apresentar os preservativos como ferramentas de exercício dos direitos sexuais das pessoas. Além de um método de prevenção ao HIV e às demais IST, devem ser mostrados como uma importante estratégia de saúde sexual e saúde reprodutiva.
2	Ressignificar a colocação dos preservativos como uma possibilidade de prazer ao invés de um fator que "quebra o clima", estimulando sua versatilidade e possibilidades eróticas.
3	Incentivar o uso de preservativos no contexto da Prevenção Combinada do HIV, associando-os a outras medidas de prevenção, como a adesão à PrEP e à PEP.
4	Ressignificar, junto a casais sorodiferentes, que o uso do preservativo associado à TARV diminui ainda mais as chances de transmissão do HIV e ainda proporciona proteção contra outras IST.
5	Reforçar que os preservativos protegem não apenas em relação ao HIV/aids, mas também contra as demais infecções sexualmente transmissíveis.
6	Elaborar conteúdo específico para ampliar o conhecimento da população (masculina e feminina) em relação aos preservativos femininos, aumentando a familiaridade com esse insumo.

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

### 3.2.5 Cuidado contínuo às PVHIV

O cuidado contínuo pode ser entendido como um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado esquema terapêutico no cotidiano das pessoas em TARV, tendo como premissa a participação destas nas decisões a respeito de seu tratamento.

Conforme o documento “Cuidado Contínuo: vinculação, retenção, adesão e revinculação das pessoas vivendo com HIV” (BRASIL, 2017b), esse cuidado está focado em quatro elementos fundamentais: a **vinculação** e a **retenção** das PVHIV aos serviços de saúde, a **adesão** à terapia antirretroviral (TARV) e a **revinculação** daqueles que, por algum motivo, tiveram seu cuidado interrompido.

O processo de cuidado contínuo em HIV também inclui o diagnóstico precoce; a vinculação da pessoa com HIV a um serviço de saúde; sua retenção no cuidado, por meio do acompanhamento periódico; e a adesão ao tratamento antirretroviral, com vistas a que a pessoa alcance a supressão da carga viral e uma qualidade de vida comparável à de pessoas que não possuem o HIV.

A **vinculação** pode ser entendida como parte do processo que abrange acolhimento, orientação, direcionamento e encaminhamento de uma pessoa recém-diagnosticada com HIV ao serviço de saúde para que ela realize as primeiras consultas e exames, tenha acesso à TARV o mais brevemente possível e desenvolva autonomia para o autocuidado.

A **retenção** é o processo de acompanhamento clínico contínuo da PVHIV já vinculada ao serviço de saúde, garantindo que ela compareça às consultas, faça exames regularmente e, se estiver em terapia antirretroviral, tenha acesso aos ARV em tempo oportuno, respeitando a sua autonomia.

A **adesão** é a utilização correta dos medicamentos antirretrovirais prescritos pela equipe de saúde para o tratamento de pessoas infectadas pelo HIV, respeitando doses, horários e outras indicações. A adesão também é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado projeto terapêutico singular no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre a terapia.

A **revinculação** é o restabelecimento do vínculo com o serviço de saúde da PVHIV que teve o seu cuidado interrompido.



**Quadro 5 – Ações de aconselhamento pré-TARV**

Nº	AÇÃO
1	Identificar os conhecimentos e crenças que o(a) usuário(a) possui sobre HIV/aids e seu tratamento, oferecendo as informações necessárias
2	Reforçar a necessidade de uso de medicamentos e possíveis mudanças de comportamento
3	Promover a escuta ativa para identificar as expectativas do(a) usuário(a) em relação ao início da TARV, fortalecendo as positivas e atenuando as negativas
4	Identificar as rotinas do(a) usuário(a) (trabalho, estudo, tarefas domésticas, esporte, lazer), negociando um esquema terapêutico que interfira pouco em seu cotidiano
5	Auxiliar o(a) usuário(a) a identificar as pessoas que podem prover apoio familiar ou social positivo, respeitando as preocupações e ressalvas quanto a manter o sigilo e segredo sobre sua sorologia
6	Informar de forma franca a possibilidade de ocorrerem efeitos adversos no decorrer do tratamento, reduzindo o receio de que esses efeitos afetem negativamente a adesão

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

### 3.2.6 Redução de danos para pessoas que usam álcool e outras drogas, silicone industrial e hormônios

A Redução de Danos (RD) pode ser entendida tanto como estratégia de saúde pública que visa reduzir os danos sociais e à saúde associados ao uso de álcool e outras drogas, segundo a Portaria GM/MS 1.028, de 1º de julho de 2005, ou como diretriz do cuidado às pessoas que usam álcool e outras drogas, segundo a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003). Sendo assim, a RD propõe estratégias de intervenções comportamentais, mas também implica um repertório de cuidado integral e intersetorial, que inclui um conjunto de estratégias singulares e coletivas voltadas às pessoas que usam, abusam ou dependem de drogas e sua rede social e afetiva e, portanto, também pode ser considerada como uma intervenção estrutural.

Como intervenção estrutural, a Redução de Danos preconiza, conforme a citada Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003), o reconhecimento do(a) usuário(a) em seu



papel autorregulador, sem condicionar o acesso e o cuidado à abstinência e incentivando-o(a) ao protagonismo nas ações de prevenção e de tratamento, sendo um método clínico-político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada. Entre suas premissas, considera o uso de álcool e outras drogas como o exercício da liberdade de escolha, o qual demanda responsabilidade da pessoa em relação a si própria. Entende que existem diferentes tipos de drogas, com diferentes formas de consumo, em diferentes contextos e diferentes riscos associados. Logo, não existe uma única resposta, pois problemas multifatoriais são resolvidos com múltiplas ofertas de alternativas tecnicamente eficientes e factíveis.

A Portaria GM/MS nº 1.028/2005 também frisa a importância das ações de informação, educação e aconselhamento ao(à) usuário(a), em relação aos produtos, substâncias ou drogas que causem dependência e às práticas sexuais das pessoas que usam álcool e outras drogas e também suas parcerias, com o objetivo de estimular a adoção de comportamentos mais seguros tanto no consumo de substâncias psicoativas como nas práticas sexuais.

Segundo esse preceito, pode-se realizar a distribuição de kits de redução de danos para pessoas que usam drogas, silicone industrial e hormônios, mas também trabalhar com informações sobre os efeitos das drogas e das estratégias de RD com os(as) usuários(as), para que, se forem consumir drogas, que possam fazê-lo de maneira mais segura e com estratégias de proteção.

Ressalta-se que, além das pessoas que usam álcool e outras drogas, o DIAHV tem trabalhado no sentido de produzir conhecimento sobre estratégias para redução de riscos e danos às IST, HIV/aids e hepatites virais entre pessoas trans que usam silicone industrial e hormônios. Essa ação é garantida e preconizada pela Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais do Ministério da Saúde, que, em seus objetivos específicos, dispõe: "Art. 2º: [...] VIII - reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais; [...]" (BRASIL, 2013b).

Em relação ao uso do silicone industrial, Mello et al. (2013) relatam que o uso desse material para modificação estética no contorno corporal é uma prática realizada de forma clandestina há cerca de 60 anos. A maioria dos relatos provém de países da Ásia e América do Sul, sendo que grande parte dos indivíduos que fazem uso dessa prática são pessoas trans. Portanto, a redução de danos para pessoas que usam drogas e a RD para as que usam silicone industrial assemelham-se não apenas em suas técnicas, mas também por dirigirem-se a populações criminalizadas e estigmatizadas, garantindo universalidade e equidade de tratamento, sem se constituírem em incentivo à ilegalidade.

Os autores descrevem inúmeras complicações referentes ao uso do silicone líquido, que variam desde processos inflamatórios localizados (abscessos, fístulas, granulomas), formação de siliconomas e migração do material até inflamações sistêmicas graves, associadas ou não a infecções.

A complexidade ou até mesmo a impossibilidade de remover o material injetado e os tecidos fibróticos e cicatriciais adjacentes dificultam o tratamento. Devido ao número crescente dessas complicações, o uso médico da substância tornou-se restrito. Em 1994, o silicone líquido foi aprovado nos Estados pelo Food and Drug Administration (FDA) apenas para uso oftalmológico, em casos de descolamento de retina, permanecendo proibido para os demais fins, o que também ocorre no Brasil (MELLO et al. 2013).

A oferta de insumos de RD deve ser singularizada e definida de acordo com as necessidades e demandas dos(as) usuários(as) de cada território. Para ser mais eficaz, é importante que os serviços de saúde, por meio do mapeamento realizado no território, façam articulação com as equipes de Consultórios na Rua, agentes redutores(as) de danos e Programas de Redução de Danos, bem como Ambulatórios de Atendimento à Saúde de Pessoas Trans e Centros de Referência da Cidadania LGBT, CAPS e CAPS-AD e outros serviços da rede intersetorial, como Cras e Creas, da Assistência Social, e demais serviços de abordagem na rua.

Os insumos de redução de danos visam evitar a transmissão do HIV decorrente do compartilhamento de objetos para uso de drogas contaminados. Existem diferentes insumos de prevenção para diferentes formas de uso e tipos de drogas. Para o uso de drogas injetáveis, recomenda-se a oferta de seringas e agulhas descartáveis, água destilada e recipientes individuais para diluição, que evitam o compartilhamento de objetos potencialmente contaminados pelo HIV, pelas hepatites virais e outras infecções (incluindo as causadoras de abscessos cutâneos). Além disso, é recomendado o recolhimento e o descarte adequado de objetos perfurocortantes, para evitar a sua reutilização e os acidentes, seja na comunidade ou entre manipuladores de lixo comum.

Para o uso de drogas inaladas ou fumadas, como cocaína, também se recomenda o não compartilhamento de objetos tais como cachimbos, latas, apetrechos e canudos. No caso de uso inalado, em uma eventual ruptura nasal com contato de sangue, a transmissão dos vírus HIV e, principalmente, dos vírus das hepatites B e C, poderá ser evitada com o uso de canudos individuais e descartáveis. Em relação ao uso de crack, com frequência os(as) usuários(as) apresentam lesões na boca e nos lábios, o que representa uma porta acessível à transmissão dos vírus da hepatite B e C. Também é uma abordagem preventiva o estímulo ao não compartilhamento dos objetos e apetrechos de uso e as informações relacionadas ao tipo de material transformado em cachimbo, a exemplo dos riscos associados ao fumar crack em latas ou apetrechos metálicos, que, além de agravarem as queimaduras e lesões, também estão associados à ingestão de resíduos metálicos quando são raspados.

Em relação ao uso do silicone industrial e hormônios, também se recomenda o não compartilhamento de seringas e a utilização de agulhas descartáveis, para evitar a contaminação pelo HIV, hepatites virais e outras infecções (incluindo as causadoras de abscessos cutâneos).

### 3.3 Intervenções estruturais

Conforme conceituado anteriormente, este outro componente da Prevenção Combinada do HIV é constituído de um conjunto de ações voltado a enfrentar fatores e condições socioculturais que influenciam diretamente a vulnerabilidade de indivíduos ou segmentos populacionais específicos em relação ao HIV, em razão de preconceito, estigma, discriminação ou qualquer outra forma de alienação dos direitos e garantias fundamentais à cidadania e à dignidade humana. Para tal, as ações de intervenções estruturais podem se dar a partir de algumas frentes complementares, conforme disposto na Figura 10.

**Figura 10 – Principais estratégias para ações de intervenções estruturais**

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

### 3.3.1 Diminuição das desigualdades socioeconômicas

Em 1978, os delegados reunidos em Alma-Ata para a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde afirmavam que o desenvolvimento econômico é "(...) de importância fundamental para a mais plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos" (CONFERÊNCIA..., 1978). Oito anos mais tarde, a Carta de Ottawa, redigida no contexto da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, afirmava que "(...) paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade" seriam "(...) recursos fundamentais para a saúde" (CONFERÊNCIA..., 1986).

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 (mesmo ano da Conferência de Ottawa), o Brasil, alinhado ao movimento sanitarista internacional, afirmaria que a saúde resulta "(...) das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra", e apenas por fim, do "(...) acesso a serviços de saúde" (BRASIL, 1986). Dois anos mais tarde, o artigo 196 da Constituição Federal afirmaria que a saúde é um direito a ser garantido, não apenas por meio do "(...) acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação", como também por meio de "(...) políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos" (BRASIL, 1988). Por fim, a Lei nº 8.080/1990, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), afirma como determinantes e condicionantes da saúde "(...) a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais" (BRASIL, 1990).

Para além dos compromissos ético-políticos expressos nas normativas governamentais e nos princípios estruturantes do SUS, as interfaces entre os processos de saúde/doença e as desigualdades socioeconômicas encontram amparo em evidências científicas. No caso da epidemia de HIV/aids, está comprovado que a efetividade das ações de prevenção depende diretamente do desenvolvimento social e econômico, sobretudo no que tange à infraestrutura básica (PIOT et al., 2008, GUPTA et al., 2008). No caso brasileiro, pesquisadores falam de uma “geografia social da aids”, e afirmam que “(...) os determinantes sociais da saúde e disparidades regionais devem ser levadas em conta na formulação de programas e políticas” (TEIXEIRA et al., 2014).

Portanto, seja com base nos princípios e diretrizes do SUS, seja com base em evidências científicas derivadas de estudos nacionais e internacionais, fica patente que as intervenções estruturais para a prevenção da epidemia de HIV/aids devem estar articuladas a políticas de enfrentamento das desigualdades socioeconômicas, que garantam acesso a trabalho, renda, moradia e educação, diminuindo vulnerabilidades.

### 3.3.2 Estabelecimento de normas e marcos legais

A Constituição Federal de 1988, pela qual a sociedade brasileira se orienta, é clara ao estabelecer de forma expressa a dignidade da pessoa humana como um de seus fundamentos. Esse princípio é reforçado em vários pontos, dos quais cabe destacar o reconhecimento da erradicação da pobreza e da marginalização e a promoção de uma sociedade sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação como os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil.

No entanto, o estabelecimento desses objetivos mostrou-se insuficiente para a consolidação de uma sociedade mais justa e igualitária, sendo necessária, muitas vezes, a criação de normas que complementem esse marco constitucional, levando-se em conta os aspectos específicos relacionados à vulnerabilidade social ante o HIV.

Para tal, são formuladas normas e legislações que promovem ou protegem os direitos desses grupos desproporcionalmente afetados pelo HIV. Como exemplo, pode ser citada a Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014, que define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids.

A importância do estabelecimento de marcos legais específicos como esse reside no fato de possibilitar uma atuação mais focada do Estado brasileiro

na proteção dos direitos das pessoas afetadas pelo HIV/aids. A partir da consolidação em lei, por exemplo, da discriminação contra PVHIV, a estrutura jurisdicional brasileira, que inclui o Poder Judiciário e o Ministério Público, pode atuar de forma mais eficiente na promoção dos direitos dos grupos mais vulneráveis ao HIV, coibindo casos específicos de violação dos direitos e garantias fundamentais inerentes a todas as pessoas.

O Quadro 6 apresenta um conjunto de legislações já existentes em âmbito nacional e, portanto, aplicáveis em todo o território brasileiro. O conhecimento dessa legislação, bem como a atuação do poder público e da sociedade local no sentido de reforçá-la é primordial para o estabelecimento de um ambiente institucional que reduza as vulnerabilidades vivenciadas pelas populações-chave e prioritárias.

**Quadro 6 – Legislação federal a ser reforçada localmente**

NORMA	EMENTA
Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989	Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor
Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010	Institui o Estatuto da Igualdade Racial
Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014	Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids
Decreto nº 4, de 4 de junho de 2010	Institui o Dia Nacional de Combate à Homofobia
Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006	Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências
Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015	Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos

*continuação*

*continuação*

Lei nº 4.898, de 9 de dezembro de 1965	Regula o Direito de Representação e o processo de Responsabilidade Administrativa Civil e Penal, nos casos de abusos de autoridade
Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989	Dispõe sobre a política Nacional de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, em seus múltiplos aspectos
Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental
Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016	Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional
Decreto nº 7.388, de 9 de dezembro de 2010	Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional de Combate à Discriminação – CNCD

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

O Quadro 7 apresenta as Portarias e demais normativas relacionadas à garantia das políticas de promoção de equidade no SUS.

#### **Quadro 7 – Portarias e normativas referentes às políticas de promoção de equidade**

<b>POPULAÇÃO</b>	<b>NORMA</b>	<b>EMENTA</b>
LGBT	Resolução nº 2, de 6 de dezembro de 2011	Estabelece estratégias e ações que orientam o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)
	Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT)
Pessoas trans	Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013	Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)

*continuação*



continuação

População negra	Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009	Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
	Resolução nº 2, de 2 de setembro de 2014	Dispõe sobre o II Plano Operativo (2013–2015) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)
Pessoas privadas e liberdade	Portaria Interministerial nº 1/MS/MJ, de 2 de janeiro de 2014	Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do SUS
	Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014	Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)
Pessoas que usam álcool e outras drogas	Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011	Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS
	Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005	Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria
Pessoas em situação de rua	Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009	Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências

*continuação*

População jovem	Portaria Interministerial MS/SEDH/SPM nº 1426, de 14 de julho de 2004	Aprova as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, e dá outras providências
	Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014	Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade
	Portaria nº 1.968/GM/MS, de 25 de outubro de 2001	Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do SUS

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

### 3.3.3 Fomento do protagonismo e empoderamento

Além da estruturação de um marco legal que possibilite a defesa individual e coletiva dos direitos de pessoas e segmentos populacionais mais vulneráveis ao HIV, outra forma de intervir nas estruturas sociais que acarretam maior vulnerabilidade constitui-se na formulação e implementação de ações específicas de fomento à participação ativa dos segmentos mais afetados pela epidemia na discussão e planejamento de estratégias na resposta ao HIV.

Oportunizar participação política a diferentes segmentos populacionais favorece que necessidades e demandas específicas sejam defendidas nos espaços de formulação de políticas. Uma forma de fazê-lo é incentivando a mobilização social, o estabelecimento de parcerias, a formação de lideranças e a participação em espaços de políticas formais e não formais, como exemplos de ações de intervenção estrutural que também podem ser adotadas. No SUS, a participação da sociedade civil na elaboração, acompanhamento e monitoramento das ações de gestão é prevista por meio do controle social nos Conselhos de Direitos, que incluem os Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde.

### 3.3.4 Divulgação de informação para a população geral

Esse conjunto de ações parte do pressuposto de que uma parcela considerável dos preconceitos e discriminações que estigmatizam e vulnerabilizam alguns segmentos sociais específicos em relação ao HIV têm origem no desconhecimento e na falta de informações. Assim, uma forma de endereçar esses preconceitos é intervir diretamente nos níveis de conhecimento das pessoas, promovendo a reflexão sobre comportamentos, vivências e identidades marginalizadas na sociedade brasileira, a partir do acesso à informação tanto sobre a epidemia de HIV quanto sobre os aspectos sociais e culturais ligados a ela.

Essa estratégia tem, desse modo, o objetivo de sensibilizar e fomentar uma mudança de atitude em relação às especificidades e singularidades do outro, produzindo uma abertura que possa permitir o reconhecimento de todas as pessoas como sujeitos plenos de direitos.

Uma recomendação é a elaboração e implementação de ações educativas e antidiscriminatórias em âmbito nacional, estadual e municipal. Além de campanhas acerca do respeito aos direitos de diferentes segmentos populacionais, a exemplo das que combatem o machismo ou a discriminação racial, outra vertente dessa ação é o apoio técnico e financeiro a eventos de mobilização e de promoção da diversidade e de respeito aos direitos humanos, a exemplo dos projetos para realização de ações de promoção à saúde nas paradas de orgulho LGBT – historicamente financiados pelo Ministério da Saúde.

### 3.3.5 Estratégias de fortalecimento da estrutura do SUS para as ofertas de Prevenção Combinada do HIV

Por fim, as ações de intervenção estrutural devem endereçar-se às fragilidades institucionais apontadas por Mann, Tarantola e Netter (1993) como vulnerabilidades programáticas, por meio de estratégias que fortaleçam os

princípios do SUS, com foco na equidade à atenção das populações-chave e prioritárias a partir do reconhecimento de suas necessidades específicas.

Exemplos desse fortalecimento podem ser encontrados na instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, marco que estabeleceu o racismo institucional no âmbito do SUS como uma barreira de acesso aos serviços de saúde, ou no reconhecimento do direito ao uso do nome social no âmbito da administração pública federal, e serão aprofundados no Capítulo 4 da presente publicação, destinado a apresentar as recomendações do Ministério da Saúde para a implementação de ações de Prevenção Combinada do HIV.

### *3.3.5.1 O CTA como serviço estratégico na Linha de Cuidado Integral ao HIV para as ofertas de Prevenção Combinada do HIV*

Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) são serviços estratégicos na RAS para fortalecer a resposta integral às IST, ao HIV/aids e às hepatites virais na Prevenção Combinada do HIV. Possuem diferentes arranjos que variam de acordo com os diferentes contextos locais e possibilidades de oferta de intervenções. Essas intervenções podem se caracterizar, de acordo com a capacidade do serviço, como a oferta de diferentes tipos de sorologias para o diagnóstico do HIV, sífilis e hepatites B e C e/ou testagem rápida, priorizando populações-chave; encaminhamento para exames de outras IST; oferta de tratamento de sífilis e outras IST; vinculação de resultados positivos de HIV, hepatites virais B e C e outras IST; aconselhamento para gestão de risco; ofertas de insumos de prevenção; realização de profilaxias (PEP e PrEP); trabalho de campo com populações-chave e prioritárias em espaços de sociabilidade; trabalho de campo de redução de danos; ações pontuais de prevenção extramuros; oferta de vacinas para HPV e hepatite B; estrutura laboratorial; apoio matricial para a Atenção Básica; espaço de formação em serviço; ações de educação entre pares; articulação com OSC para ações de prevenção e apoio à testagem.

Faz-se necessária uma reorganização do papel dos Centros de Testagem e Aconselhamento nas RAS, contemplando as diferentes realidades, contextos locais e capacidade de respostas e incorporação do paradigma da Prevenção Combinada do HIV, para que se possa estabelecer maior integração com os demais serviços.

Para estabelecer essa maior integração, o MS preconiza que os CTA e os SAE exerçam o papel de matriciadores da rede de atenção primária.

O Apoio Matricial na Atenção Básica está em consonância com um modelo de atenção que preconiza a integralidade, fortalecendo a Linha de Cuidado Integral ao HIV. O matriciamento ou apoio matricial aproxima duas ou mais equipes, em um

processo de construção compartilhada, criando uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (BRASIL, 2004). Essa relação traz a "possibilidade de realizar a clínica ampliada, a integração e diálogo entre diferentes especialidades e profissões" (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Nessa lógica, os(as) profissionais das diversas áreas que compõem os CTA e os SAE devem dar suporte às redes de atenção à saúde, prioritariamente às equipes da Atenção Básica, atuando como facilitadores(as) de um processo de educação permanente. Esses(as) profissionais, ao atuarem como orientadores(as), apoiadores(as) e supervisores(as), ampliarão e qualificarão ainda mais as suas ações referentes à prevenção e à expansão do diagnóstico e do tratamento do HIV/aids, hepatites virais, sífilis e demais infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Como exemplo de atividades, as equipes dos CTA podem:

- » Participar de reuniões de equipe da Atenção Básica para discussão de casos dos(as) usuários(as) e, assim, acompanhá-los conjuntamente;
- » Organizar seminários temáticos com Unidades Básicas de Saúde (UBS), Equipes de Saúde da Família (ESF) e Consultórios na Rua para que a equipe de Atenção Básica incorpore conhecimentos com relação aos agravos, prevenção combinada do HIV e tratamento das IST, HIV/aids e hepatites virais;
- » Realizar atendimentos conjuntos com profissionais da Atenção Básica em Unidades Básicas de Saúde, Equipes de Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Equipes de Consultórios na Rua ou nos SAE, além de disponibilizar contatos para que as equipes de referência possam recorrer ao apoio matricial em situações emergenciais;
- » Outras ações de cuidado compartilhado planejadas entre os serviços da RAS.

### 3.3.5.2 Educação Permanente em Saúde

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma ferramenta capaz de contribuir de forma coletiva e implicada na (re)organização dos processos de trabalho e de educação nos serviços de saúde e nos espaços de gestão, repercutindo, mesmo que de forma indireta, na situação de saúde da população.

Como um instrumento estratégico de gestão, pode ser desenvolvida de modo a incentivar a autonomia dos(as) trabalhadores(as) enquanto atores críticos e propositivos capazes de promover a análise crítica dos processos.

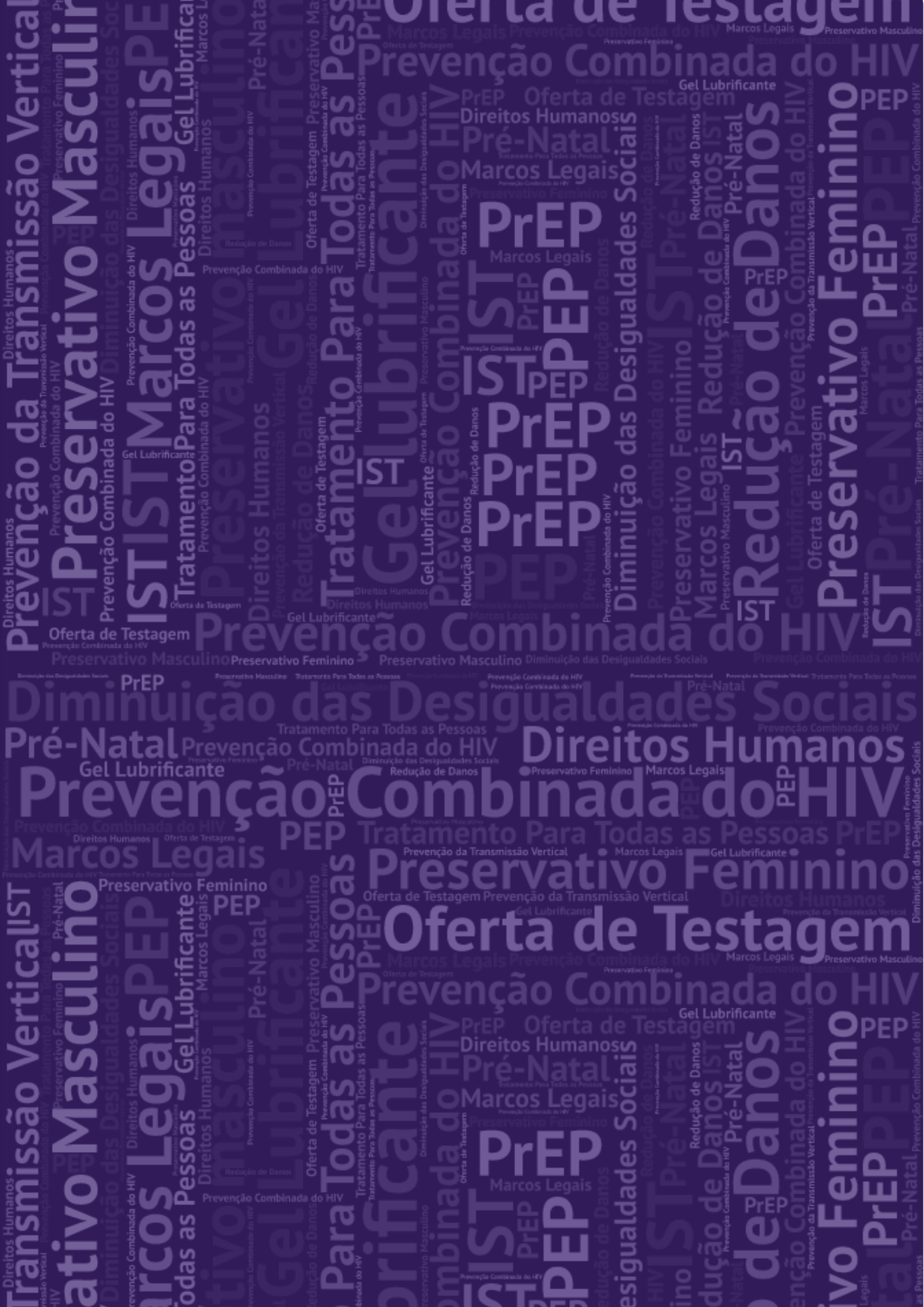
A EPS se relaciona diretamente à realidade das ações e serviços de saúde, por isso deve estar integrada politicamente na sua organização e com a formação dos perfis profissionais, fazendo uso de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento e experimentação.

Nessa perspectiva, a EPS consiste num potente aparato para trabalhar com a implementação das linhas de cuidado e no fortalecimento das ações de prevenção combinada nos serviços de saúde, com base na problematização e da aprendizagem significativa, contribuindo para uma resposta adequada em relação à epidemia do HIV/aids por considerar os contextos de vulnerabilidade, as realidades locais e a autonomia dos(as) usuários(as).

A EPS coloca em questão a otimização dos processos de trabalho, ao contribuir no planejamento, execução e reorientação de ações que contribuam para a contínua alimentação das linhas de cuidado. É necessária a realização ações de educativas (oficinas, rodas de conversa, seminários internos, dentre outras) com todas as pessoas implicadas naquele segmento de cuidado para monitorar os fluxos assistenciais pactuados e evitar o surgimento de barreiras de acesso. "Somente um processo coletivo pode garantir que haja um bom funcionamento das linhas de cuidado após a sua organização" (FRANCO; FRANCO, 2011).







# 4

## ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DA PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV

Uma vez que a conceituação de Prevenção Combinada do HIV e a apresentação de seus elementos e componentes estruturantes já foram objeto das seções anteriores desta publicação, o presente capítulo concentra-se na formulação de um conjunto de recomendações para sua implementação, com o objetivo de orientar a oferta de ações de prevenção ao HIV a partir desse paradigma.

Nas próximas páginas, apresentam-se propostas para a materialização da Prevenção Combinada do HIV no cotidiano da vida, dos serviços e das políticas públicas. Será primeiramente discutido o **território**, locus de combinação concreta das estratégias preventivas. Afinal, suas características são indissociáveis das dinâmicas e características da epidemia de HIV/aids e não considerar essas especificidades impede a plena implementação de ações. Por isso, a Prevenção Combinada do HIV pressupõe um diagnóstico/caracterização da realidade vivenciada em cada território.

Realizados o diagnóstico e a caracterização, é possível iniciar a construção e implementação das **linhas de cuidado** que compõem a Prevenção Combinada do HIV, ativando as redes sociais e intersectoriais compostas pelos pontos de atenção existentes nos territórios, sempre a partir das diretrizes e protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

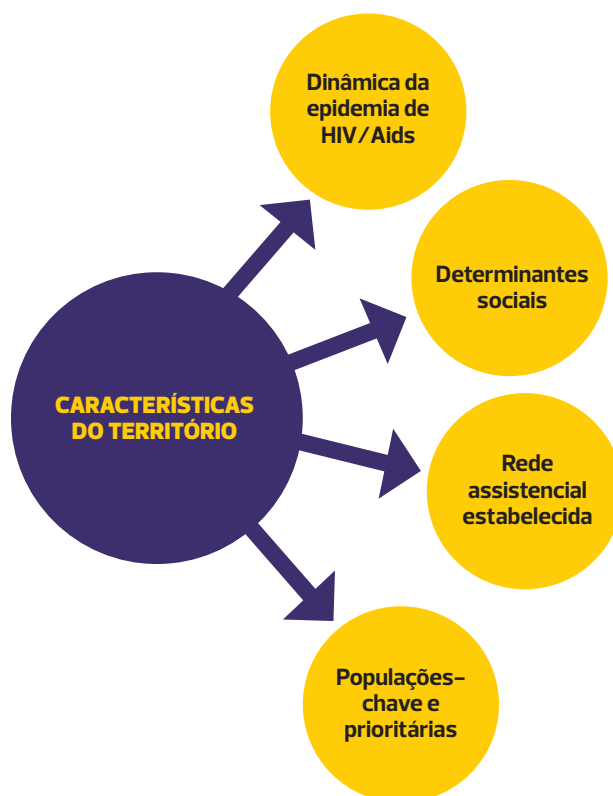
Por fim, convém lembrar que, por mais criteriosos que sejam o diagnóstico e a caracterização do território, e por mais potentes que sejam as articulações de redes para construção de linhas de cuidado, essas estratégias não podem jamais prescindir da **participação e controle social** no acompanhamento da implementação das ações de Prevenção Combinada do HIV nos territórios.

Afinal, é sabido que as melhores respostas à epidemia de HIV/aids sempre foram construídas a partir das contribuições críticas e implicadas que partem da sociedade civil organizada.

#### 4.1 Diagnóstico e caracterização do território em que será implementada a Prevenção Combinada do HIV

A harmonização do conjunto de recomendações relacionadas à implementação da Prevenção Combinada do HIV às necessidades locais pressupõe que sejam conhecidos, no âmbito do território, quatro aspectos fundamentais para a efetividade dessas ações: a dinâmica da epidemia de HIV/aids no território; os determinantes sociais presentes nesse território; a rede assistencial estabelecida; e as populações-chaves e prioritárias que vivem nesse território, conforme disposto na Figura 11.

Figura 11 – Características do território a serem consideradas no diagnóstico local



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

#### 4.1.1 A dinâmica da epidemia do HIV/aids no território

A análise das especificidades locais da epidemia de HIV/aids no território refere-se, primordialmente, ao método epidemiológico, ou seja, a aplicação de metodologias científicas de análise dos problemas de saúde de uma determinada população, em um determinado território. Constitui-se naquilo que Last (2005) definiu como as análises “da distribuição e dos determinantes dos estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas e a aplicação desse estudo para o controle dos problemas de saúde” (LAST, 2005, apud BARRETO, 1998).

Como forma de colaborar para essas análises, o Ministério da Saúde disponibiliza, por meio da página eletrônica do DIAHV, uma série de painéis de indicadores e dados básicos sobre o HIV/aids relacionados a todos os 5.570 municípios brasileiros. A partir desses painéis, é possível encontrar 19 indicadores de HIV/aids e 18 indicadores de sífilis, tabulados individualmente para cada um dos municípios. Esses indicadores são construídos a partir das notificações compulsórias de HIV/aids no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); dos registros dos casos no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel); e do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom). Além disso, também se podem acessar os dados obtidos junto ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), bem como dados populacionais dos censos demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponíveis na página eletrônica do Departamento de Informática do SUS (Datasus).

Essas informações podem ser obtidas mediante o acesso à seguinte página eletrônica: <http://indicadores.aids.gov.br/>

Além disso, o Ministério da Saúde publica, todos os anos, o Boletim Epidemiológico HIV/Aids, com informações relativas aos casos de HIV e de aids no Brasil, regiões, estados e capitais, de acordo com os principais indicadores epidemiológicos e operacionais estabelecidos pelo DIAHV. Somados às variáveis geográficas, são apresentados também dados relacionados a sexo, idade, categoria de exposição, raça/cor e escolaridade, entre outros. As publicações são produzidas a partir de dados transferidos das secretarias estaduais de saúde ao Setor de Produção do Datasus, do Ministério da Saúde.

O Boletim Epidemiológico HIV/Aids pode ser obtido mediante o acesso à seguinte página eletrônica: <http://www.aids.gov.br/biblioteca>

#### 4.1.2 Os determinantes sociais em saúde presentes no território

Além das informações epidemiológicas, é preciso que se faça, ainda nessa fase de diagnóstico/caracterização do território, uma análise profunda dos determinantes sociais que configuram a realidade sanitária descrita pelos dados epidemiológicos. Como já apontado anteriormente, os dados epidemiológicos relacionados ao HIV/aids refletem uma assimetria na distribuição dos recursos de saúde em determinados segmentos populacionais, a qual é consequência, sobretudo, de diferenças e iniquidades sociais.

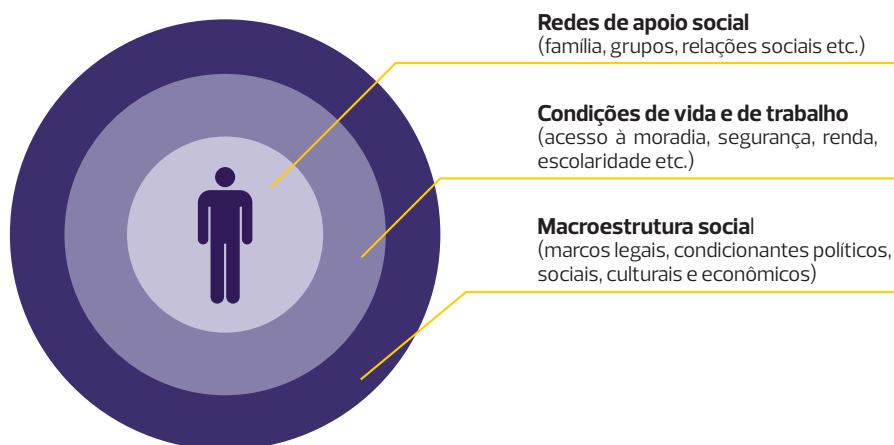
A análise desses determinantes sociais deve se dar em três diferentes níveis, conforme estabelecido na Figura 11.

O círculo mais externo da figura representa os marcos pelos quais a sociedade se estrutura, e comporta aspectos como economia, cultura e legislação.

O círculo intermediário representa os aspectos específicos da realidade social vivida pelos indivíduos de um determinado território, a partir de indicadores socioeconômicos geralmente relacionados com a maneira como são distribuídos, em sentido amplo, os recursos em uma dada localidade.

O círculo mais interno representa os padrões de interação social que os indivíduos desenvolvem e que constituem sua rede de amparo e apoio social.

**Figura 12 – Níveis de análise dos determinantes sociais relacionados ao HIV/aids**



Fonte: DIAHV/SVS/MS

#### 4.1.2.1 *Nível externo: macroestrutura social*

No nível mais externo da Figura 11, é preciso entender como a macroestrutura social está configurada tanto nacional como localmente. Nesse sentido, diversas pesquisas realizadas pelo IBGE constituem-se em uma fonte bastante abrangente de dados para a avaliação dos determinantes sociais em saúde vivenciados em um território definido. A partir desses indicadores, é possível obter dados acerca do perfil socioeconômico de todos os municípios brasileiros, além de diversas informações demográficas sobre suas respectivas populações.

Os dados coletados pelo IBGE podem ser acessados a partir do seguinte endereço eletrônico: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/indicadores.php>

Além desses indicadores, é preciso avaliar os marcos legais e os condicionantes culturais que influenciam os contextos de vulnerabilidades ao HIV/aids, refletindo-se nos índices epidemiológicos que apresentam maior concentração de casos em determinadas populações. Exemplo desse tipo de legislação que fragiliza e vulnerabiliza grupos específicos em relação ao HIV é o Projeto de Lei nº 198/2015, que "torna crime hediondo a transmissão deliberada do vírus da aids" (BRASIL, 2015d).

Esse acervo legal pode ser acessado a partir do seguinte endereço eletrônico: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao>

É preciso, ainda, fazer uma análise da realidade política e cultural que pode influenciar negativamente a dinâmica epidemiológica local. Preconceitos e discriminações ainda são uma realidade em boa parte do território nacional, vulnerabilizando pessoas, que muitas vezes são alvo de diversas violências reproduzidas nas muitas dimensões da vida social. Conhecer localmente como se dá essa realidade é imprescindível para obter um diagnóstico mais preciso de como os determinantes sociais agem no território analisado.

Para auxiliar na identificação dessas violências em um determinado território, o Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT), órgão integrante da estrutura básica da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência



da República (SDH/PR), apresenta, desde 2012, a publicação "Relatório de Violência Homofóbica no Brasil", contendo dados oficiais sobre violência, preconceito, discriminação e exclusão que atingem a população LGBT no país. Essa publicação da SDH possibilita a visibilidade, quantificação e comparação da realidade de violações dos direitos humanos vividas pela população LGBT, bem como a formulação de políticas públicas mais eficazes voltadas a essas pessoas. O relatório traz informações e dados desagregados para cada uma das 27 unidades da federação.

O relatório pode ser acessado a partir do seguinte endereço eletrônico: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/lgbt/dados-estatisticos>

Também os territórios marcados pelas relações de consumo e comércio de drogas têm dinâmicas próprias, sobretudo em face da criminalização. No caso das pessoas que usam drogas, soma-se ao estigma e ao preconceito, comuns a todas as populações-chave e prioritárias, a criminalização que determina risco real e cotidiano de morte e encarceramento, não apenas pela ação de grupos criminosos, mas pela mão do próprio Estado, já que as pessoas envolvidas em práticas associadas às drogas tornadas ilícitas muitas vezes precisam esconder-se para fugir à perseguição policial e da violência associada ao comércio ilegal.

Outra característica marcante da cultura brasileira é o machismo e a consequente desigualdade de gênero, que se manifesta das mais variadas formas em todo território nacional, desde a desigualdade no acesso ao mercado de trabalho e valorização laboral até a violência contra a mulher. Essa violência é em geral multifacetada e viola a integridade e a dignidade humana das mulheres, materializando-se em violência doméstica e familiar, violência sexual, feminicídio, violência de gênero na internet, violência contra mulheres lésbicas, mulheres transexuais e travestis e mulheres negras. Como forma de contribuir com o enfrentamento a essa gama de violências contra as mulheres, foi criada em 2003 a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), com o objetivo de promover a igualdade entre homens e mulheres e combater todas as formas de preconceito e discriminação herdadas de uma sociedade patriarcal e excludente.

Os dados compilados e as pesquisas da SPM podem ser acessados a partir do seguinte endereço eletrônico: <http://www.spm.gov.br/assuntos/violencia/pesquisas-e-publicacoes/pesquisas-e-publicacoes>



O preconceito e a discriminação raciais que estruturam as desigualdades no Brasil também se traduzem em uma realidade epidemiológica nos vários dados sobre a saúde, entre os quais a maior prevalência de casos de HIV/aids na população negra. Entre os casos de HIV registrados no Sinan no período de 2007 a 2015, 44,0% são entre brancos e 54,8% em pretos e pardos (BRASIL, 2016a). Sabe-se que o acesso à saúde é, por definição, assimétrico em sociedades heterogêneas e diversificadas como a brasileira, e que o racismo compõe uma das maneiras mais contundentes pelas quais essa assimetria se manifesta.

O racismo, tanto quanto as demais formas de preconceito mencionadas, restringe o acesso à saúde, a partir de critérios étnico-raciais que acabam por discriminar o alcance de parte da população aos benefícios em saúde gerados pelo Estado e pelas instituições/organizações que o representam. Reconhecer esse problema localmente é imprescindível para um diagnóstico e caracterização adequados dos determinantes sociais presentes no território, para os quais as ações de Prevenção Combinada do HIV buscarão respostas.

Existem algumas fontes de dados e informações que podem ser úteis para o diagnóstico da realidade local no que tange ao racismo. A Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) tem por objetivo a formulação, coordenação e articulação de políticas e diretrizes para a promoção da igualdade racial, monitorando indicadores relativos à discriminação racial no país. Alguns desses dados são consolidados em um mapa interativo, que traz informações relevantes sobre o racismo em todo território nacional.

O mapa interativo da SEPPIR pode ser acessado a partir do seguinte endereço eletrônico: <http://monitoramento.seppir.gov.br/paineis/pjv/mapas.vm?type=setor&cod=5300108>

#### 4.1.2.2 *Nível intermediário: condições de vida e de trabalho*

Para a análise do nível intermediário dos determinantes sociais que caracterizam um território específico, uma fonte de consulta bastante útil é o Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil, uma iniciativa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) em conjunto com a Fundação João Pinheiro (FJP) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). O atlas traz o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e outros 200 indicadores de demografia, educação, renda, trabalho, habitação e vulnerabilidade social para todos os municípios brasileiros. Considera-se que as informações compiladas

nesse atlas sejam suficientes para uma caracterização socioeconômica adequada de um determinado território.

O Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil pode ser consultado a partir do seguinte endereço eletrônico: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/home>

Para além dos indicadores a respeito dos contextos regionais, seria igualmente relevante levar em consideração as dinâmicas econômicas locais: o fechamento ou abertura de uma grande empresa, a decadência de uma ocupação tradicional, um desastre ambiental, a frequência de ciclos climáticos, processos de gentrificação, dentre outros, são fatores que por vezes escapam à análise de dados puramente estatísticos, mas que têm profunda relevância para a compreensão das dinâmicas locais. Tais dados podem ser obtidos a partir da memória das populações locais, ou de estudos realizados por instituições de pesquisa situadas no próprio território.

#### 4.1.2.3 *Nível interno: redes de apoio social*

A identificação da rede de apoio social que os indivíduos de determinado território podem acessar é talvez a análise que demande mais esforço, e mesmo criatividade, por parte da equipe responsável pelo diagnóstico/caracterização do território. Isso porque, diferentemente da macroestrutura social ou das condições de vida de um determinado território, há poucas fontes de dados relacionadas a como os indivíduos mobilizam seus vínculos em uma rede de apoio social.

Contudo, algumas estratégias podem ser adotadas para realizar essa análise. Uma proposta consiste em listar os itens que compõem a rede de apoio social com que conta uma pessoa em um determinado território, dividindo-os em dois grupos.

O **primeiro grupo** refere-se à gama de organizações voluntárias existentes no território, com os mais variados objetivos e diferentes graus de formalização, e que oferecem diferentes formas de amparo social, muitas vezes complementando a atuação estatal. Em relação a isso, boa parte dos municípios brasileiros conta com ao menos uma organização de natureza não governamental, que realiza atividades filantrópicas e presta assistência social ou defende os direitos de pessoas ou grupos sociais específicos (BRASIL, 2012).

Partindo-se dessa premissa, a análise da rede de apoio social com que os indivíduos contam passa necessariamente pela identificação dessas organizações no território, o que pode ser feito a partir dos vários registros públicos desse tipo de organização e do relato dos(as) trabalhadores(as) e dos(as) próprios(as) usuários(as). Além disso, boa parte dessas organizações obtém do poder público o título de Organização Social (OS) ou Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), as quais também podem ser consultadas em registros públicos.

O Ministério da Justiça mantém atualizado um cadastro com todas as entidades qualificadas como Oscip que atuam no país.

A relação das Oscip pode ser acessada a partir do seguinte endereço eletrônico:  
<http://portal.mj.gov.br/SistemaOscip/>

Por fim, algumas dessas organizações da sociedade civil, representantes de segmentos populacionais, são parceiras históricas do Ministério da Saúde na resposta à epidemia do HIV/aids, hepatites virais e outras IST. Algumas dessas representações participam de duas comissões consultivas das políticas públicas relacionadas à epidemia no Brasil: a Comissão Nacional de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais (Cnaids) e a Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais (Cams).

A relação das Organizações da Sociedade Civil que atuam especificamente em relação ao HIV/aids em parceria com o DIAHV pode ser acessada a partir do seguinte endereço eletrônico:  
[http://www.aids.gov.br/pt-br/aceso\\_a\\_informacao/servicos-de-saude](http://www.aids.gov.br/pt-br/aceso_a_informacao/servicos-de-saude)

O **segundo grupo**, que constitui a rede de apoio social dos indivíduos em um determinado território, refere-se ao conjunto de contatos em sua rede de sociabilidade, incluídos aí os vínculos diretos (amigos e familiares) e os vínculos indiretos (amigos de amigos, conhecidos, vizinhos etc.).

A escassez de relações sociais, bem como padrões de sociabilidade pouco extensos, constituem-se em fatores de risco à saúde, sendo o ostracismo social comparável mesmo a fatores reconhecidamente nocivos à saúde, como tabagismo, obesidade e sedentarismo, dentre outros.

De modo inverso, uma ampla rede de apoio social, com base nas interações sociais extensas de um determinado indivíduo, certamente contribui para uma vivência mais saudável. A identificação inicial dessa rede social é possível por meio de escuta qualificada.

Existem outras estratégias de registro e análise das redes de apoio social de um indivíduo em um determinado território, tais como o genograma e o ecomapa. Há inúmeros materiais que explicam o uso e funcionamento dos dois dispositivos, mas um dos mais didáticos pode ser encontrado no Caderno do Aluno do Projeto Caminhos do Cuidado, desenvolvido pelo Ministério da Saúde para a formação de agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem das equipes de Saúde da Família em temas relativos à saúde mental, álcool e outras drogas.

O Caderno do Aluno do Projeto Caminhos do Cuidado pode ser acessado a partir do seguinte endereço eletrônico:

[http://www.caminhosdocuidado.org/wp-content/uploads/2013/08/caderno\\_do\\_aluno-leitura.pdf](http://www.caminhosdocuidado.org/wp-content/uploads/2013/08/caderno_do_aluno-leitura.pdf)

#### 4.1.3 Rede assistencial estabelecida

No mapeamento da rede de serviços de saúde, é importante que sejam identificados (BRASIL, 2017a):

- » Quais os equipamentos disponíveis das RAS, com ações e serviços da Atenção Básica, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção especializada e hospitalar e vigilância em saúde;
- » Como estão organizados os serviços da Atenção Básica, como as Unidades Básicas de Saúde, Estratégias de Saúde da Família e Consultórios na Rua, que serão utilizados como suporte para a oferta das ações de prevenção combinada, bem como suas rotinas, fluxos e linhas de cuidado desenhadas;
- » Como estão organizados os equipamentos da rede de urgência e emergência e da atenção ambulatorial especializada e hospitalar, como

CTA e SAE, para que se possam fazer encaminhamentos seguros e compartilhados de PEP, vinculação e retenção para o cuidado contínuo às pessoas com resultados positivos de HIV, além de outras demandas das outras redes e articulações intersetoriais para garantir o cuidado integral;

- » Quais são as Organizações da Sociedade Civil (OSC) com experiência em ações de prevenção do HIV e/ou abordagem comunitária, bem como as lideranças comunitárias que atuam no território;
- » Como se dá a realidade epidemiológica e a dinâmica da população local em relação ao HIV/aids;
- » Quais são os determinantes sociais que impactam os índices epidemiológicos locais;
- » Quais são os segmentos populacionais mais afetados localmente pelo HIV/aids;
- » Quais os espaços de sociabilidade do território adstrito da Unidade de Saúde, incluindo o contexto relacionado ao uso de drogas, com suas dinâmicas, tipos e formas de uso, dentre outros aspectos; contextos de atividades de prostituição; e demais vulnerabilidades apresentadas pela população vinculada às equipes da Atenção Básica (Equipe de Saúde da Família, equipe de Atenção Básica, Equipe de Saúde da Família Ribeirinha e Fluvial, Consultório na Rua, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- » Como se dão os processos de Educação Permanente em Saúde (EPS);
- » Para além dos serviços de saúde, quais são os equipamentos da rede intersetorial presentes no território, como assistência social (Creas, Cras, Centro POP, abrigos, albergues...), educação (EJA, ensino noturno...), trabalho (iniciativas de geração de trabalho e renda, formação profissional...), cultura (atividades culturais, oficinas de criatividade...), dentre outras políticas públicas.

#### 4.1.4 Como identificar as populações-chave e prioritárias no território

Conforme já explicitado anteriormente, as vulnerabilidades individual, social e programática em relação ao HIV/aids são fruto de relações sociais assimétricas, em que preconceitos, estigmas e discriminação levam à concentração elevada de casos de infecção pelo HIV em determinados estratos sociais. Também já foi explicitado que esses estratos são considerados pelo Ministério da Saúde como populações-chave e populações prioritárias e, como tal, devem receber especial atenção nas ações de Prevenção Combinada do HIV.

É fundamental que, no momento do diagnóstico e caracterização das especificidades locais do território no qual serão ofertadas essas ações de Prevenção Combinada do HIV sejam verificadas a existência e a dinâmica dessas populações.

Dada a alta carga de estigma e preconceito, e em alguns casos, até de criminalização, muitas vezes estudos demográficos sobre essas populações esbarram em limitações metodológicas por vezes intransponíveis.

Dessa maneira, é comum em inquéritos e pesquisas demográficas que pessoas prefiram não se identificar com algum segmento populacional por medo de exposição, preconceito e violência, de forma que há uma menor quantidade de dados disponíveis sobre populações criminalizadas e estigmatizadas. Ainda assim, é possível contar com algumas fontes de informações que podem auxiliar nessa identificação. Seguem alguns exemplos e as respectivas fontes de pesquisa:

- » Levantamento da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (Senad/MJ), realizado desde 2001, sobre o uso de drogas pela população brasileira: <http://obid.senad.gov.br/obid/dados-informacoes-sobre-drogas/pesquisa-e-estatisticas/populacao-geral/levantamento-domiciliar>;
- » Censos utilizados pelo IBGE: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censohistorico/default\\_hist.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censohistorico/default_hist.shtm);
- » Informações geolocalizadas do IBGE: <http://mapas.ibge.gov.br/interativos>;
- » Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP): <http://www.aids.gov.br/biblioteca>;

- » Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (Ipea): [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td\\_2246.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td_2246.pdf);
- » Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2008), Ministério do Desenvolvimento Social (MDS): <http://www.criancanaoederua.org.br/pdf/Pesquisa%20Nacional%20Sobre%20a%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Rua.pdf>;
- » Censo do Sistema Único da Assistência Social (Censo Suas): [http://aplicacoes4.mds.gov.br/sagicenso/censosuas\\_2016/auth/index.php](http://aplicacoes4.mds.gov.br/sagicenso/censosuas_2016/auth/index.php);
- » Sistema Prisional: [http://www.cnj.jus.br/inspecao\\_penal/mapa.php](http://www.cnj.jus.br/inspecao_penal/mapa.php);

O IBGE não realiza, em suas pesquisas demográficas, inquéritos sobre a identidade de gênero das pessoas residentes nos domicílios pesquisados. Também não efetua a desagregação das pessoas trans nas estatísticas relacionadas a gênero. Outro ponto desfavorável é a inclusão, errônea, de mulheres transexuais e travestis no grupo de HSH.

Embora considerando as fontes de informações, a identificação das populações de cada território não se esgota por essas vias de levantamentos. É preciso fazer uma análise qualitativa, que considere as pessoas que chegam aos serviços; os segmentos populacionais que têm características e necessidades específicas, identificados no território por meio das equipes que atuam em campo, e que muitas vezes não chegam aos serviços; as demandas provenientes do campo interinstitucional, como Ministério Público, e as demandas intersetoriais advindas da assistência social e educação; e as dinâmicas e populações que compõem os diversos territórios brasileiros, tais como: regiões rurais, fluviais, urbanas, portuárias, fronteiriças e indígenas, muitas vezes constituídas por populações em situação de vulnerabilidade. Por fim, uma das fontes mais ricas para reunir tais informações advém das próprias pessoas acolhidas no processo de cuidado e nas estratégias de Prevenção Combinada do HIV.



## 4.2 Linha de Cuidado Integral ao HIV

Tendo em vista que os modelos de atenção às condições crônicas requerem respostas que contemplem ofertas e articulações integrais de ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado contínuo, a atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede. A formação de redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde mostra-se como forma de organização eficaz para responder a alguns desafios estruturais e epidemiológicos, trazendo melhores resultados para os indicadores de saúde (BRASIL, 2013a).

Para que se consiga chegar ao singular de cada caso, conforme propõe o paradigma da Prevenção Combinada do HIV, cada serviço precisa ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado e como um elemento no itinerário que o(a) usuário(a) percorre. Considerando a necessidade de reorganização dos processos de trabalho para colocar o(a) usuário(a) e suas necessidades na centralidade das ações programadas de forma integral, as ações e intervenções em saúde no âmbito das RAS se operacionalizam, via de regra, a partir de duas ferramentas de microgestão e qualificação da rede (BRASIL, 2013a):

- » Diretrizes Clínicas (protocolos); e
- » Linhas de Cuidado.

Em relação às diretrizes clínicas, já estão estabelecidas para a oferta das ações de intervenções biomédicas que compõem a Prevenção Combinada do HIV vários PCDT e manuais técnicos elaborados pelo Ministério da Saúde, detalhados na seção 3.1 desta publicação.

Em relação às Linhas de Cuidado, estas são formas de promover a integralidade e de fazer conexões com os pontos das RAS e das redes intersectorial e informal.

Por linha de cuidado entende-se, a partir da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, uma forma de articulação de recursos e de práticas de produção de saúde orientadas por diretrizes clínicas entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde para a condução oportuna, ágil e singular, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância.

A Linha de Cuidado Integral ao HIV integra ações e pactuações de fluxos assistenciais para promoção da saúde, ofertas de estratégias de Prevenção Combinada e cuidado contínuo e longitudinal, podendo ser desenhados diferentes fluxos assistenciais para cada um desses focos, de acordo com a realidade local.

Para que se estabeleçam fluxos assistenciais, é necessário mapear a rede de serviços existente e o potencial de cada serviço para o atendimento do agravo. Considerando que no Brasil existe uma epidemia concentrada em populações-chave e prioritárias, é primordial que estas sejam ouvidas no processo de articulação dos pontos de atenção no território. A linha de cuidado deve ser desenvolvida coletivamente com as redes de atenção e, posteriormente, pactuada nas instâncias de gestão e controle social locais para que haja condições de instituí-la.

É necessário o envolvimento de todos os serviços implicados no cuidado. Os serviços especializados em HIV/aids, como os CTA e os SAE, são alguns dos pontos dessa linha, devendo ser a Atenção Básica a coordenadora desse cuidado, em uma lógica compartilhada.

O estabelecimento de uma linha de cuidado única por parte do Ministério da Saúde, a ser implementada em todo o território nacional, constitui-se em uma concepção por demais estreita. Outrossim, duas ressalvas merecem ser feitas. A primeira, já observada anteriormente, é a de que uma parte expressiva das ações pelas quais se estruturam as intervenções de Prevenção Combinada do HIV não se realiza, necessariamente, no âmbito propriamente do SUS. Essa distinção é especialmente verdadeira quando se trata de intervenções estruturais. Também é necessário estabelecer pactuações com serviços de atenção às outras IST e hepatites virais, bem como outras comorbidades, como tuberculose, e serviços de outras redes, como a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e a Rede de Urgência e Emergência (RUE).

A segunda ressalva refere-se à importância de se distinguir conceitualmente linhas de cuidado de seus respectivos processos de referência e contrarreferência, que são uma de suas partes constituintes. A linha de cuidado difere de tais processos por não funcionar apenas com protocolos estabelecidos, mas pelo reconhecimento de que é preciso pactuar fluxos e reorganizar processos de trabalho para incorporar a ideia de integralidade na assistência à saúde, unificando ações para proporcionar o acesso do(a) usuário(a) ao cuidado de que necessita. É uma ferramenta que ajuda a organizar a rede, já que a existência dela, por si só, não garante o acesso e o cuidado (PESSÔA; SANTOS; TORRES, 2011).

Para essa coordenação de esforços ser efetiva, os fluxos assistenciais desenhados para a oferta de ações de Prevenção Combinada do HIV devem contar com os seguintes atributos:

- » Garantia de recursos materiais;
- » Garantia de recursos humanos;

- » Integração efetiva entre as unidades de saúde envolvidas, bem como as redes intersetorial e informal;
- » Corresponsabilização entre as unidades de saúde e as redes intersetorial e informal envolvidas, com fluxos de referência e contrarreferência pactuados e estabelecidos;
- » Interação entre as equipes; e
- » Gestão e compromisso com os resultados pactuados.

É importante observar que a construção e pactuação dos fluxos assistenciais da Linha de Cuidado Integral ao HIV parte do mapeamento da Rede Assistencial Estabelecida, detalhado na seção 4.1.3 desta publicação.

#### 4.2.1 Público-alvo a que se destina a Linha de Cuidado

Deve-se identificar, entre a população adstrita ao território, as pessoas que integram as populações-chave ou prioritárias, e que percorrerão os fluxos assistenciais desenhados pela Linha de Cuidado Integral ao HIV. Essa informação é imprescindível para que as diferentes necessidades desses públicos específicos estejam contempladas nos fluxos de referência e contrarreferência entre os diversos pontos de atenção da linha de cuidado. Por exemplo, trabalhadoras(es) do sexo muitas vezes podem necessitar de atendimento em horário não comercial, ao passo que pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas podem necessitar de ações extramuros.

Outra questão importante a ser considerada é que a população adstrita não se limita às pessoas com moradia e endereço fixo. Pessoas em situação de rua, trabalhadoras(es) do sexo e pessoas que usam drogas são exemplos de populações-chave que podem estar vinculadas a um território, sem nele constituir residência fixa.

Alguns aspectos sobre as populações-chave e prioritárias foram apresentados no Capítulo 2 deste documento e as recomendações de identificação local destas apresentadas no item 4.1.4.

#### 4.2.2 Pontos de atenção a serem considerados

Neste quesito, devem ser identificados os pontos de atenção que comporão a Linha de Cuidado Integral ao HIV, bem como a estrutura de serviços disponível no território, além de se estabelecerem os fluxos de encaminhamento dos(as) usuários(as) entre os pontos de atenção e os processos de referência e contrarreferência. Devem ser consideradas as estruturas dos serviços da Atenção Básica, os equipamentos da atenção especializada, a existência de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e os serviços de Atenção Especializada Hospitalar, entre outros.

Por fim, o levantamento de potenciais pontos de atenção que comporão a Linha de Cuidado Integral ao HIV a ser desenhada deve considerar os serviços intersetoriais e as organizações da sociedade civil presentes no território que realizam trabalhos relacionados ao HIV/aids e às populações-chave e prioritárias.

#### 4.2.3 Sistemas de Apoio e Sistemas Logísticos que podem ser acionados

Os Sistemas de Apoio referem-se aos serviços que dão suporte técnico complementar às ações desenvolvidas nos pontos de atenção. Na estruturação da Linha de Cuidado Integral ao HIV e dos fluxos assistenciais para a Prevenção Combinada do HIV, devem ser observados em especial quatro sistemas de apoio:

- » Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais (SisLogLab);
- » Sistema de Informação de Exames Laboratoriais (SisCel);
- » Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom); e
- » Rede Nacional de Laboratórios para Contagem de Linfócitos T- CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV.

O SisLogLab tem como principal objetivo racionalizar os fluxos de solicitação de insumos para realização de diagnósticos e controle de estoque dos Testes Rápidos de HIV, sífilis e hepatites virais para os serviços de Atenção Básica, hospitais, SAE e CTA.

O Siscel foi desenvolvido com o intuito de monitorar os procedimentos laboratoriais de contagem de linfócitos T-CD4+/CD8+ e quantificação da carga viral do HIV, para avaliação de indicação de tratamento e seguimento de pacientes em terapia antirretroviral.

Já o Siclom tem por objetivo o gerenciamento logístico dos medicamentos antirretrovirais (ARV) e dos insumos de prevenção, quais sejam: preservativos feminino e masculino e gel lubrificante. As informações são utilizadas para controle dos estoques e da distribuição dos ARV, assim como para obtenção de informações clínico-laboratoriais das PVHIV e uso de diferentes esquemas terapêuticos.

A quantificação da carga viral de HIV visa o monitoramento da evolução clínica das PVHIV, a análise do momento ideal para a introdução de terapias com ARV e a efetividade do tratamento de um indivíduo HIV-positivo. Por fim, a contagem de linfócitos T-CD4+/CD8+ objetiva o monitoramento da evolução clínica das PVHIV, quando da introdução de terapias com ARV em novos(as) usuários(as). Esse monitoramento, que possibilita a adoção de terapias preventivas às infecções oportunistas e busca a efetividade do tratamento, é o objetivo da Rede Nacional de Laboratórios.

Mais informações sobre esses sistemas podem ser acessadas por meio dos seguintes endereços eletrônicos:

SisLogLab: <http://sisloglab.aids.gov.br/>

Siscel: <http://www.aids.gov.br/pt-br/primeira-coluna/sistema-de-controle-de-exames-laboratoriais-da-rede-nacional-de-contagem-de>

Siclom: <http://azt.aids.gov.br/index.php>

#### **Rede Nacional de Laboratórios:**

- » CD4+/CD8+: <http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/monitoramento-da-infeccao-pelo-hiv-hiv/rede-nacional-de-laboratorios-de>
- » Carga Viral do HIV: <http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/monitoramento-da-infeccao-pelo-hiv-hiv/rede-nacional-de-laboratorios-de-carga>
- » Genotipagem do HIV: <http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/monitoramento-da-infeccao-pelo-hiv-hiv/genotipagem-do-hiv>

#### 4.2.4 Ações compõem a Linha de Cuidado Integral ao HIV

Nesta etapa, é preciso descrever as ações de cada ponto de atenção, considerando sua organização e rotinas internas e, sobretudo, as diretrizes e protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para cada uma dessas ações.

Além das diretrizes e protocolos, deve-se atentar, ainda, para as normativas e manuais técnicos produzidos pelo Ministério. É necessário estabelecer também, de forma inequívoca, a responsabilidade das equipes de cada ponto de atenção em relação a cada uma das ações que compõem a Linha de Cuidado Integral ao HIV.

Como exemplo, citam-se algumas ações que podem ser ofertadas a partir da Atenção Básica e dos CTA e os fluxos necessários para a oferta de outras.

A Atenção Básica pode realizar a oferta de insumos de prevenção clássica, como preservativos masculinos, preservativos femininos e gel lubrificante, de forma ampla e sem barreiras de acesso. Assim, devem-se oferecer os insumos sem a exigência de apresentação de documentos ou preenchimento de ficha; sem limitação da quantidade ou frequência de retirada; sem estabelecimento de idade mínima. Também podem ser ofertados kits de redução de danos para pessoas que usam drogas ou mesmo trabalhar com informações a respeito dos efeitos das drogas e das estratégias de redução de danos, para que essas pessoas, se forem consumir drogas, possam fazê-lo de maneira consciente e com estratégias de proteção.

Outra ação importante em que a Atenção Básica já está inserida desde a preconização da Rede Cegonha (Portaria MS/GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011), é a prevenção da transmissão vertical por meio da testagem rápida para o HIV e triagem da sífilis no âmbito da atenção ao pré-natal para as gestantes e suas parcerias sexuais. Mas, para além da testagem rápida no âmbito da Rede Cegonha, a Atenção Básica já vem ampliando a oferta de testagem para a população geral.

Em relação às profilaxias pré e pós-exposição ao HIV (PrEP e PEP), caso a Atenção Básica não realize sua oferta, é importante que as equipes conheçam os serviços que as oferecem e seus respectivos fluxos de referência aos quais o(a) usuário(a) deve ser encaminhado, que podem ser CTA, SAE ou mesmo serviços de urgência e emergência, no caso da PEP. Da mesma forma, em caso de resultado positivo para o HIV, o cuidado contínuo pode se dar tanto na Atenção Básica como nos serviços especializados, devendo-se estabelecer o compartilhamento do cuidado entre as equipes para que o(a) usuário(a) seja acompanhado em sua integralidade.

As ações que compõem a Linha de Cuidado Integral ao HIV não se esgotam nos serviços da Atenção Básica ou CTA, servindo aqui apenas como exemplificação para o levantamento e descrição das ações nas RAS.

#### 4.2.5 Definição e pactuação dos fluxos assistenciais da Linha de Cuidado Integral do HIV

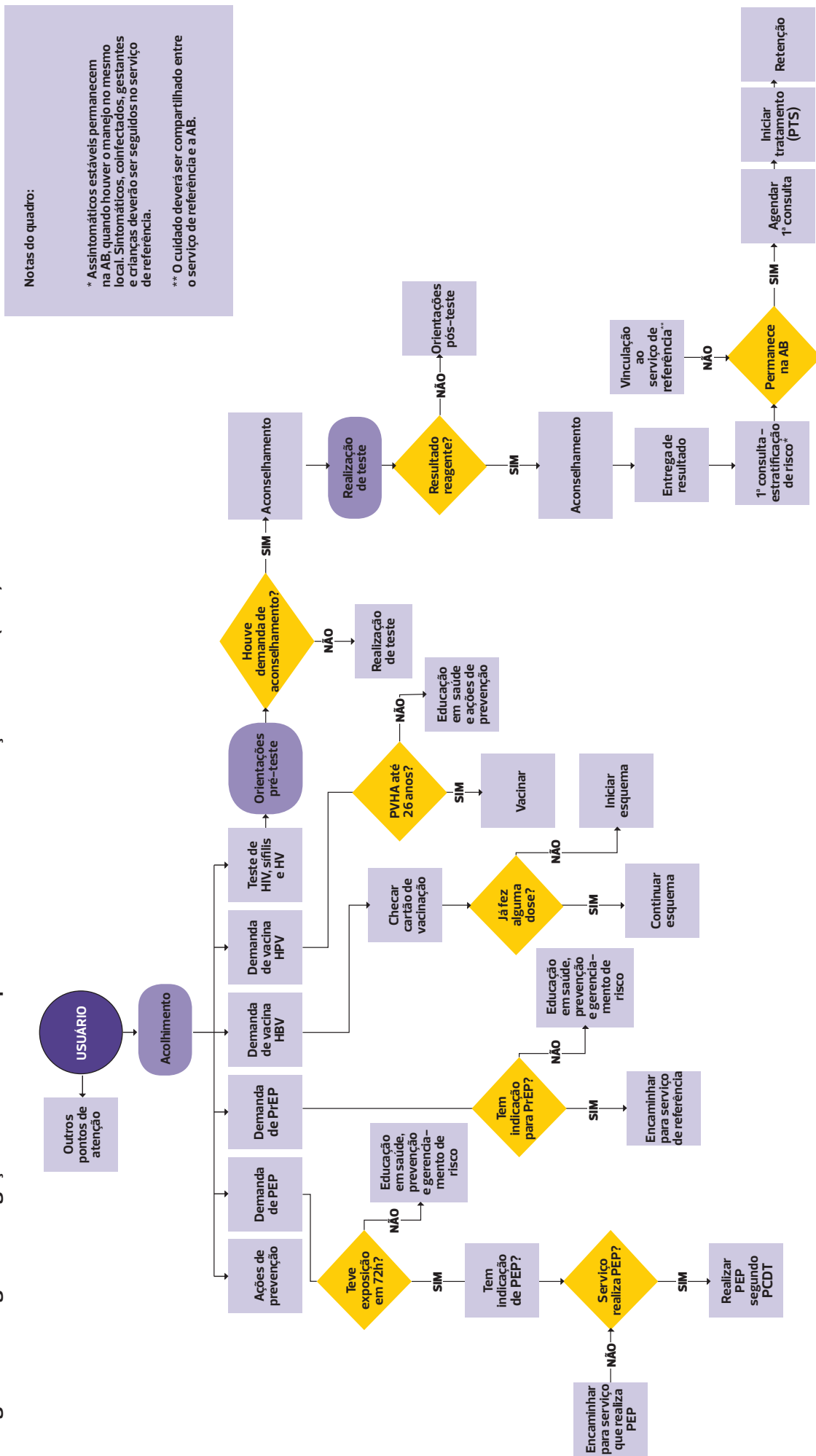
A pactuação e a definição de alguns fluxos assistenciais pode ser uma estratégia eficaz para construção da Linha de Cuidado Integral do HIV. Os critérios para definição desses fluxos devem ter como base a prevalência de determinado problema de saúde (nesse caso, o HIV), os serviços de saúde e intersetoriais existentes, os vazios assistenciais e as barreiras de acesso em alguma área específica (PESSÔA; SANTOS; TORRES, 2011). As linhas de cuidado poderão ser submetidas à Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB), já que algumas intervenções biomédicas, por exemplo, poderão demandar pactuações.

A configuração dos fluxos assistenciais para os componentes da Prevenção Combinada do HIV dependerá das necessidades da população adstrita a um determinado território, além da disponibilidade de fatores como trabalhadores(as), recursos materiais e orçamentários, entre outros. Dependerá também de quais pontos de atenção e quais RAS existem no território, além dos demais aspectos identificados no diagnóstico/caracterização deste.

Considerando a necessidade de que as intervenções biomédicas estejam associadas às intervenções comportamentais e estruturais e ao modo como os pontos de atenção estão conformados localmente, segue um exemplo de estabelecimento de fluxos para organizar essas ofertas:



Figura 13 – Diagrama de ligações entre os vários pontos de uma rede de atenção à saúde (RAS)



## 4.3 Participação e Controle Social

A participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) nas instâncias de Controle Social incide na constituição de um lugar técnico, político e social implicado com a ética, com a democracia e com os direitos humanos. As ações que visam estimular e promover o protagonismo e empoderamento partem do pressuposto de que, na resposta brasileira à epidemia do HIV/aids, a interlocução permanente com a sociedade civil é fundamental para potencializar ações de prevenção e informação, e se desdobra em algumas possibilidades como a formação de redes sociais, o fortalecimento dos trabalhos de base comunitária e a participação nos conselhos de direitos.

### 4.3.1 Importância da formação de redes sociais e dos trabalhos de base comunitária

Embora o conceito de Redes Sociais seja de fácil intuição, é difícil defini-lo de forma precisa, dada a diversidade de abordagens e a variedade de disciplinas que fazem uso do termo. Ainda assim, apesar dessa polissemia, encontram-se elementos comuns entre as várias definições empregadas. Em linhas gerais, podem-se conceituar Redes Sociais como sendo os padrões pelos quais determinados atores de uma dada coletividade ou grupo ligam-se entre si de forma direta ou mediante intermediários. Constituem-se, assim, nos modos de ligação entre os vários participantes de grupos de pessoas associadas ou afiliadas que buscam – a partir das sinergias vindas do somatório de suas capacidades individuais – objetivos compartilhados e metas comuns, mediante a ação coletiva.

O apoio à formação de redes relacionadas ao HIV é uma das estratégias recomendadas pelo Ministério da Saúde para proporcionar os meios de fomentar o protagonismo e empoderamento dos grupos sociais mais vulneráveis à epidemia. Além do estabelecimento de espaços de participação política, são fundamentais ações de estímulo ao surgimento de atores sociais entre as populações-chave e prioritárias. Por atores sociais entendem-se os indivíduos ou grupos de indivíduos engajados em iniciativas sociais de base comunitária e que podem atuar politicamente na resposta brasileira ao HIV, qualificando-a a partir das suas várias potencialidades e vulnerabilidades e trabalhando entre pares.

A ação entre pares é uma importante estratégia para o fortalecimento da prevenção combinada do HIV e se estrutura a partir da articulação do amparo e apoio mútuo, em que vivências são compartilhadas e existe forte sentimento

de pertencimento. Nesse sentido, diversas ações são desenvolvidas por organizações da sociedade civil criadas por PVHIV e populações-chave e prioritárias com o objetivo de compartilhar e promover cuidados com a saúde.

O engajamento comunitário e o desenvolvimento de ações protagonizadas pelas próprias populações-chave, ou por entidades que as representam, são estratégias fundamentais para a ampliação das ações de prevenção, diagnóstico, vinculação e tratamento oportuno.

A premissa de ações dessa natureza é a de que a formação de novos atores sociais resultará na multiplicação de agentes de transformação que incidirão politicamente nos espaços de participação e controle social nos territórios, enriquecendo, a partir de diferentes perspectivas e olhares, a resposta brasileira ao HIV/aids, mediante ações de enfrentamento da epidemia lideradas pela própria comunidade.

Benzaken et al. (2007) definem as intervenções de base comunitária na prevenção e na assistência às IST como propostas de programas baseados no quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos, na perspectiva da pedagogia da autonomia de Paulo Freire, tendo como princípios a "investigação, respeito aos saberes da comunidade e à sua autonomia, reconhecimento da identidade cultural e disponibilidade para o diálogo, recusa a qualquer forma de discriminação e promoção de direitos" (BENZAKEN et al., 2007).

Segundo os(as) autores(as), essas ações se dão em uma perspectiva construcionista e emancipatória, e são desenvolvidas em colaboração entre pesquisadores(as) e a comunidade, permitindo que seus resultados sejam compartilhados e discutidos ao longo do processo, mantendo a sensibilização e a sustentabilidade da ação.

#### 4.3.2 Participação nos conselhos de direitos

A participação social nos conselhos de direitos compõe a proposta de funcionamento dos conselhos de políticas sociais. Os conselhos de direitos são órgãos colegiados permanentes, paritários e deliberativos que formulam, supervisionam, avaliam, controlam e propõem políticas públicas. Na saúde, as duas formas principais de participação social são as Conferências e os Conselhos de Saúde, estabelecidos pela Lei nº 8.142/90 e pela Resolução nº 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

A Conferência de Saúde é um fórum de debate, formulação e avaliação das políticas de saúde e acontece de quatro em quatro anos, reunindo todos os segmentos representativos da sociedade. É um espaço de debate que visa

propor diretrizes para a formulação da política de saúde nas três esferas de governo, sendo convocada pelo Poder Executivo ou pelo conselho de saúde, quando 50% + 1 dos(as) integrantes conclamam a conferência.

Os Conselhos de Saúde são espaços deliberativos e permanentes do SUS em cada esfera de governo, fazendo parte da estrutura das secretarias de saúde municipais, estaduais e do Ministério da Saúde no nível federal. Fazem parte desse colegiado representantes do governo, dos(as) usuários(as), dos(as) trabalhadores(as) da saúde e prestadores de serviços, sendo que o segmento dos usuários deve ser paritário com a soma dos demais segmentos, ou seja, 50% dos integrantes do conselho de saúde devem ser de usuários, 25% de trabalhadores(as) da saúde e outros 25% serão compostos pela gestão e prestadores de serviços. A estrutura do Conselho de Saúde comporta, dentre outras instâncias, Comissões Temáticas de caráter consultivo, entre as quais a Comissão de IST e HIV/Aids.

É importante ressaltar que o tema da saúde, em muitos momentos, compõe a pauta de debates dos demais conselhos de direitos, como: Conselho da Assistência Social; Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente; Conselho da Educação; Conselho de Segurança Pública; Conselho do Idoso; Conselho da Mulher, entre outros.





# Referências

AAAS (AMERICAN ASSOCIATION FOR THE ADVANCEMENT OF SCIENCE). Science. Special Issue 2011: Breakthrough of the Year, 2011. Disponível em: <<http://www.sciencemag.org/site/special/btoy2011/>> . Acessado em 18/02/2017

AGÊNCIA ESTADO. Um quinto das pessoas que fazem exame de HIV no Emílio Ribas desiste do resultado. Em: <<http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,um-quinto-das-pessoas-que-fazem-exame-de-hiv-no-emilio-ribas-desiste-do-resultado,1006984>>. Acessado em 03/02/2017.

BARAL, S.; POTEAT, T.; STRÖMDAHL, S. et al. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis – Lancet Infect Dis 2013; 13: 214–22

BARBOSA, R. M.; PERPÉTUO, I. H. O. Contribuições para a análise das estratégias de prevenção da disseminação do HIV entre mulheres no Brasil: o preservativo feminino em foco. In Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Compromissos do governo brasileiro com a plataforma da CIPD: rumos ao Cairo + 20. Brasília: Presidência da República. 2010.

BARRETO, M. L. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. Rev. bras. epidemiol., São Paulo , v. 1, n. 2, p. 123-125, Aug, 1998 .

BASTOS, F. I. Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2009

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (org.). Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BENZAKEN, A. S. et al. Intervenção de base comunitária para a prevenção das DST/Aids na região amazônica, Brasil. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 41, supl. 2, p. 118-126, Dec. 2007, p. 119



BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Dados das inspeções nos estabelecimentos penais [on-line]. Disponível em: < [www.cnj.jus.br/geopresidios](http://www.cnj.jus.br/geopresidios)>. Acessado em 12/05/2017.

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde (LOS). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV / Aids e das Hepatites Virais. 5 Passos de Prevenção Combinada. 2017a

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. 8ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.028, 1º DE JULHO DE 2005. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1, DE 2 DE JANEIRO DE 2014. INSTITUI A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL (PNAISP) NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Adesão ao Tratamento das Pessoas Vivendo com HIV e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília : 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013b. (p. 20).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, do HIV / Aids e das Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 85 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV / Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, 2015b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, 2015c. 120p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Relatório de Monitoramento Clínico do HIV. 2016c. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2016/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv>>. Acessado em 13/02/2017

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. 166 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/aids e das Hepatites Virais. Manual de Cuidado Contínuo do HIV. Ministério da Saúde. Brasília, 2017b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Nota Informativa Conjunta SVS/SAS nº 67/2016. 2016d. Disponível em: <http://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2016/09/NI-preservativo-feminino.pdf>. Acesso em 19/05/2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Sumário Executivo Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. 2008a. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario\\_executivo\\_pop\\_rua.pdf](http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario_executivo_pop_rua.pdf)>. Acessado em 13/11/2016

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015 – Rio de Janeiro: IBGE, 2016e. 108p.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Comunicado da Presidência nº 4. Desigualdades raciais, racismo e políticas públicas: 120 anos após a abolição. 2008b. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/4729>>. Acessado em 11/12/2016

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. As Fundações privadas e associações sem fins lucrativos no Brasil: 2010– Rio de Janeiro : IBGE, 2012. 157 p.

\_\_\_\_\_. Nota Informativa Conjunta nº 046/2016 – CGPNI/DEVIT-DDAHV/SVS/MS. 2016f. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/es/node/58873> . Acesso em: 15/08/2017.

\_\_\_\_\_. Projeto de Lei nº 198/2015. Torna crime hediondo a transmissão deliberada do vírus da AIDS. 2015d. Em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=945940>, acessado em 09/03/2017.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 23, n. 2, p. 399–407, Feb. 2007

COHEN, M. S. et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV–1 Transmission. The New England journal of medicine 375.9 (2016): 830–839.

COHEN, M.S. ET AL (2011) Prevention of HIV–1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. The New England Journal of Medicine 365(5):493–505. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1105243>>. Acessado em 18/02/2017.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. Declaração de Alma-Ata. Cazaquistão, 1978. (disponível em [www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec\\_Alma-Ata.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm))

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1. Carta de Ottawa. Canadá, 1986. (disponível em [www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec\\_Ottawa.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm))

DEBECK, K. et al. HIV and the criminalization of drug use among people who inject drugs: a systematic review. The Lancet HIV, v. 4, n. 8, p. e357–e374, Ago. 2017.

DOURADO, I. et al. Revisitando o uso do preservativo no Brasil. Rev. bras. epidemiol., São Paulo , v. 18, supl. 1, p. 63–88, Sept. 2015

FERRAZ, D.; PAIVA, V. Sexo, direitos humanos e AIDS: uma análise das novas tecnologias de prevenção do HIV no contexto Brasileiro. In: REV BRAS EPIDEMIOL SET 2015; 18 SUPPL 1: 89–103. (p.97)

FONNER, V. A.; DALGLISH, S. L.; KENNEDY, C. E. et al. Effectiveness and safety of oral HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) for all populations: A systematic review and meta-analysis. AIDS, 2016.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. Linhas do Cuidado Integral: uma proposta de organização da rede de saúde. Universidade Federal Fluminense, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>>. Acessado em: 17 maio 2017.

GRANGEIRO, A. et al. O efeito dos métodos preventivos na redução do risco de infecção pelo HIV nas relações sexuais e seu potencial impacto em âmbito populacional: uma revisão da literatura. Rev Bras Epidemiol. 2015, v. 18, p. 43–62, 2015.

GRANICH, R. M. et al. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. The Lancet, Volume 373, Issue 9657, p. 48 – 57. January 2009.

GRANJA, E. et al. O (não) lugar do homem jovem nas políticas de saúde sobre drogas no Brasil: aproximações genealógicas. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3447–3455, Nov. 2015.

GRANT, R. M.; LAMA, J. R.; ANDERSON, P. L., et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. N Engl J Med. 2010;363(27):2587–2599. doi: 10.1056/NEJMoa1011205.

GRINSZTEJN, B. et al. Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling study in Rio de Janeiro, Brazil. Lancet HIV, v. 4, p. e169–e176, 2017.

GUPTA, G. R. et al. Structural approaches to HIV prevention. Lancet. v. 372, n. 9640, p. 764–775, ago. 2008.

KERR, L. Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras. Relatório técnico entregue ao Departamento DST, Aids e Hepatites Virais, 2009

MAHER, L.; DIXON, T. C. Collateral damage and the criminalisation of drug use. The Lancet HIV, v. 4, n. 8, p. e326–e327, Ago. 2017.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e Aids. In: Parker R, organizador. A Aids no mundo. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993. p. 276–300.

MANN, J.; TARANTOLA, DJM; NETTER, T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e Aids. In: Parker R, organizador. A Aids no mundo. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993. p. 276–300.

MELATTI, J. C. Índios do Brasil. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007

MELLO, D. F.; GONÇALVES, K. C.; FRAGA, M. F. et al. Complicações locais após a injeção de silicone líquido industrial – série de casos. Rev. Col. Bras. Cir. 2013; 40(1): 037–043.

MORAES, M.; MONTENEGRO, M. Autoridade e imposição de limites: atributos necessários na atenção à saúde de pessoas que consomem drogas? Nova Perspectiva Sistêmica, Rio de Janeiro, n. 48, p. 57–63, Abr. 2014.

NEMOTO, T.; OPERARIO, D.; KEATLEY, J. A. et al. HIV Risk Behaviors Among Male-to-Female Transgender Persons of Color in San Francisco. Am J Public Health. 2004 July; 94(7): 1193–1199.

PEPFAR (THE U.S. PRESIDENT'S EMERGENCY PLAN FOR AIDS RELIEF). PEPFAR's Five-Year Strategy. December 2009. Disponível em: <<https://www.pepfar.gov/about/strategy/document/133251.htm>>. Acessado em 22/01/2017

PESSÔA, L. R.; SANTOS, E. H. A.; TORRES, K. B. O. (org.). Manual do gerente: desafios da média gerência na saúde. Rio de Janeiro, ENSP, 2011

PINHEIRO, T. F.; CALAZANS, G. J.; AYRES, J. R. de C. M. Uso de Camisinha no Brasil: um olhar sobre a produção acadêmica acerca da prevenção de HIV/Aids (2007–2011). Temas psicol., Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 815–836, dez. 2013.

PIOT, P. et al. Coming to terms with complexity: a call to action for HIV prevention. Lancet. v. 372, n. 9641, p. 845–859, set. 2008.

REDTRASEX (Red de Mujeres...) Estudio sobre Estigma y Discriminación en el acceso a los servicios de salud. 2013. Disponível em: <<http://redtrasex.org/Estudio-sobre-estigma-y.html>>. Acessado em 19/05/2017.

SANTOS, V. L. et al. Reflexões sobre as políticas de controle das DST e Aids na população indígena. Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva, 2010.

SEFFNER, F.; PARKER, R. Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids. Interface (Botucatu). 2016; 20(57):293–304.

SOUZA, J. A ralé brasileira: como é e como vive. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

SZWARCWALD, C. L. Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis nos grupos das mulheres trabalhadoras sexuais, no Brasil. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2009.

TEIXEIRA, T. R. A. et al. Social geography of AIDS in Brazil: identifying patterns of regional inequalities. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 259–271, fev. 2014.

THE LANCET (Org.). HIV and Sex Workers, July, 2014. Disponível em: < <http://www.thelancet.com/series/HIV-and-sex-workers>>. Acessado em 19/05/2017.

UNAIDS (United Nations). Get on the Fast-Track: the life-cycle approach to HIV – Finding solutions for everyone at every stage of life. UNAIDS, 2016.

UNAIDS (UNITED NATIONS...). Combination HIV prevention: tailoring and coordinating biomedical, behavioural and structural strategies to reduce new HIV infections: a UNAIDS discussion paper. 2010. Disponível em: <[http://www.unaids.org/en/resources/documents/2010/20101006\\_JC2007\\_Combination\\_Prevention\\_paper](http://www.unaids.org/en/resources/documents/2010/20101006_JC2007_Combination_Prevention_paper)>. Acessado em 12/02/2017

UNAIDS (UNITED NATIONS...). 90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. 2014. Disponível em: < <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/90-90-90>>. Acessado em 26/02/2017

UNAIDS/WHO (UNITED NATIONS...). Initiating second generation HIV surveillance systems: practical guidelines. 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/guidelines/en/>>. Acessado em 14/01/2017

VERAS, M. A. S. M. et al. High HIV Prevalence among Men who have Sex with Men in a Time-Location Sampling Survey, São Paulo, Brazil. *AIDS Behav.* 2015 Sep;19(9):1589–98

VILLELA, W. V. Sobre o preservativo feminino e os entraves para a sua disseminação no país: algumas reflexões. *Boletim ABIA*, [S.l.], v. 60, jun 2015.

WALDMAN, E. A. *Vigilância em Saúde Pública*, volume 7. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. 267p.

WHO/UNAIDS (WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNITED NATIONS...) Technical Consultations. 2007. "New Data on Male Circumcision and HIV Prevention: Policy and Programme Implications. Conclusions and Recommendations". Montraux. Disponível em: [www.who.int/hiv/mediacentre/MCrecommendations\\_en.pdf](http://www.who.int/hiv/mediacentre/MCrecommendations_en.pdf). Acesso em 22/05/2017.





DISQUE SAÚDE

136

Ouviodória Geral do SUS.  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)



MINISTÉRIO DA SAÚDE

