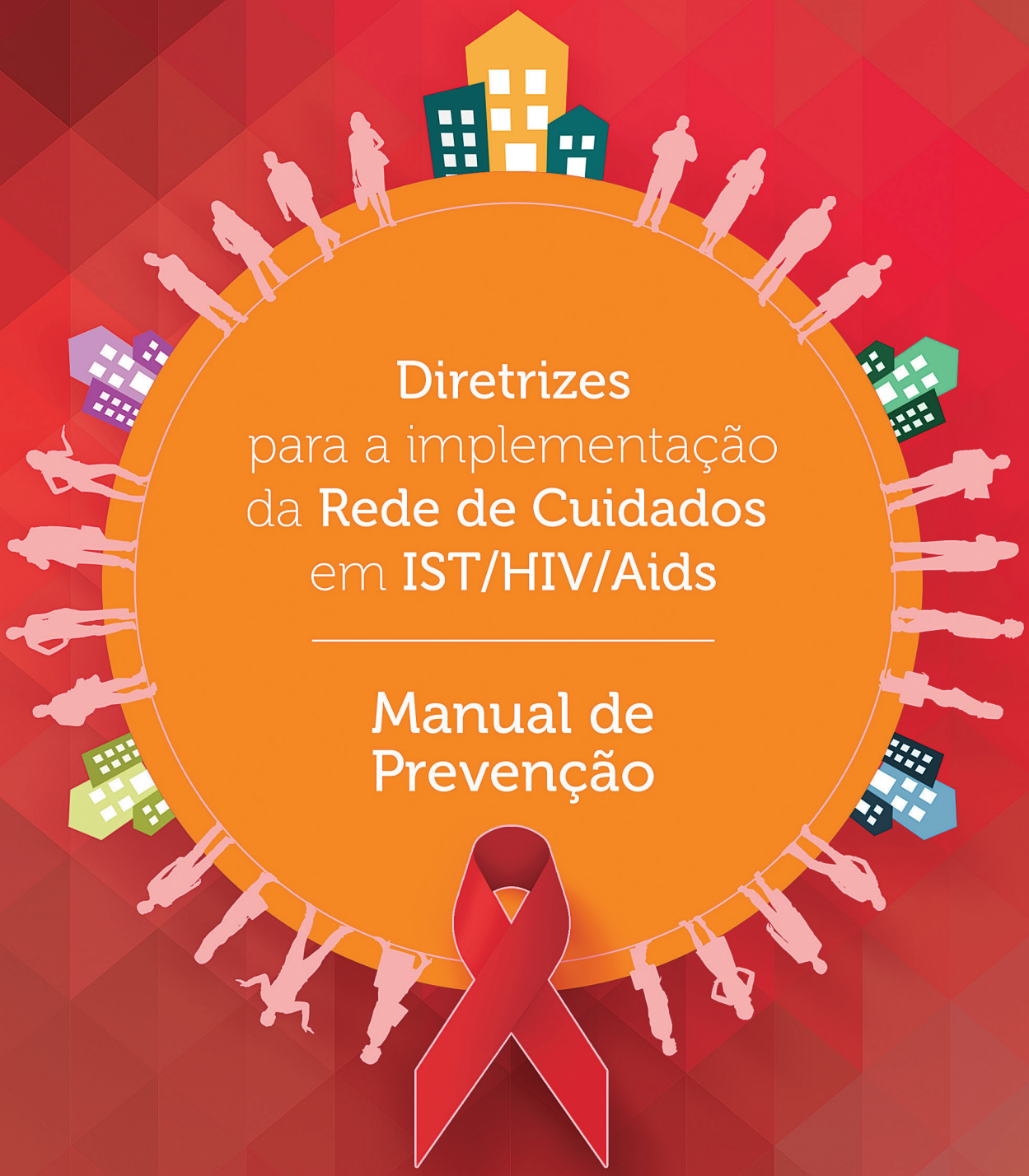


Diretrizes para a implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/Aids

Manual de Prevenção

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS DE SÃO PAULO
PROGRAMA ESTADUAL DE DST/AIDS DE SÃO PAULO

2017

Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP
Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD
Secretaria de Estado da Saúde-SP

DIRETRIZES PARA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS EM IST/HIV/AIDS

MANUAL DE PREVENÇÃO

1ª Edição

São Paulo
2017

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Coordenadoria de Controle de Doenças
Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS-CRT-DST/AIDS-SP
Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo

Coordenação do Programa Estadual de DST/AIDS-SP
Maria Clara Gianna - Coordenadora
Artur O. Kalichman - Adjunto
Rosa Alencar Souza - Adjunta

Gerência de Prevenção
Ivone de Paula - Gerente
Naila J. S. Santos - Adjunta

Organizadoras
Ivone de Paula
Naila J. S. Santos

Autores
Analice de Oliveira*
Celso Ricardo Monteiro**
Fabíola Santos Lopes*
Heloisa Hanada*
Ivone de Paula*
Josefa Laurindo da Silva*
Jorge A. Beloqui***
Judit Lia Busanello****
Márcia Regina Giovanetti*
Maria do Carmo Sales Monteiro*****
Naila J. S. Santos*
Paula de Oliveira e Sousa*

* Equipe Técnica de Prevenção – CRT – Programa Estadual de DST/AIDS- SP
** Programa Municipal de DST/AIDS – SMS- SP
*** GIV, ABIA, RNP+,Nepaids, IME-USP
**** Gerência do Ambulatório de Saúde Integral de Transexuais e Travestis – CRT – Programa Estadual de DST/AIDS-SP.
***** Escola Municipal de Saúde. Gerência de Projetos Educacionais – SMS-SP.
******Espaço de discussão de Políticas Públicas com representação de municípios, Grupos de Vigilância Epidemiológica e sociedade civil do estado de São Paulo.

Revisão do Texto
Naila J. S. Santos, Ivone de Paula, Rosa Alencar Souza, Mariliza Henrique da Silva, Analice de Oliveira, Fabíola Santos Lopes, Artur O. Kalichman, Maria Clara Gianna.

Agradecimento
Rosane Gutman*
Comitê Técnico de Prevenção ******

FICHA CATALOGRÁFICA

Diretrizes para implementação da rede de cuidados em IST/HIV/AIDS – Manual de Prevenção
CRT – DST/AIDS. CCD., Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2017.

ISBN 978-85-99792-29-2 / 978-85-99792-31-5

1.HIV/AIDS, 2- Infecções sexualmente transmissíveis, 3- Rede de cuidados,
4- Prevenção, 5- Gerenciamento de risco, 6- Preconceito e discriminação

Esta publicação pode ser reproduzida no todo ou em partes desde que citada a fonte. Disponível em meio eletrônico - www.crt.saude.sp.gov.br

Apresentação

A série "Diretrizes para apoiar a implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/AIDS" foi idealizada para apoiar gestores, gerentes, profissionais de saúde e sociedade civil na implementação da rede de cuidados em IST/HIV/AIDS.

Neste manual de Prevenção as IST/HIV/AIDS são apresentados os temas prioritários relativos as atividades de prevenção nesse campo a partir do olhar dos profissionais de saúde e do movimento social envolvidos no Programa de DST/AIDS no estado de São Paulo.

Iniciamos com a meta 90/90/90 proposta pela UNAIDS e a necessidade de notório reconhecimento de implementar estratégias de prevenção e promoção dos direitos humanos para almejar o alcance dessa meta considerada audaciosa em qualquer contexto e situação. Em seguida abordamos o conceito de vulnerabilidade e seus desdobramentos para o campo da prevenção, o que contribui para o entendimento das necessidades das pessoas afetadas e deve nortear as estratégias propostas.

O surgimento de novas tecnologias biomédicas e a perspectiva de trabalhar com gerenciamento de risco ampliam o leque de possibilidades de prevenção para as pessoas mais vulneráveis às IST e HIV. Neste contexto surge a prevenção combinada como principal estratégia nesse campo, abordada em capítulo específico e em vários outros textos deste manual.

O texto, juntos na prevenção, coloca a importância de trabalhar no território articulando a prevenção nos diversos pontos de atenção, outros locais da comunidade e equipamentos sociais como potente estratégia para o trabalho em rede.

Entretanto, não será possível avançar no enfrentamento da epidemia sem reduzir o preconceito e a discriminação contra a população LGBT, as PVHIV, o reconhecimento das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade.

Esperamos que as discussões aqui apresentadas colaborem para implementação de praticas profissionais mais eficazes, efetivas e humanizadas contribuindo para ampliação do acesso às estratégias de prevenção em toda rede de atenção às IST/HIV/AIDS.

Recomendamos a leitura do Manual 1: contexto das IST/HIV/AIDS e Organização dos serviços em rede; Manual 3: Assistência em IST/HIV/AIDS para a implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/AIDS.

Índice

Introdução à prevenção do HIV e gerenciamento de risco 9

90 90 90 - Uma proposta que visa por fim a epidemia de Aids 13

Marcos conceituais para o trabalho da prevenção: vulnerabilidade e diversidade sexual. 15

Camisinha, um insumo estratégico, ontem, hoje, sempre. 21

Prevenção combinada, prevenção biomédica e gerenciamento de risco. 31

Redução de riscos para a prevenção do HIV entre homens que fazem sexo com outros homens. 43

Aids em homens que fazem sexo com homens: tópicos importantes da política pública de prevenção do HIV/AIDS para gays, travestis e outros HSH. 57

Saúde integral para travestis e transexuais e as estratégias de prevenção para essa população. 67

Redução de danos como ação promotora de saúde e auto cuidado, combatendo estigmas e preconceitos, na perspectiva do respeito ao direito do cidadão. 73

Atenção básica: preparando os serviços para novas estratégias de prevenção. 77

Juntos na prevenção das IST/AIDS: articulação de políticas públicas no território. 87

Transmissão vertical da sífilis/HIV em mulheres em uso de crack. 93

Diretrizes estaduais para desenvolver ações de prevenção das IST/AIDS voltadas às mulheres profissionais do sexo. 99

Acesso e a universalidade da prevenção às IST/AIDS sob a ótica das relações étnico-raciais: notas sobre a promoção da equidade em saúde. 109

O conceito de vulnerabilidade e as questões étnico-raciais: ações propostas. 125

Glossário

A

ACS - agentes comunitários de saúde

Aids - A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ARV – Antirretroviral

C

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CDC - Centro de Controle de Doenças dos EUA

CIC - Centros de Integração da Cidadania

CRAS - Centro de Referência de Assistência

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CTA- Centro de Testagem e Aconselhamento

D

DDAHV - Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais

E

ESF – Estratégia de Saúde da Família

G

GVE - Grupos de Vigilância Epidemiológica

H

HIV - Vírus da imunodeficiência Humana

HPV - Papiloma Vírus Humano

HSH – Homens que fazem sexo com outros homens

I

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

L

LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

O

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONGs – Organizações não governamentais

P

PCAP - Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira

PE DST-AIDS Programa Estadual de DST/AIDS

PEP sexual – Profilaxi a pós Exposição ao HIV

PrEP – Profilaxia pré Exposição ao HIV

PUD – Pessoa em uso de droga

PUDI - Pessoas em uso de drogas injetáveis

R

RD – redução de danos

S

SAE – Serviço de Assistência Especializada

SAMU- Serviço De Atendimento Móvel De Urgência

SC - sífilis congênita.

SICLOM - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SISCEL- Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

T

TcP – Tratamento como Prevenção

TISC - taxa de incidência de sífilis congênita

TR - Teste Rápido

U

UBS- Unidade Básica de Saúde

UNAIDS - (Joint United Nations Program on HIV/AIDS) o programa das Nações Unidas de combate à AIDS.

Introdução à prevenção do HIV e gerenciamento de risco

Nas primeiras décadas da epidemia de HIV/Aids as ações de prevenção, sempre pautadas pelo respeito aos direitos humanos e à diversidade sexual, se basearam na luta contra o preconceito e discriminação e na oferta de insumos, preservativos masculinos, femininos, gel lubrificante e material informativo distribuídos nos serviços de saúde pública, atividades extramuros e atividades promovidas pelas Organizações não Governamentais (ONGs).

Naquele momento, um dos principais desafios foi o preparo dos profissionais de saúde para lidarem com as questões relacionadas ao HIV tanto no que diz respeito à assistência quanto à prevenção. O aconselhamento foi uma tecnologia introduzida no campo das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Aids, para discutir prevenção, ofertar a testagem para o HIV e fazer a revelação do diagnóstico.

Como estratégia de prevenção da transmissão sexual do HIV iniciou-se as Oficinas de sexo seguro, espaços que permitem a discussão do auto cuidado, de como viver positivamente a sexualidade, de acordo com os seus valores e opções, e proteger das IST e HIV com ênfase no preservativo. Essa tecnologia foi, e ainda é utilizada tanto nos serviços de saúde quanto nas ONG e atualmente com enfoque no gerenciamento de risco.

No intuito de conter a transmissão sanguínea do HIV, no fim da década de 80, foi estabelecido rígido controle do sangue e hemoderivados transfundidos e essa ação foi fundamental para diminuir de forma importante o impacto do HIV/AIDS nos indivíduos transfundidos e hemofílicos.

Nos anos 90, com o aumento da incidência de casos de AIDS em pessoas em uso de drogas injetáveis (PUDI), implantou-se a Política de Redução de Danos (RD) que é um conjunto de medidas em saúde que tem por finalidade minimizar as conseqüências danosas do uso de drogas. A distribuição de seringas e agulhas descartáveis, no Kit de RD para PUDI, tinha a perspectiva de diminuir a infecção pelo HIV nessa população e embora tenha havido uma importante queda na incidência dessa infecção nas PUDI, nos anos 2000, hoje a distribuição do Kit de RD, em alguns serviços de referência, ainda guarda a mesma perspectiva.

Dadas as especificidades das PUDI e a dificuldade de acessá-las foram capacitados ex-usuários de drogas como agentes de prevenção, trabalhando na lógica da educação entre pares que valoriza a troca de saberes entre pessoas que viveram ou vivem experiências semelhantes. Nessa mesma lógica trabalhou-se com prevenção para as profissionais do sexo.

Outra importante estratégia da prevenção com populações vulneráveis é acessá-las através do trabalho no território, onde essas populações vivem ou transitam com a

finalidade de estudo, trabalho ou lazer. Esse trabalho prevê o estabelecimento de uma rede de equipamentos e serviços do próprio território que possa atender às demandas dessas populações, proporcionando e/ou ampliando seu acesso as ações de prevenção às IST/Aids.

Sabendo-se que as outras IST são portas de entrada para o HIV, uma estratégia importante de prevenção é o tratamento das mesmas. Para que os serviços pudessem se preparar para este atendimento capacitou-se profissionais de todo o Estado no manejo das IST por fluxograma (abordagem sindrômica), que consiste na utilização imediata de uma gama de medicamentos que possa cobrir as possibilidades diagnósticas diante de uma série de sinais e sintomas, oportunizando o tratamento das IST na primeira abordagem do indivíduo com a queixa.

As primeiras formas de uso dos antirretrovirais (ARV) enquanto tecnologia de prevenção foram as profilaxias pós exposição (PEP) para acidentes de trabalho com materiais perfuro cortantes (acidentes biológicos) e para violência sexual, na tentativa de impedir a replicação viral e a infecção pelo HIV dos profissionais acidentados ou das vítimas de violência.

O tratamento com ARV das gestantes HIV positivas e de seus bebês até a sexta semana de vida, aliada a recomendação de não amamentar, mostrou-se uma medida eficaz para reduzir drasticamente a transmissão vertical do HIV.

Com o passar do tempo novas estratégias foram incorporadas ao rol de possibilidades de prevenção para além dos preservativos, e surgiu a necessidade da incorporação dessas para avançar na prevenção da transmissão sexual do HIV.

Uma das primeiras ações nesse sentido foi a proposição de acordos entre casais que se consideram estáveis, que pressupõe que ambos realizem o teste para detecção do HIV após pelo menos 3 meses de parceria sexual exclusiva, considerando a janela imunológica, e se ambos forem negativos podem abandonar o uso do preservativo entre o casal, e se comprometer a usá-lo caso tenham relações extraconjugais. Outro acordo seria usá-lo só nas relações anais, que tem maior risco para adquirir IST e não nas relações vaginais e orais. Obviamente esses acordos só são possíveis em situações em que o casal tem um bom diálogo.

O teste do HIV passou a ter uma utilidade além do diagnóstico e começou a ser usado como ferramenta de prevenção. A partir do conhecimento de seu status sorológico para o HIV o indivíduo escolhe parceiros e propõe acordos.

Nos últimos anos houve um avanço considerável nos métodos de prevenção biomédica e iniciaram-se diversos estudos em torno da circuncisão masculina, do gel virucida, da Profilaxia Pré Exposição (PReP), Profilaxia Pós Exposição Sexual (PEP Sexual), e o tratamento ARV (TcP) com finalidade de prevenção, as duas últimas já políticas públicas instituídas oficialmente no Brasil.

Passou-se a discussão da Prevenção Combinada que consiste em utilizar um ou mais métodos de prevenção dependendo do tipo de relação, do parceiro e do momento de vida de cada indivíduo.

Reconhecer que o uso do preservativo não é a única prática a ser recomendada pelos profissionais da saúde para a prevenção do HIV, não minimiza sua importância. O surgimento de novas tecnologias é sem dúvida um avanço e discutindo-as o profissional de saúde abre um diálogo onde as pessoas poderão colocar como se sentem em relação aos métodos de prevenção, pois sabe-se que o preservativo não cabe na vida de algumas pessoas.

Hoje se trabalha com a proposta de "gestão dos riscos" que é uma estratégia de prevenção que tem por finalidade aumentar o grau de autonomia de indivíduos e de segmentos sociais para lidarem com a prevenção da transmissão sexual do HIV.

Essa estratégia está baseada no direito de pleno acesso às informações e aos diversos métodos de prevenção que oferecem algum grau de proteção contra o HIV nas relações sexuais e no reconhecimento de que cada indivíduo possui a capacidade de escolher o método preventivo mais adequado à sua realidade e às suas necessidades.

A prevenção da infecção pelo HIV avançou, com o desenvolvimento de testes rápidos que agilizam o diagnóstico, com o tratamento como prevenção, com a PEP em relações sexuais desprotegidas e ampliou a distribuição e o acesso dos insumos de prevenção (preservativos e gel), levando os mesmos aos locais de encontro de populações mais vulneráveis através de parcerias com equipamentos sociais na comunidade. Essas e outras estratégias fazem parte da proposta de prevenção combinada e de gestão de riscos, que permeiam toda a discussão da prevenção da infecção pelo HIV na atualidade.

90 90 90 - Uma proposta que visa por fim a epidemia de Aids

As novas metas para intensificar o tratamento do HIV depois de 2015, estabelecidas entre a UNAIDS e diversos parceiros propõem que até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV conheçam seu diagnóstico de infecção pelo HIV. Destas pessoas, com infecção pelo HIV diagnosticada, 90% recebam terapia antirretroviral ininterruptamente, e ainda que, até 2020, 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral tenham supressão viral, isto é, apresentem carga viral indetectável, deixando, desse modo, de transmitir a infecção a outras pessoas.

O alcance dessa meta 90 90 90(1) redundará em 73% de todas as pessoas vivendo com HIV no mundo com supressão viral e modelos matemáticos sugerem que se isso ocorrer até 2020, será possível que a epidemia de AIDS chegue ao fim até 2030, com enormes benefícios para a saúde e para a economia de diversos países no mundo.

Para se alcançar essa ambiciosa meta, entretanto, são fundamentais estratégias calcadas em princípios de direitos humanos, respeito mútuo e inclusão.

> *"As estratégias coercivas não somente violam os direitos humanos fundamentais, como também prejudicam as expectativas quanto ao fim da epidemia da AIDS. Como a experiência no mundo inteiro tem demonstrado repetida e conclusivamente, as estratégias coercivas afastam as pessoas dos serviços que precisam" (UNAIDS, 2015, pg2).*

O tratamento do HIV é uma pedra fundamental para se alcançar o fim da epidemia de AIDS, mas não é a única ferramenta necessária.

São urgentes esforços para intensificar as diversas estratégias disponíveis de prevenção, com vistas a eliminação da transmissão vertical, disponibilização de insumos como preservativos e gel, definição de estratégias de redução de danos para pessoas em uso de drogas, profilaxia antirretroviral de pós e pré-exposição, e programas de prevenção dirigidos aos segmentos populacionais mais vulneráveis. Além disso, para obter uma resposta abrangente no sentido do controle da epidemia, serão necessários grandes esforços para eliminar o estigma, a discriminação e a exclusão social. Além de que os sistemas de saúde deverão se estruturar para dar acesso ininterrupto ao tratamento da infecção pelo HIV, a todos os indivíduos infectados, durante toda sua vida. O que pressupõe sistemas de saúde e sistemas comunitários suficientemente fortes e flexíveis, com mecanismos autossustentáveis de financiamento capazes de manter programas de tratamento durante longos períodos de tempo a milhares/milhões de pessoas.

> *"À medida que surgirem novas tecnologias – incluindo o diagnóstico mais simples com custo mais acessível; antirretrovirais mais simples e mais toleráveis; e por último, antirretrovirais com maior duração e menor custo*

que não precisam ser tomados diariamente , a vontade política, o preparo dos sistemas e a adoção e implementação oportunas de diretrizes normativas globais serão necessários para garantir a disponibilidade dessas novas ferramentas em escala adequada. Assim como a profilaxia para a pneumonia provocada por Pneumocystis carinii serviu nos anos iniciais da epidemia de AIDS como uma ponte de salvação para a era do tratamento antirretroviral para milhões de pessoas vivendo com HIV, agora o mundo precisa maximizar a efetividade das ferramentas já existentes para prolongar vidas até chegar à era em que uma cura ou formas muito mais simples de tratamento estejam disponíveis" (UNAIDS, 2015, pg 2).

Referência Bibliográfica

UNAIDS. 90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS. Disponível em http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf. Acesso em 19/09/2016.

Marcos conceituais para o trabalho de prevenção: vulnerabilidade e diversidade sexual

Vulnerabilidade

"O conceito de vulnerabilidade teve destaque no início da década de 1990 e permitiu uma visão mais ampla sobre como questões relacionadas à desigualdade social, diversidade sexual, raça/etnia, preconceito e discriminação, entre outros fatores que afetam o modo de viver de diversos segmentos populacionais, podem potencializar a disseminação da infecção pelo HIV e a consequente epidemia de AIDS.

De acordo com Ayres et al., o conceito de vulnerabilidade é expresso por um "conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação".

Esse conceito propôs uma abordagem da inter-relação dos aspectos individuais, socioeconômicos e de políticas públicas, na busca de hipóteses explicativas da ocorrência da infecção pelo HIV e de sua evolução para o adoecimento e morte por AIDS.

Definiu-se então, dentro do conceito de vulnerabilidade, a subdivisão entre vulnerabilidade individual, social e programática.

Os fatores ligados à vulnerabilidade individual consideram questões como idade, sexo, atividade e práticas sexuais, raça/cor, escolaridade, renda, acesso a serviços de saúde e outros bens sociais. Ou seja, consideram os contextos epidemiológicos e sociodemográficos que determinam um maior ou menor grau de exposição ao HIV/aids dos indivíduos.

À vulnerabilidade social, tangem as questões ligadas ao exercício de cidadania e dos direitos. Aqui se incluem os direitos sexuais e reprodutivos e a diversidade sexual, as questões de gênero e gerações, o pertencimento étnico e racial e seus significados dentro da sociedade.

A vulnerabilidade programática é definida pelo investimento em ações e programas de saúde voltados à prevenção da infecção pelo HIV e à assistência prestada a pessoas vivendo com HIV/aids, assim como pela possibilidade de acesso dada aos diferentes segmentos da população às ações e equipamentos sociais e de saúde.

As relações entre os indivíduos dentro de uma sociedade e seus equipamentos sociais definem o grau de vulnerabilidade dos indivíduos. Nesse sentido, os estudos de vulnerabilidade buscam compreender a condição das pessoas e/ou dos segmentos populacionais aos quais pertencem. A partir dessa compreensão, o objetivo seria clarear os determinantes sociais dos agravos, trazê-los para a discussão das políticas públicas e construir estratégias de intervenção que pudessem efetivamente alterar esses determinantes (SANTOS, 2016, pg3)". 1

Sexo, Gênero e diversidade sexual

A diversidade sexual[2,3] pode ser explicada a partir de 3 eixos fundamentais que interagem de forma dinâmica:

- Sexo biológico
- Identidade de gênero
- Orientação sexual

Sexo biológico: é determinado pelas características genotípicas XY (Sexo Masculino) e XX (Sexo Feminino). Essas informações cromossômicas definem os órgãos genitais, capacidades reprodutivas e as características fisiológicas secundárias de cada sexo. Há raros casos de pessoas intersexos, que apresentam características genotípicas de ambos os sexos.

Gênero: embora o sexo seja uma categoria biologicamente definida, a maneira de ser homem e de ser mulher é expressa pela cultura. Assim, espera-se dos meninos comportamentos reconhecidamente masculinos como vestir azul, brincar com carrinhos e não chorar; e das meninas comportamentos tipicamente femininos como vestir rosa, brincar com bonecas e ser emotivas. Esses comportamentos são construções sociais e não comportamentos naturais. Todas as pessoas, independente do sexo biológico, combinam características e comportamentos masculinos e femininos.

Comportamentos masculinos e femininos não são biologicamente determinados, mas sim construídos, no processo de socialização, pela interação entre o indivíduo e a cultura onde vive.

Os padrões comportamentais socialmente aceitos variam com o tempo, o lugar e o grupo humano a que os indivíduos pertencem.

"Gênero não é sinônimo de sexo. Enquanto o sexo é determinado geneticamente, o gênero é construído historicamente, culturalmente e socialmente. Nascemos machos ou fêmeas, mas nos fazemos homens ou mulheres"(YAMAÇAKE, SANTOS, FIGUEIREDO, 2010, *pg 11)*[2].

1 SANTOS, NJS. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/AIDS. Saúde Soc São Paulo, v.25, n.3, p.1-17, 2016.

Orientação sexual: é a atração emocional, afetiva, erótica e sexual que uma pessoa manifesta, naturalmente, em relação à outra, para quem se direciona o seu desejo. Por essa razão não se utiliza a expressão "opção sexual", pois não se trata de uma escolha.

A orientação sexual não implica nenhum outro tipo de comportamento de ordem moral, sexual ou de gênero, além da atração afetivo-sexual.

As orientações sexuais mais conhecidas são:

heterossexualidade – pessoa que se sente atraída afetiva e/ou sexualmente por pessoas do sexo ou do gênero oposto;

homossexualidade – pessoa que se sente atraída afetiva e/ou sexualmente por pessoas do mesmo sexo ou do mesmo gênero;

Usa-se o termo **homossexualidade** e não "homossexualismo" pois o sufixo "ismo" se refere a doença ou distúrbio, o que não se aplica as pessoas homossexuais.

bissexualidade – pessoa que se sente atraída afetiva e/ou sexualmente por pessoas de ambos os sexos ou ambos os gêneros.

Identidade de gênero: é a percepção que uma pessoa tem sobre ela mesma como sendo do gênero masculino ou feminino, ou de alguma combinação dos dois, independente do sexo biológico. A identidade de gênero traduz o entendimento íntimo sobre ser homem ou mulher, sobre como ela se sente e deseja ser reconhecida. Essa percepção pode, ou não, estar em concordância com o sexo biológico.

"Transexual" - pessoa que possui identidade de gênero diferente do sexo biológico e na maioria das vezes deseja realizar transformações corporais para adquirir os atributos físicos do gênero com o qual se identifica.

"Travesti" – pessoa que nasce com sexo masculino e tem identidade de gênero feminina, assumindo papéis de gênero diferentes dos impostos pela sociedade. Frequentemente desejam modificações corporais para obter aparência feminina, sem contudo, desejar cirurgia de redesignação sexual.

"Cisgênero" - pessoa cuja identidade de gênero coincide com o sexo biológico (Mulher Cis e Homem Cis) .

> *"Orientação sexual e identidade de gênero são, portanto, fenômenos relacionados, mas não superpostos. Ao se falar em travesti, transexuais estamos falando, sobretudo, em identidade de gênero – e não em orientação sexual. As (os) travestis e transexuais, ao contrário do que se pensa, não são forçosamente "homossexuais". Elas podem ser heterossexuais, homossexuais ou bissexuais, como qualquer pessoa".* (*YAMAÇAKE, SANTOS, FIGUEIREDO, 2010, pg 12)* [2] .

Gênero e sexualidade são duas dimensões da vida das pessoas, que muitas vezes estão conectadas, mas que não se reduzem umas às outras: o menino que brinca de boneca ou a garota que é mais agressiva não podem ser tidos como homossexuais

apenas a partir desses comportamentos, pois há várias formas de ser homem ou mulher, menino ou menina.

Sexualidade

Sexualidade é uma característica geral experimentada por todo o ser humano que se define pela busca de prazeres, descoberta das sensações proporcionadas pelo contato ou toque com ou de outras pessoas (de sexo oposto e/ou mesmo sexo), sendo estes não apenas os explicitamente sexuais. Muitas vezes se confunde o conceito de sexualidade com o do sexo propriamente dito, quando esse é uma das formas de expressão da sexualidade. Pode-se entender como parte da sexualidade, a necessidade de admiração e gosto pelo próprio corpo, ou o carinho entre duas pessoas que não tenham relação erótica, como pais e filhos, amigos, etc.

Segundo a Organização Mundial de Saúde(4) (1975):

> *"Sexualidade [...] energia que motiva encontrar o amor, contato e intimidade, e se expressa na forma de sentir, nos movimentos das pessoas e como estas tocam e são tocadas. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e integrações e portanto, a saúde física e mental. Se saúde é um direito humano fundamental, a saúde sexual também deveria ser considerada como direito humano básico. A saúde mental é a integração dos aspectos sociais, somáticos, intelectuais e emocionais de maneira tal que influenciem positivamente a personalidade, a capacidade de comunicação com outras pessoas e o amor."*

A sexualidade envolve uma articulação de fatores biológicos, psicológicos e sociais e se diferencia, hoje, dos modos como se pensava e vivia as atividades ligadas ao prazer e à reprodução em outras épocas e lugares. Assim, atos sexuais fisicamente idênticos podem ter importância e significados variados para diferentes grupos humanos, a relação entre atos sexuais e significados sexuais não é fixa.

Preconceito e Discriminação

Preconceito: é uma idéia ou juízo de valor pré-concebido sobre determinadas pessoas, grupos sociais, crenças ou comportamentos, que, na maioria das vezes, os desvaloriza sem nenhum embasamento lógico ou racional e pode se manifestar numa atitude discriminatória.

Discriminação: é a manifestação do preconceito por meio de atitudes segregadoras, e em grande parte ofensivas, direcionadas a indivíduos ou grupos de indivíduos que compartilham uma característica comum, tendo como resultado a violação dos direitos

fundamentais do ser humano, prejudicando-os no seu contexto social, cultural, político ou econômico. Essa característica pode ser física, geracional, comportamental, cultural ou religiosa.

Homofobia: definida como o medo, o desprezo, a antipatia, a aversão ou o ódio irracional às pessoas homossexuais. Utilizado para se referir ao preconceito e à discriminação em razão da orientação sexual.

Transfobia: definida como o medo, o desprezo, a antipatia, a aversão ou o ódio irracional a travestis e transexuais. Utilizado para se referir ao preconceito e à discriminação em razão da identidade de gênero.

Homofobia é o termo tradicionalmente usado no movimento LGBT para referir o desprezo, a hostilidade e o ódio às pessoas com orientação sexual diferente da heterossexualidade. Recentemente, sua compreensão tem se alargado para se referir à aversão motivada tanto pela orientação sexual quanto pela identidade de gênero, sendo entendida como aversão a LGBT. Usa-se, ainda, os termos "lesbofobia" e "transfobia" para designar especificidades.

Para uma resposta mais efetiva à epidemia de Aids é necessário enfrentar o estigma e a discriminação que envolvem não só as pessoas vivendo com HIV, mas também os grupos considerados mais vulneráveis. Essa é uma questão bastante complexa que permeia toda a sociedade que rotula e segrega determinados segmentos populacionais, dificultando seu acesso aos serviços e bens de saúde.

> *"Em 2014, 61 países, tinham legislação criminalizando a exposição ao HIV, sua transmissão ou a não revelação da condição de soropositivo... Leis punitivas voltadas para as populações-chave dificultam o monitoramento da epidemia entre as mesmas, o que por sua vez perpetua a negligência para com suas necessidades... os sistemas punitivos devem ser revogados e substituídos por respostas nacionais que reconheçam as pessoas vivendo com HIV e integrantes de populações-chave como parceiras essenciais no desenvolvimento e na implementação de programas e políticas baseados em direitos". (UNAIDS, 2015, pg 23)*[5]

Referências Bibliográficas

1. SANTOS, NJS. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/AIDS. Saúde Soc São Paulo, v.25, n.3, p.1-17, 2016.
2. Conjugalidades e Diversidade Sexual (Capítulo 2). In Conjugalidades e Prevenção as DST/AIDS. Org. Alexandre Yamaçake, Naila J S Santos, Regina Figueiredo. Centro de Referência e Treinamento DST-AIDS – SES – SP, 52 p. 2010, p.9-13.
3. Coordenação de Políticas para a Diversidade Sexual. Diversidade sexual e cidadania LGBT. São Paulo: SJDC/SP, 2014. 44p. Disponível em http://www.recursoshumanos.sp.gov.br/lgbt/cartilha_diversidade.pdf
4. OMS – Disponível em http://www.adolescencia.org.br/site-pt-br/sexualidade, acessado em 14/09/2016.
5. UNAIDS. 90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS. Disponível em http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf. Acesso em 19/09/2016.

Camisinha, um insumo estratégico, ontem, hoje, sempre

Atualmente existem várias estratégias de prevenção, esse cardápio oferece condições de realizar abordagens grupais e individuais que possibilitam promover a reflexão de como o sujeito pode se prevenir diante dos diferentes riscos de transmissão da infecção pelo HIV.

Quando a questão "CAMISINHA SEMPRE, ÀS VEZES OU NUNCA ?" aparece nos atendimentos, é importante considerar que somente a abordagem dos vários métodos de prevenção (descritos neste manual) conferirá ao sujeito condições de auto proteção diante dos diferentes repertórios sexuais que poderão fazer parte da sua trajetória de vida. Assim os indivíduos e/ou seus parceiros sexuais poderão escolher o método de prevenção que melhor se adequar aos seus momentos íntimos.

Lembrando que o uso correto das demais estratégias de prevenção, além do preservativo, pode diminuir bastante o risco de infecção pelo HIV, mas se realizadas isoladas, ou seja, sem o uso do preservativo, podem vulnerabilizar o sujeito em relação a outras infecções sexualmente transmissíveis

Há questões importantes em torno da disponibilização da prevenção combinada e discussão desta temática nos serviços de saúde para garantir o direito da prevenção para toda população, principalmente as mais vulneráveis, questões estas que fazem parte deste manual. Especificamente no que se refere ao acesso e abordagem do preservativo é fundamental que se considere:

1. A necessidade do acesso ao preservativo masculino, feminino e gel lubrificante

Marcos referenciais nacional e estaduais foram publicados para regulamentar o acesso e a distribuição dos preservativos em outros locais além dos serviços de saúde. Uma das primeiras ações reguladoras voltadas para a ampliação de acesso foi à publicação da portaria nº 30 de 06/04/94 da Secretaria de Vigilância Sanitária/MS que obriga os hotéis, casas de massagem e saunas a fornecer, manter em local visível e de fácil acesso os preservativos [(1)]. Em 2009, foi publicada, pelo Ministério da Saúde a nota técnica de nº 13 [(2)] que prevê a livre oferta dos preservativos em locais acessíveis dos serviços de saúde, bem como a negociação individualizada de cotas em substituição a quantitativos pré-estabelecidos, o estado de São Paulo desde o início dos anos 2000 vem estimulando a disponibilização em displays de acrílico e ou de confecção artesanal em vários espaços de circulação da população.

Em 2011, o estado de São Paulo publicou a resolução Saúde/Educação nº 01 de 11/10/2011[(3)] que recomenda o desenvolvimento de ações de prevenção com a disponibilização de preservativos nas escolas.

Respaldados pela legislação vigente, os insumos de prevenção podem ser disponibilizados nos locais de maior frequência da população, principalmente nos pontos de encontro das populações vulneráveis. É importante mapear estes locais e articular parcerias para a ampliação do acesso. Estas estratégias só podem ser garantidas universalmente, conforme os princípios do SUS, a partir da organização da logística local deste insumo.

2. A logística local de preservativos

Na primeira década da epidemia de AIDS os estados brasileiros disponibilizavam os preservativos de forma descontínua. A partir de 1995 o estado de São Paulo introduziu o gerenciamento regular, efetuando a compra, o armazenamento e a distribuição para todas as regiões do estado.

Para ampliar o acesso aos preservativos, definiram-se grupos prioritários para distribuição, englobando diferentes categorias populacionais e suas necessidades mensais de uso, especialmente pessoas vivendo com HIV/Aids.

Em 2002, através da norma técnica de incentivo para ações de assistência e prevenção do HIV Aids e outras IST[4], o Ministério da Saúde normatizou e regulamentou a implantação da Política de Disponibilização do Preservativo visando a continuidade, a ampliação e aprimoramento do acesso em nível nacional, priorizando populações vulneráveis e ações educativas.

Atualmente enfatizamos a importância do envolvimento dos gestores e dos profissionais da ponta para a elaboração das grades mensais para que a quantidade de preservativos disponíveis para a população atendida no seu território seja suficiente e atenda a demanda.

A articulação dos GVE (Grupos Regionais de Vigilância Epidemiológica) e municípios é fundamental para viabilizar o acesso desses insumos, juntos definem os quantitativos necessários para suprir as atividades e serviços dos municípios.

3. As barreiras de acesso que se fazem presentes no cotidiano

A superação de barreiras de acesso na disponibilização dos preservativos à população ainda é um desafio a ser enfrentado e tem demandado a atenção das esferas gestoras.

Em diagnóstico situacional, realizado por Granjeiro e et al (2007), dos Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil , em relação a disponibilidade e o acesso aos insumos de prevenção, a pesquisa indicou limitação de acesso dos usuários aos preservativos. Sugere-se neste estudo que as barreiras para aquisição do preservativo estejam relacionadas as dificuldades dos próprios serviços, dos profissionais de saúde como também dos usuários.[5]

Embora a ampliação do acesso do preservativo sempre tenha feito parte da pauta programática do governo estadual, é nos territórios, portanto no âmbito municipal, que esta estratégia se torna ação direta e chega às mãos da população. Para a quebra de barreiras de acesso, é fundamental que os municípios desenvolvam estratégias locais de disponibilização, ou seja, os insumos devem estar onde as pessoas estão, principalmente em locais de concentração e de encontro de adolescentes, jovens gays, homens que fazem sexo com homens, travestis, transexuais, bissexuais, profissionais do sexo, pessoas em uso de drogas, mulheres e jovens; deve estar nas unidades de saúde e em outras instituições públicas como, por exemplo, escolas e instituições sociais, como CRAS, CREAS, CAPS, organizações não governamentais e outros espaços parceiros que forem identificados no território.

No que se refere à incorporação da questão da desigualdade de gênero na política de insumos, temos em 1998 uma publicação estadual específica sobre o preservativo feminino [6] que trata de uma nova possibilidade de dupla proteção evitando as IST e a gravidez não planejada, possibilitando a ampliação de opções disponíveis, especialmente para aquelas mulheres cujos parceiros sexuais não façam uso do preservativo masculino.

Ainda há barreiras de acesso também em relação ao preservativo feminino, barreiras causadas pelo desabastecimento ocorrido no passado que fizeram com que a abordagem deste insumo praticamente desaparecesse dos discursos profissionais e ações específicas, esperamos que com o abastecimento permanente esse insumo se incorpore às ações do dia-a-dia das instituições de saúde, nas abordagens das salas de espera, nos grupos de planejamento reprodutivo, nos grupos de adolescentes e outras atividades voltadas ao público feminino.

4. A importância da qualificação da abordagem por parte do profissional para o uso da camisinha masculina, feminina e gel lubrificante

O preservativo é bastante conhecido pela população, que possui um elevado índice de conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV, índice que se mantém no mesmo patamar desde 2004[7] Embora os caminhos apontem para a ampliação das novas tecnologias de prevenção, principalmente aquelas de ordem biomédica, é preciso abordar junto à população o uso da camisinha masculina, feminina e gel lubrificante, relacionando estes insumos com as outras formas que compõe a chamada prevenção combinada, justamente para que o individuo tenha autonomia e opte pela forma que melhor se adeque ao seu cotidiano. É na prática do *aconselhamento em DST/Aids*, um dos momentos privilegiados para conversar sobre o uso do preservativo, que a abordagem profissional facilita o indivíduo lidar com bloqueios subjetivos, permitindo avaliar suas reais possibilidades de risco de infecção, refletir e decidir por medidas preventivas viáveis

e buscar melhor qualidade de vida, independente da sua condição sorológica [8]. O desafio é realizar abordagens individuais e grupais, focadas no sujeito, considerando o contexto apresentado pela pessoa ou pelo grupo, de forma a contemplar expectativas, necessidades de aprendizado, conveniências e perspectivas no contexto da prevenção combinada.

Já na década de 90 um estudo realizado com jovens, identificou que o sujeito sexual está implicado com o modo como suas cenas sexuais se desenvolvem e quais os contextos, podendo ser com ou sem preservativo e isso depende do lugar, do ritmo, do tempo, de quais recursos materiais e serviços se tem acesso para fazer escolhas ou se proteger na atividade sexual. Neste estudo foi apontado que a ineficácia das abordagens começa quando não se contempla informações detalhadas sobre qual seja o sexo arriscado ou seguro. Um apoio em longo prazo, adaptado às condições da comunidade e carregado de empatia é necessário para fortalecer o esforço individual, além de ajudar a organizar e conquistar o acesso aos cuidados com a saúde sexual, ao preservativo e as opções ao sexo seguro[9].

No atual cenário da epidemia da Aids e outras IST a ampliação do olhar profissional em relação a promoção do sexo seguro, na perspectiva da prevenção combinada, se faz necessário. Um indicador da necessidade dessa reflexão nos locais de trabalho é o conhecimento dos profissionais da saúde no que se refere aos discursos que flexibilizam o uso do preservativo, caso os profissionais já incorporaram esse discurso nas abordagens que contemplam a prevenção combinada, há um avanço que vai impactar na vida dos sujeitos, caso tenham dificuldades nesta abordagem, é fundamental que os gestores fiquem atentos e promovam espaços de reflexão e de conversa entre os profissionais para adequação da comunicação em prevenção. É importante que a conversa sobre o uso do preservativo, tanto facilidades e dificuldades no seu uso quanto às formas de acesso e se o indivíduo quer usar sempre, às vezes ou nunca esteja presente tanto nos atendimentos individuais nos consultórios quanto nas reuniões de equipe, nas ações de educação continuada, em grupos ou em rodas de conversa[10].

As orientações sobre o uso do preservativo masculino, feminino e do gel lubrificante devem considerar o contexto das cenas sexuais trazidas pelos indivíduos, serem simples, porém detalhadas, conforme segue:

Preservativo masculino

O preservativo masculino é a mais antiga estratégia de prevenção da infecção pelo HIV. Se utilizado em todas as relações sexuais e corretamente, o preservativo protege contra o HIV, contra a maioria das outras IST e protege também de gestações não planejadas.

É importante verificar a data de validade e só guardá-lo em local fresco e isento de calor.

O jeito correto de usar o preservativo masculino evitando o seu rompimento é:

- tirar o ar da sua ponta (apertando a pontinha do preservativo) deixando espaço para entrar o esperma;

- ainda apertando a pontinha da camisinha (e sem puxar), colocá-la e desenrolá-la no pênis ereto antes da penetração;

- após gozar, tirar o preservativo antes de o pênis amolecer por completo para evitar que o esperma não saia da camisinha;

- O preservativo masculino deve ser trocado a cada relação sexual não devendo ser reaproveitado.

A prática sexual que oferece maior risco de infecção pelo HIV é a relação anal, portanto, o uso da camisinha nesta prática é fundamental. Na relação vaginal o risco também é importante, principalmente na presença de outras doenças sexualmente transmissíveis e no período menstrual, nessas relações também se recomenda o uso de preservativos.

Na prática sexual oral, existe o risco de infecção pelo HIV, porém é muito pequeno, entretanto se o indivíduo optar por uma barreira de proteção como a chamada "toalhinha", pode fazê-la do próprio preservativo, retirando-se o anel e cortando de um lado para que este se abra totalmente.

Na hora de escolher um método anticoncepcional (para evitar a gravidez) valorize o preservativo, pois ele oferece dupla proteção, ou seja, protege da gravidez e evita as infecções sexualmente transmissíveis (IST) e a AIDS.

A camisinha masculina também deve ser usada em objetos, como pênis artificial, vibradores e outros acessórios/brinquedos eróticos, para não correr risco de infecção de IST, reinfecção ou entrar em contato com outras bactérias que podem permanecer nestes objetos mesmo após higienização. É importante que cada pessoa que faça o uso desses acessórios troque a camisinha antes de usá-lo.

O preservativo masculino é um método que não possui efeitos colaterais, nem provoca danos à saúde, exceto nos raros casos de alergia à sua borracha.

Todos podem usá-lo deve estar disponível para distribuição gratuita e sem barreiras nas Unidades Básicas de Saúde, nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e outros serviços. Em alguns municípios eles são distribuídos também em motéis, bares e cinemas de pegação e outros locais de encontros, além de outros equipamentos sociais no território (http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/eventos/2-encontro-de-sae-do-estado-de-sao-paulo/juntosnaprevencaosaudeeducacaoedemaisparceiros.pdf). A população também pode comprar preservativos de diversas marcas, tamanhos, sabores e preços em farmácias da rede privada e estabelecimentos do mercado erótico.

Atualmente se trabalha com a possibilidade de flexibilização do uso do preservativo, pois é fato que muitas pessoas têm dificuldade de utilizá-lo em todas as relações sexuais, o tempo todo, com todos os parceiros. Por isso é fundamental a discussão de outras estratégias de prevenção.

Usar a camisinha é a opção mais fácil para se evitar a infecção pelo HIV, colocando a camisinha no parceiro ou parceira, usando os dedos para promover prazer nesse momento, ou colocando a camisinha com a boca, fazendo brincadeiras eróticas nesses momentos para que a camisinha faça parte da relação de uma forma prazerosa. Usando a camisinha junto com o Gel Lubrificante, além de a relação sexual ficar mais segura, ficará muito mais gostosa.

Preservativo feminino

O preservativo feminino é um método de prevenção das IST/HIV que dá poder de decisão e autonomia para a mulher. A **camisinha feminina** pode oferecer diversos **benefícios** antes, durante e depois da relação sexual.

O **preservativo feminino** assim como o **masculino** pode ser utilizado como dupla proteção quando o assunto é **gravidez não planejada** e **prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis.** Quando é usada **corretamente**, a chance de falha é muito pequena. Por não **apertar o pênis e por sua espessura ser mais fina, não atrapalha as sensações** durante a **penetração.** Quando utilizada da **maneira correta**, é um método **confortável** tanto para o **homem** quanto para a **mulher.** É uma alternativa para casais de qualquer faixa etária, e pode ser excelente para pessoas idosas, pois por ser colocado na vagina da mulher não é necessário esperar que o pênis esteja completamente ereto, como é o caso para a colocação do preservativo masculino. **Outra vantagem é que** não há necessidade de colocar a camisinha somente na hora do **ato sexual**. A **camisinha feminina** pode ser colocada **até oito horas antes da relação sexual**, mantendo sua **eficácia. Também não precisa ser retirada logo após a ejaculação, pois** não depende da **ereção do pênis** para manter-se no **lugar** e evitar o **vazamento do esperma**.

1. A camisinha feminina já vem lubrificada o que facilita a penetração, é feita de borracha nitrílica, ou seja, não provoca alergias e pode ser usada pelos alérgicos ao látex. É mais eficiente para prevenir feridas como herpes, sífilis e verrugas como o HPV, que são transmitidas pelo contato de pele com pele, pois recobre a vulva (parte externa da vagina), diminuindo a área de contato direto entre os órgãos sexuais do homem e da mulher. Nas relações sexuais no período menstrual, o uso do preservativo favorece a proteção, pois nesse período as mulheres ficam mais sensíveis às IST. Pode ser utilizada em mais de uma relação sexual, se for uma em seguida da outra e com o mesmo parceiro. Ela não pode ser reutilizada em outro momento.

É importante prestar atenção na data de validade do produto que consta na embalagem e tomar os cuidados necessários para sua conservação evitando exposição ao calor e atrito com objetos que possam danificar o preservativo.

Mulheres que fazem sexo com mulheres também podem se beneficiar da camisinha, tanto masculina quanto a feminina, quando a usam como um tipo de "toalhinha" (ou seja,

quando o anel da camisinha é retirado e ela é cortada de um lado e é aberta totalmente) e a usam no sexo oral ou para evitar contato direto entre as vaginas, prevenindo assim infecções por doenças sexualmente transmissíveis.

Vale ressaltar que os preservativos femininos e masculinos não devem ser utilizados simultâneamente, na mesma relação sexual.

Gel lubrificante íntimo

O gel lubrificante pode ser usado com ou sem preservativo, aumenta a lubrificação e diminui o atrito evitando pequenas rachaduras ou feridas na região do ânus ou da vagina, o seu uso junto com o preservativo confere maior proteção contra as IST/HIV.

Por estas razões o gel lubrificante também é considerado um insumo interessante para a prevenção da transmissão sexual do HIV.

O gel lubrificante a base de água é o mais indicado, pois não possui álcool ou produtos químicos que podem danificar o preservativo ou mesmo causar alergias e irritações na pele.

Verificar a data de validade do produto que consta na embalagem e tomar os cuidados necessários para sua conservação evitando exposição ao calor.

Nos serviços públicos o gel está disponível nos Serviços de Assistência Especializada às IST/AIDS e em algumas unidades básicas, é distribuído especialmente para travestis, gays, homens que fazem sexo com homens, pessoas que exercem a prostituição, idosas e pessoas que têm HIV. Alguns municípios realizam a compra deste insumo para ampliar a sua distribuição. Atualmente também encontramos esse insumo em outros locais do território, não apenas em serviços de saúde. O gel também é encontrado para compra em farmácias, drogarias, supermercados, em diversas apresentações e quantidades (tubos, sachês, spray e outras apresentações), com diversos sabores e efeitos (por exemplo: quente ou frio).

A abordagem da prevenção combinada onde a discussão sobre o uso do preservativo e gel lubrificante está presente, deve ser realizada frequentemente, nas primeiras consultas e ao longo dos atendimentos, pois a vida é dinâmica, os contextos mudam, os sujeitos passam a se relacionar sexualmente com outros parceiros, são construídos outros repertórios sexuais, apresentam outros desejos, inclusive desejos de reprodução e fantasias sexuais que podem ficar apenas no imaginário ou podem se tornar realidade. A proposta é um debate franco, com tranqüilidade, respeitando os direitos e, principalmente, a autonomia dos sujeitos.

Referências bibliográficas:

1. BRASIL, Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria n. 30 de 06 de abril de 1994. Diário Oficial da União, Brasília (DF),1994 08/04/1994, 1994.
2. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância a Saúde, Programa Nacional de IST/Aids. Nota Técnica nº 13/2009/GAB/PN-DST – AIDS/SVS/MS Recomendações para a ampliação do acesso aos preservativos masculinos na rede de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), Ministério da Saúde, DF, 2009.
3. SÃO PAULO, Secretaria da Saúde, Resolução Conjunta SS/SE nº 01 de 11/10/2011. Diário Oficial do Estado de São Paulo de 12/10/11, São Paulo. 2011.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Ministerial n. 2314, de 20 de dezembro de 2002. Diário Oficial da união, Seção 1, nº 250, de 27/12/2002, aprovando a Norma Técnica - Incentivo HIV/Aids e outras DST n. 01/2002 –ANEXO 05.
5. GRANJEIRO, A. et al. *Diagnóstico situacional dos Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil* (Relatório de Pesquisa). Instituto de Saúde. São Paulo, 2007.
6. SÃO PAULO, Secretaria Estadual da Saúde, Programa Estadual de DST/Aids. *Preservativo Feminino*. Série Atualidades, n.6, junho 1998. São Paulo, 1998.
7. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira, 2008,* Ministério da Saúde – DF, 2011.
8. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos*. Brasília , 1998.
9. PAIVA,V. *Fazendo Arte com Camisinha* – São Paulo: Summus, 2000.
10. OLIVEIRA, A. *A abordagem para a adesão do uso de preservativo no âmbito da atenção às pessoas que vivem com HIV/AIDS: uma prevenção mais que posithiva*. NEPAIDS, USP, São Paulo, 2011

Prevenção combinada, prevenção biomédica e gerenciamento de risco

Novas estratégias de prevenção têm surgido para aumentar o leque de opções dos indivíduos para evitar a infecção por HIV. São alternativas comprovadamente eficazes que complementam as estratégias baseadas no uso do preservativo.

Prevenção Combinada

O uso do preservativo em 100% das relações já foi o discurso dominante do trabalho de prevenção às IST/HIV. Entretanto o tempo nos mostrou que apesar das campanhas e do grande incentivo ao uso do preservativo, utilizá-lo ou não nas relações sexuais é uma decisão do indivíduo e alguns não aderem de forma consistente a esse método de prevenção.

Atualmente é fundamental compreender que nem todas as pessoas o utilizam. A Pesquisa de Conhecimentos Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP)2013 – mostrou que a maioria dos brasileiros (94%) considera o preservativo como a melhor forma de prevenção às IST e AIDS. Mesmo assim, 45% da população sexualmente ativa do país não fez uso desse insumo nas relações sexuais casuais nos últimos 12 meses.

Até algum tempo atrás isso era um enorme desafio para o trabalho da prevenção, atualmente podemos contar com várias estratégias que podem ser usadas isoladamente ou combinadas entre si, dependendo do tipo de relação sexual, da parceria e do momento de vida.

Neste tipo de abordagem, é fundamental que os profissionais de saúde conheçam todas as estratégias de prevenção e os estudos científicos que as fundamentam, para que possam discutir, com segurança e tranquilidade, as várias possibilidades de prevenção hoje disponíveis, dando aos indivíduos a autonomia da escolha dos métodos que vão utilizar para sua proteção.

Uma questão importante que se coloca é o enfrentamento do preconceito para diminuir a discriminação. Sabe-se que as populações mais atingidas pela epidemia de HIV/AIDS são historicamente discriminadas em nosso país, quer seja pelas formas de expressão de sua sexualidade, quer seja pelo uso de drogas ou por sua inserção étnico-racial. Assim, os serviços devem estar preparados para dar acesso e acolhimento aos diversos segmentos populacionais de acordo com suas especificidades.

O emprego de estratégias combinadas potencializa a prevenção da transmissão do HIV e das Hepatites B e C, Sífilis e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Ao orientar a população e os usuários dos serviços, os profissionais de saúde devem ter em mente que algumas estratégias de prevenção não oferecem total proteção contra a infecção pelo HIV, mas ter alguma proteção é melhor do que não ter proteção nenhuma.

Tendo informação as pessoas podem escolher as estratégias preventivas mais adequadas a sua realidade e às suas necessidades em diferentes situações da vida.

Vale ressaltar que nenhuma ação isolada protege completamente da transmissão do HIV, razão pela qual o UNAIDS defende fortemente a utilização da prevenção combinada[1], lembrando que todas essas estratégias devem estar ancoradas em um trabalho para redução do estigma e discriminação para seu maior sucesso.

O papel do teste anti-HIV na prevenção

Atualmente a questão ética, relacionada ao teste anti-HIV, não é só o cuidado com a individualidade e confidencialidade, mas também assegurar o acesso a todas as informações sobre seu estado sorológico e suas possibilidades terapêuticas, para tomada de decisão.

A existência de uma terapêutica eficaz para a infecção pelo HIV muda seu prognóstico, sendo este melhor quanto mais precoce for o diagnóstico, o que justifica, sem sombra de dúvida, o estímulo a realização do teste em larga escala.

Hoje, uma das diretrizes do Programa Estadual de DST/AIDS é a realização/ampliação da testagem nas mais diversas oportunidades: serviços de saúde (pré-natal, serviços de DST, atendimento de tuberculose, planejamento familiar, etc); campanhas e ações extra-muros, com vistas ao diagnóstico precoce.

Assim, o teste anti-HIV é visto hoje como uma ferramenta/estratégia de prevenção e seu resultado é essencial para a prevenção da transmissão vertical do HIV; para a realização de acordos entre casais; para indicação da PEP; para a proposição de tratamento como prevenção primária; para a discussão de prevenção combinada e gestão de risco.

Obviamente, realizar o teste não evita a infecção pelo HIV, mas feito com certa frequência possibilita ao indivíduo saber se tem o vírus ou não, o que é importante para escolher as estratégias que vai usar para se proteger e proteger seus(suas) parceiros(as) do HIV. Além disso, os momentos de oferta e entrega do resultado do teste, abrem aos profissionais a possibilidade de discutir amplamente a prevenção das IST/HIV/AIDS, observando as particularidades dos indivíduos.

Com os indivíduos soronegativos para o HIV é importante discutir os insumos de prevenção e as tecnologias biomédicas disponíveis que podem evitar a infecção pelo HIV.

Com os indivíduos soropositivos para o HIV, a discussão deve apontar com relação a eles mesmos para a prevenção secundária, que inclui nas relações sexuais prevenir-se para não adquirir novas cargas virais do HIV, pois isso pode acelerar a progressão da

infecção em seu organismo, e com relação aos parceiros(as) apontar para a questão da prevenção primária, ou seja, evitar a transmissão do vírus a seus contactos sexuais. Além disso, faz parte também da prevenção secundária que o indivíduo seja encaminhado a um serviço onde será adequadamente acompanhado do ponto de vista clínico e terapêutico. Lembrar que o uso de preservativo entre parceiros soropositivos evita que ocorram infecções mistas e também que eventualmente um deles contraia uma forma viral mais resistente aos medicamentos hoje utilizados, do que a cepa de sua primeira infecção.

Muitos autores se empenharam em entender as vantagens e desvantagens implicadas na decisão de se testar. As barreiras mais comumente relatadas pelos informantes foram o medo de encontrarem um resultado positivo para HIV e o medo do estigma e consequente rompimento com sua rede social.

A realização do teste para HIV pode provocar no indivíduo uma reflexão sobre a possibilidade de estar infectado por esse vírus e associada ao diálogo promovido pelo aconselhamento, tal reflexão pode, potencialmente, se reverter em uma mudança de comportamento.

Para usar o teste como estratégia de cuidado é preciso que ele seja repetido periodicamente, pelo menos uma vez ao ano.

Podem ser realizados testes rápidos para detecção do HIV, sífilis e hepatites B e C, em serviços da rede pública de saúde e saber o resultado no mesmo dia.

Hierarquia de risco nas relações sexuais

Dependendo do tipo de relação sexual, a pessoa pode se expor a um risco maior ou menor de adquirir HIV.

As relações sexuais onde o indivíduo soronegativo para o HIV está sendo penetrado por parceiro soropositivo para o HIV, são as de maior risco, sendo o risco das relações anais maior do que das relações vaginais. Usar preservativos prioritariamente nestas duas práticas é muito importante para se prevenir do HIV.

A situação contrária, isto é, de um indivíduo que faz a penetração em alguém soropositivo para o HIV, também traz risco de infecção, embora este risco seja menor do que se ele estivesse sendo penetrado.

De todas as práticas, o sexo oral é a que oferece menor risco. A felação, que é o ato de chupar o pênis do homem, traz risco de transmissão do HIV somente para a pessoa que está chupando se o parceiro for soropositivo para o HIV e ejacular em sua boca, mesmo assim esse risco é muito pequeno.

Beijar, lamber a vagina de uma mulher constitui um risco muito baixo de transmissão do HIV. O risco é potencializado quando existe presença de sangue menstrual ou por traumatismo vaginal.

O anilingus que é a pratica de lamber o ânus só tem risco para o HIV se houver presença de sangue, mas pode ter risco para outras doenças sexualmente transmissíveis e para adquirir verminoses.

O contato com sangue e com secreções sexuais, particularmente o esperma, de indivíduos soropositivos para o HIV, aumenta o risco de infecção. O HIV não atravessa pele íntegra, portanto os contatos que trazem perigo de infecção nas relações sexuais são com as mucosas do pênis, vagina, ânus e boca.

Assim, o indivíduo deve evitar receber ejaculação em relações com práticas penetrativas anais e vaginais. Na relação sem camisinha, pedir para o parceiro gozar fora, se for importante gozar dentro, optar por gozar na boca, que é a relação de menor risco.

Acessórios eróticos como pênis de borracha e vibradores se molhados com secreção sexual contaminada podem, eventualmente, transmitir o HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Evitar sexo sem camisinha e com penetração com parceiro que não se tem conhecimento se é soropositivo para o HIV ou não é uma das formas de se prevenir da infecção.

Embora o uso do preservativo seja a mais clássica das estratégias de prevenção da infecção pelo HIV, atualmente se trabalha com a possibilidade de flexibilização do seu uso, pois é fato que muitas pessoas têm dificuldade de utilizá-lo em todas as relações sexuais, o tempo todo.

Pode-se usar **gel lubrificante,** com ou sem preservativo, para aumentar a lubrificação e diminuir o atrito evitando assim pequenas rachaduras anais ou vaginais, que facilitam a passagem do HIV.

Com essas informações o indivíduo estará mais apto a avaliar em quais relações sexuais deve usar o preservativo, considerando que algumas têm mais risco do que outras. Embora haja maior segurança no uso de preservativos em todas as relações, se o uso dos mesmos for priorizado nas práticas de maior risco, a chance de infecção pelo HIV será minimizada.

Acordos

Sabe-se que o uso do preservativo é mais frequente e mais fácil entre parceiros sexuais eventuais do que entre parceiros estáveis. Para as relações sexuais/afetivas estáveis ressaltamos a importância do diálogo entre os parceiros e a possibilidade de conversar claramente sobre prevenção das IST/HIV com o(a) parceiro(a) sexual e estabelecer acordos[2] sobre formas de proteção dentro e fora da relação.

Para fazer estes acordos ambos os parceiros devem realizar o teste anti-HIV periodicamente, seguindo a idéia de utilização do teste como prevenção e conforme os

resultados dos mesmos podem negociar em que momentos usarão ou não o preservativo. Tomando como exemplo um casal onde ambos sejam soronegativos para o HIV, podem combinar de usar o preservativo apenas nas práticas de maior risco do casal e/ou nas relações extraconjugais.

Há vários arranjos possíveis, alguns indivíduos fazem o teste frequentemente e solicitam o mesmo de seus possíveis parceiros sexuais, assim buscam parceiros soroconcordantes para o HIV, isto é indivíduos soropositivos para o HIV procuram se relacionar com parceiros também soropositivos, e indivíduos soronegativos com parceiros também soronegativos, para diminuir a ansiedade com relação à possibilidade de transmissão do HIV.

Obviamente, esses acordos só podem ser discutidos em relações onde há possibilidade concreta de diálogo, sem risco de violência.

Prevenção biomédica

"Entende-se por prevenção biomédica[3] o conjunto de intervenções profiláticas voltadas à redução do risco de aquisição ou de transmissão da infecção por HIV que envolvem o emprego de tecnologias cujo alvo é a interação vírus-hospedeiro. Tais métodos incluem a administração de fármacos, com ação antiviral por via sistêmica (terapia antirretroviral pré-exposição – PrEP -, ou pós exposição – PEP), ou por via tópica (microbicidas aplicados na mucosa genital) em indivíduos soronegativos, ou mesmo o tratamento anti-HIV para indivíduos soropositivos (com vistas à prevenção da transmissão materno-infantil ou à redução da infectividade pela via sexual). O uso de imunógenos capazes de induzir imunoreatividade específica de caráter protetor (vacinas), e até mesmo intervenções cirúrgicas (circuncisão). Incluem-se ainda entre as estratégias de intervenção biomédica as voltadas ao controle de cofatores biológicos que se associam ao maior risco de aquisição ou transmissão sexual do HIV, como, por exemplo, o manejo de infecções genitais concomitantes." (SEGURADO, 2012, pg 310)

A circuncisão é um ato cirúrgico para retirada do prepúcio (pele que recobre a cabeça do pênis). Estudos mostraram que a realização desta cirurgia leva a uma queratinização da mucosa peniana, e diminui, em torno de 60%, a chance de o homem adquirir o HIV Entretanto, para a mulher a circuncisão não é uma forma de proteção imediata, pois se um homem, mesmo tendo feito a cirurgia, se infectar pelo HIV, a chance dele transmitir o vírus a sua parceira sexual é a mesma de qualquer homem. Considerando, entretanto que, a longo prazo um menor número de homens infectados redundaria em uma menor proporção de infecções na população como um todo, esta cirurgia foi recomendada pelo UNAIDS nos países com alta prevalência do HIV e transmissão predominantemente heterossexual[4].

No Brasil, não se recomenda a circuncisão em larga escala, com a finalidade de prevenção do HIV. Porém pode ser recomendada, individualmente, como forma de redução de risco para aquisição do HIV.

É importante saber que quanto mais precoce a idade que o homem faz a circuncisão, maior a proteção que ela confere, pois o processo de queratinização da glande que ocorre com o atrito da mucosa peniana com a roupa, as mãos, etc, leva alguns meses para acontecer. Assim homens circuncidados na fase adulta, devem ter especial cuidado nas relações sexuais até a completa cicatrização da cirurgia.

Gel Lubrificante e Gel Microbicida

O **gel lubrificante** tem papel na prevenção da transmissão sexual do HIV dado que sua presença nas relações sexuais diminui o atrito e a possibilidade de provocar microlesões das mucosas genitais e anais, lesões estas, que funcionam como porta de entrada para o HIV e outros microorganismos.

Recomenda-se seu uso associado ao preservativo, potencializando a prevenção, ou uso isolado, pois mesmo sem o preservativo o gel lubrificante confere alguma proteção, na medida em que minimiza a chance de aparecimento de lesões genitais.

Dada a vulnerabilidade das mulheres e a suscetibilidade biológica do trato genital feminino, faz-se importante buscar métodos de prevenção que possam ser controlados por elas. Nesse sentido tem-se estudado o **gel microbicida** que é um agente de uso tópico (vaginal ou anal) que pode diminuir o risco de transmissão sexual do HIV do homem para a mulher.

Os microbicidas possuem mecanismos de ação diversos: destruição do envelope viral; inibição da ligação do vírus à célula hospedeira; melhoria das defesas naturais vaginais; inibição dos receptores celulares de superfície para o HIV; inibição da transcriptase reversa. Entretanto, apesar de inúmeros estudos detectarem atividade antirretroviral invitro ainda não foi encontrado um microbicida seguro e eficaz para uso corrente.

Recentemente, o estudo FACTS 001 que testou um gel vaginal contendo 1% de tenofovir (TFV) em estudo controlado, não trouxe bons resultados quanto à sua eficácia. Pois o grupo de participantes que utilizou o gel com TFV apresentou taxa de infecção semelhante ao do grupo controle[5].

Manejo das IST por fluxograma

Testar e tratar outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) é uma importante ação de prevenção para o HIV, pois o fato da pessoa ter qualquer IST aumenta a chance dela se infectar se entrar em contato com o vírus[6].

Uma importante estratégia utilizada para não perder a oportunidade de tratamento das infecções sexualmente transmissíveis e quebrar a cadeia de transmissão é o manejo das IST por fluxograma (anteriormente denominado de abordagem sindrômica), que consiste em avaliar sinais e sintomas com o objetivo de facilitar a identificação de uma ou mais síndromes para então manejá-las de forma adequada. Como as síndromes são relativamente fáceis de serem identificadas, foi possível elaborar um "fluxograma" para cada uma delas[7]. Cada fluxograma nos conduz às decisões e ações que precisamos tomar para efetivar o tratamento do portador de IST e seus parceiros, orientação, educação, aconselhamento, oferecimento de testes para sífilis, hepatites e para o HIV e o tratamento já na sua primeira consulta, assim como a oferta do mesmo tratamento aos parceiros sexuais.

O manejo da IST por fluxograma dá agilidade ao processo, pois prescinde do tempo necessário para o diagnóstico etiológico e retorno para início do tratamento. Entretanto o tratamento por diagnóstico etiológico continua fazendo parte do rol de possibilidades no enfrentamento das IST.

PrEP, PEP, TcP.

Entre as estratégias para a prevenção da transmissão do HIV destacam-se o uso da Profilaxia Pré-exposição (PrEP), da Profilaxia Pós-exposição (PEP) e do Tratamento como Prevenção (TASP, em inglês, ou TcP, em português), sendo as duas últimas políticas públicas já instituídas no Brasil.

A PrEP – Profilaxia Pré Exposição – é uma proposta de uso de antirretrovirais, para pessoas soronegativas para o HIV e que se expõem com muita freqüência a riscos de adquirir esta infecção[8]. Com a presença do medicamento no sangue, no momento do contato com o HIV, este não consegue se estabelecer no organismo.

O iPrEx[9] foi o primeiro estudo que propôs o uso diário de medicamentos com finalidade de prevenção, foi realizado em homens que fazem sexo com homens (HSH) não portadores de HIV, em seis países, incluindo o Brasil, com comportamento de alto risco para aquisição do HIV e demonstrou uma redução de até 44% de novas infecções em toda a amostra. Essa proteção alcançou porcentagens maiores para os indivíduos que tiveram maior adesão aos medicamentos antirretrovirais.

Recentemente, os estudos IPERGAY (França e Canadá) e o PROUD (Inglaterra) obtiveram resultados ainda mais animadores.

O estudo PROUD[10,11,12] realizado com homens que fazem sexo com homens (HSH) soronegativos e que fizeram sexo anal sem preservativo nos 90 dias anteriores, propôs o uso diário de tenofovir/emtricitabina (TDF/FTC) e mostrou que essa medida diminuiu a probabilidade de infecção pelo HIV em 86%.

No estudo IPERGAY[13], participaram homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres transexuais que fazem sexo com homens, em alto risco de infecção pelo HIV nos últimos 6 meses. A proposta terapêutica foi de tomar dois comprimidos de Truvada (ou um placebo) aproximadamente duas horas antes de uma possível relação sexual. Se a relação sexual realmente acontecer deverá ser tomada outra pílula até 24 horas após a relação e outra pílula 48 horas após a dose anterior. O período de tomar PrEP seria, assim, de dois ou três dias. Se o indivíduo tiver outras relações sexuais nesse período, deverá continuar a tomar PrEP até 48 horas após a última relação.

Os resultados desse estudo mostraram que as pessoas que tomaram a PrEP antes e depois do sexo tornaram-se 86% menos suscetíveis a se infectarem pelo HIV com relação as pessoas que tomaram placebo, exatamente a mesma taxa de proteção encontrada no estudo PROUD[14].

Outro fato relevante observado nesses estudos foi que o uso da PrEP não levou as pessoas a se exporem mais ao risco, de uma vez que não aumentaram número de parceiros, nem a incidência de outras IST e usaram de forma mais consistente o preservativo.

Consideramos importante no estudo IPERGAY a possibilidade de reduzir o tempo de uso do medicamento pois a adesão a um esquema diário ainda é um desafio.

Diante das evidências da proteção conferida pela PrEP nos estudos citados, o Ministério da Saúde está realizando o estudo PrEP Brasil[9] visando a adoção desta como uma das políticas públicas de prevenção ao HIV no nosso país.

A PrEP Brasil avalia a aceitação, a viabilidade e a melhor forma de oferecê-la como uma estratégia de prevenção ao HIV e investiga o impacto social da adoção de um protocolo para a PrEP. Participam do estudo homens que fazem sexo com homens (HSH), travestis e mulheres transexuais com risco de adquirir a infecção pelo HIV.

A PEP – profilaxia pós-exposição – é uma proposta de uso de drogas antirretrovirais, durante 28 dias, por indivíduos que se expuseram a risco de adquirir esta infecção, por ter tido relações sexuais sem uso de preservativo ou com rompimento deste, ter sido vítima de violência sexual ou ter tido acidente do trabalho com objeto perfuro-cortante contaminado[15].

No caso de uma relação sexual sem preservativo, onde o indivíduo não sabe se a pessoa com quem manteve relações é soropositiva para o HIV ou não, ele deve procurar um serviço de saúde o mais rápido possível, preferencialmente nas primeiras horas após a relação de risco e no máximo até 72 horas depois para iniciar a profilaxia com antirretrovirais (PEP sexual). Lembrando que quanto mais cedo o indivíduo começar a usar a medicação específica, maior proteção ele terá.

Este tratamento deve ser supervisionado por um profissional de saúde, desde o início até o encerramento do caso. É importante que esses profissionais conheçam as indicações de PEP e estimulem seu uso nas situações tecnicamente adequadas.

É papel dos serviços de saúde a divulgação da PEP à população, particularmente aos segmentos mais vulneráveis, como homens que fazem sexo com homens, para que ela possa ser utilizada como mais uma estratégia de prevenção[16].

Cada município deve ter uma rede estabelecida para oferta de PEP 24 horas por dia. Cabendo aos Hospitais/Pronto Socorros o início do tratamento em horários nos quais os serviços de referência para PEP estejam fechados. Os locais que fazem o primeiro atendimento deverão prover as doses necessárias até que o indivíduo possa acessar o serviço que fará seu seguimento.

O site do Centro de Referência e Treinamento DST-AIDS da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo, hospeda um ***hot site* – www3.crt.saude.sp.gov.br/profilaxia/hotsite**, com informações sobre PEP e a lista dos serviços que fazem este tipo de atendimento no estado de São Paulo.

Embora a PEP seja atendida nas unidades de referência é importante que toda a rede de serviços de saúde tenha conhecimento que esse é um tratamento de urgência e que encaminhar os casos considerando o prazo adequado para o início do tratamento é de fundamental importância para o sucesso da estratégia.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV, de 2015, atualizou as recomendações brasileiras para o uso de medicamentos antirretrovirais para a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) [15].

O Ministério da Saúde, através do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (DDAHV) desde 2013 recomenda que os antirretrovirais sejam disponibilizados a todas as pessoas vivendo com HIV/AIDS, independente do nível do CD4, com o intuito de utilização desses medicamentos não apenas para tratamento dos pacientes com AIDS, mas também para o Tratamento como Prevenção –TcP[17].

Vários estudos apontaram para a estratégia de testar e tratar, a proposta é diante do diagnóstico da infecção pelo HIV, iniciar imediatamente o uso de medicamentos antirretrovirais, para que as pessoas vivendo com HIV/AIDS alcancem a chamada "carga viral indetectável", o que diminui sensivelmente a possibilidade de transmissão do vírus a outras pessoas.

Um estudo recente que corrobora estas evidências é o PARTNER[18]. Embora sua conclusão esteja prevista para 2017 os dados preliminares mostraram que nenhum paciente com carga viral indetectável – gay ou heterossexual – transmitiu o HIV ao parceiro sorodiscordante nos primeiros dois anos do estudo.

Questionava-se os possíveis benefícios desta estratégia do ponto de vista individual. O estudo africano Temprano[19], avaliou as vantagens da introdução precoce da terapia antirretroviral em pacientes com contagem de CD4 acima de 500, baixa renda, alta incidência de tuberculose e outras infecções bacterianas. Seus resultados indicam que a TARV e a profilaxia com isoniazida precoces reduzem consideravelmente o risco de morbidade severa e, portanto, deverão ser recomendados no cuidado das pessoas vivendo com HIV.

Portanto as evidências científicas mostram que o tratamento precoce com ARV para pessoas vivendo com HIV/AIDS traz melhora significativa na qualidade de vida desses indivíduos e reduz de forma importante a chance de transmitir o vírus à outra pessoa. O tratamento ARV deve ser iniciado desde que a pessoa que vive com HIV esteja esclarecida sobre benefícios e riscos, motivada e preparada para o tratamento, respeitando-se sua autonomia. Para o sucesso dessa estratégia é fundamental trabalhar a adesão ao tratamento, que uma vez iniciado não deverá ser interrompido.

Estudos indicam que com adesão e mantendo, nos últimos 6 meses, ausência de infecções sexualmente transmissíveis e carga viral indetectável a eficácia é similar ao uso de preservativos . A diminuição da carga viral (quantidade de vírus circulante no sangue) provocada pelo uso de ARV leva a uma redução importante da transmissão do HIV para outras pessoas, mesmo em relações sexuais desprotegidas.

Os casais sorodiscordantes, isto é, onde um é soropositivo e o outro soronegativo para o HIV, devem ser acompanhados pelo serviço de saúde onde discutirão as formas de prevenção possíveis e serão esclarecidos sobre potenciais riscos associados às suas práticas sexuais. Esses casais devem monitorar carga viral do parceiro soropositivo para o HIV, para escolher o momento de não usar preservativo, por prazer ou para engravidar.

A utilização do tratamento ARV pela pessoa que vive com HIV não exclui a adoção de outras práticas seguras, como o uso de preservativos. As pessoas podem escolher uma ou combinar várias estratégias de prevenção, e o fundamental nesse processo é que elas tenham acesso aos insumos de prevenção, conhecimento e autonomia para decidir.

Mandala Prevenção Combinada[20].

Referências bibliográficas

1. Disponível em UNAIDS Brasil - http://unaids.org.br/prevencao-combinada/ acesso em 06/06/2016.
2. Estratégias de prevenção sexual às DST/HIV/AIDS e hepatites virais em situações de conjugalidade. In Conjugalidades e Prevenção as DST/AIDS. Org. Alexandre Yamaçake, Naila J S Santos, Regina Figueiredo. Centro de Referência e Treinamento DST-AIDS – SES – SP, 52 p. 2010 , Capítulo 4, p.23 – 42.
3. Prevenção biomédica da infecção por HIV/AIDS. Segurado A.A.C. In Paiva, Vera. Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: entre indivíduos e comunidade – Livro II./Vera Paiva, Gabriela Calazans, Aluisio Segurado./ Curitiba: Juruá, 2012. 360, pg 309-349.
4. WHO/UNAIDS Technical Consultation Male Circumcision and HIV Prevention: Research Implications for Policy and Programming (2007). New data on male circumcision and HIV prevention: policy and programme implications. www.who.int/hiv/mediacentre/MCrecommendations_en.pdf
5. FACTS 001 Results Presented at CROI 2015. HIV prevention study does not confirm pericoital tenofovir gel effectiveness: protection observed in small group of women who used the product consistently - http://www.conrad.org/news-pressreleases-107.html, acesso em 30/05/2016.
6. CDC (Centers for Disease Control and Prevention). The role of STD detection and treatment in HIV prevention. December 2007.
7. São Paulo, Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS. MANUAL PARA O MANEJO DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM PESSOAS VIVENDO COM HIV, São Paulo 2011. 152 p. Editores: Geraldo Duarte, Herculano Duarte Ramos de Alencar, Elisabete Onaga Grecco, Elucir Gir, Valdir Monteiro Pinto. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS.
8. Disponível em http://www.aids.gov.br/search/node/prep - acesso em06/06/2016.
9. Disponível em http://prepbrasil.com.br/tag/iprex/ - acesso em06/06/2016.
10. McCormack S et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. The Lancet, early online publication. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00056-2. 2015.
11. Mayer KH and Beyrer C. Antiretroviral chemoprophylaxis: PROUD and pragmatism. The Lancet, early online publication. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00153-1. 2015.
12. Disponível em https://soropositivo.org/2015/09/17/resultados-do-estudo-de-prep-proud-sao-publicados/ - acesso em30/05/2016.

13. Molina J-M et ai. On Demand PrEP Com Oral TDF-FTC em MSM: Resultados do Ipergay Julgamento ANRS. 2015 Conferência sobre Retrovírus e Infecções Oportunistas (CROI), Seattle, EUA, resumo 23LB de 2015.

14. Disponível em https://soropositivo.org/2015/03/20/a-profilaxia-pre-exposicao-prep-tambem-detem-86-das-infeccoes-por-hiv-no-estudo-ipergay/ - acesso em 30/05/2016.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 54 p. : il. Disponível em http://www.aids.gov.br/publicacao/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-antirretroviral-pos-ex-0, acesso em06/06/2016.

16. Disponível em http://www3.crt.saude.sp.gov.br/profilaxia/hotsite/ -acesso em 30/05/2016.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos – Brasília: Ministério da Saúde, 2013, atualizado em 2015. 227 p. : il. Disponível em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolofinal_31_7_2015_pdf_31327.pdf - acesso em 06/06/2016.

18. Disponível em https://www.hptn.org/research/studies/33 - acesso em 06/06/2016.

19. Starting Antiretroviral Treatment Early Improves Outcomes for HIV-Infected Individuals - em http://www.niaid.nih.gov/news/newsreleases/2015/Pages/START.aspx - acesso em 27/05/2015.

20. Disponível em http://www.aids.gov.br/prevencao_combinada - acesso em 19/09/2016.

Redução de riscos para a prevenção do HIV entre homens que fazem sexo com outros homens

É comum falarmos de uso consistente ou inconsistente do preservativo. O adjetivo "inconsistente" significa incoerente, de pouca solidez, infundado, pouco profundo. Mas será que o uso descontínuo do preservativo para a prevenção do HIV é sempre "inconsistente"? Por exemplo se duas pessoas sem HIV decidem não usar o preservativo entre si, mas usá-lo com os outros parceiros, eles adotam uma estratégia infundada?

Neste caso, o uso descontínuo do preservativo é baseado numa **estratégia de redução do risco (ERR)** da transmissão do HIV. Isto mostra o cunho desqualificador e obscurantista da palavra "inconsistente" neste contexto. E dizemos *obscurantista* porque nos impede de observar a realidade e complexidade da situação. Por esta razão, no que segue referir-nos-emos a uso constante ou inconstante de preservativos.

Neste texto analisaremos algumas ERR para homens que fazem sexo com outros homens (HSH), baseadas na atribuição da sorologia própria e do parceiro. Agradecemos a aidsmap e seus colaboradores Gus Cairns e Roger Pebody cujos artigos e comentários foram valiosos para a elaboração deste texto.

Passemos a alguns exemplos:

Conforme uma pesquisa realizada na Suíça em 2007, aproximadamente dois terços dos homens gays e bissexuais (HSH) usam camisinhas de forma constante com parceiros casuais como modo de prevenção do HIV[(1)].

Porém a pesquisa mostra que 25% dos homens usaram outras estratégias, tais como *soroconcordância, soroadaptação* ou *coito interrompido* para tentar reduzir o risco da transmissão do HIV quando fizeram sexo anal com parceiros casuais.

Definamos estas estratégias e algumas outras. É possível dar outras definições.

Soroconcordância: estratégia que corresponde a fazer sexo desprotegido com parceiros sexuais da mesma sorologia. Em inglês equivale a "*serosorting*".

Comportamento "soroadaptativo": qualquer tentativa de reduzir o risco de transmissão do HIV através da alteração do comportamento sexual segundo a sorologia do parceiro. Mais comumente, significa restringir o sexo anal desprotegido a parceiros sexuais que têm a mesma sorologia que você mesmo. Se o parceiro tiver sorologia diferente, então haveria sexo protegido, ou não haveria sexo.

Segurança negociada: quando dois homens soronegativos para o HIV que estão numa relação fixa combinam fazer sexo desprotegido entre si e usar preservativos em todos os outros encontros. Esta estratégia chama-se também de pacto do casal.

Soroposicionamento: ter relações anais receptivas (ou seja, como passivo) desprotegidas somente com parceiros sexuais soronegativos para o HIV, e usar

preservativos ter relações anais insertivas (como ativo), apenas com os parceiros com sorologia para o HIV desconhecida ou positiva.

Monogamia: ter sexo anal desprotegido, mas apenas dentro de um relacionamento monogâmico soroconcordante.

Coito interrompido: há penetração, mas a ejaculação é fora da vagina ou ânus .

Neste estudo suíço, um total de 2953 completaram a enquête em 2007: 1687 (57%) informaram a realização de sexo anal com um parceiro eventual nos últimos 12 meses. O uso constante de preservativos foi menor entre os homens soropositivos para o HIV do que entre os homens soronegativos para o HIV (47% e 69%, $p< 0.001$). Mas os homens vivendo com HIV adotaram mais estratégias de redução de riscos do que os homens sem HIV (35% e 25%, $p< 0.001$).

O coito interrompido foi o método mais utilizado (62%), seguido da *soroconcordância* (50%) e do soroposicionamento (33%)

Os autores comentam: "o uso de práticas de redução de risco com a intenção de evitar a transmissão do HIV foram muito presentes entre estes HSH". E acrescentam : "Estas práticas nunca foram promovidas como tais na Suíça pelas autoridades de saúde pública nem pelas organizações gays. Pelo contrário, a página web da Fundação Suíça para a AIDS adverte sobre sua eficácia questionável."

Portanto cabe a pergunta: De onde originam-se estas estratégias?

É difícil dar uma resposta clara e geral para esta pergunta. De um lado, o sexo entre pessoas sem HIV não envolve risco algum de infecção. De outro, o incentivo, ou em alguns países a obrigação legal, de revelar a sorologia positiva para eventuais parceiros sexuais, leva as pessoas com HIV a se relacionarem mais entre si. Ao mesmo tempo, apesar da insistência do uso do preservativo entre pessoas com HIV devido à possibilidade de reinfecção, este uso é avaliado em 4% pelo Centro de Controle de Doenças dos EUA (CDC). Assim, saber a sorologia do parceiro permitiria tomar medidas adequadas de prevenção, e se necessário de redução de risco. Ao mesmo tempo, é amplamente conhecida a hierarquia de riscos da transmissão do HIV.

O CDC dos EUA reeditou em 2015 a Tabela de Estimativas de risco de aquisição do HIV. (http://www.cdc.gov/hiv/risk/estimates/riskbehaviors.html)

TABELA 1. Estimativas de aquisição do HIV por ato e tipo de exposição

MMWR, CDC2015

Tipo de exposição	Risco por 10.000 exposições
Transfusão	9.250
Compartilhar agulhas	63
Acidente percutâneo agulha	23
Anal Receptivo	138
Anal insertivo	11
Vaginal receptivo	8
Vaginal insertivo	4
Oral receptivo	Baixo
Oral insertivo	Baixo

Esta **Tabela1** deve ser interpretada mais como hierarquia do que como uma quantificação. Com efeito, sabemos que a presença de uma infecção sexualmente transmissível (IST) ativa[2] em qualquer dos parceiros sexual ou uma carga viral alta aumentam a possibilidade de transmissão do HIV[3].

Os resultados que apresentamos agora precisam ser revistos à luz da comprovação do baixo risco de transmissão associado a uma terapia com antirretrovirais eficaz (TARV) e sem a presença de IST.

http://www.cdc.gov/hiv/risk/estimates/riskbehaviors.html

O que sabemos sobre a eficácia destas estratégias?

Estes temas são complicados de pesquisar, por razões que explicitaremos mais embaixo. Mostremos alguns resultados.

Um estudo em Sydney, Austrália

O estudo HIM[4,5], de uma coorte com 1427 homens gays sem HIV, comprovou que a soroconcordância e outras estratégias de redução de riscos (ERR) são consideravelmente menos protetoras contra o HIV do que os preservativos. Mas também observou que estas práticas são melhores do que nenhuma estratégia.

O estudo acompanhou quatro comportamentos: soroconcordância, praticada por 38% do grupo, pacto do casal por 25%, soroposicionamento (15%) e coito interrompido (13%).

A Tabela 2 mostra a Efetividade, comparada com o uso constante de preservativos:

TABELA 2: Efetividade de cada Estratégia comparada com o Preservativo

Estratégia	Infecção pelo HIV comparada com uso constante de preservativo
Uso inconstante de preservativos = soroconcordância (sem signif. Estatística)	2,2 vezes mais infecções
Soroposicionamento	3 vezes
Coito interrompido	5 vezes
Sexo de risco (sem estratégia)	11 vezes

Segundo os pesquisadores, cada estratégia de redução de risco ofereceu "proteção substancial ainda que incompleta contra a infecção pelo HIV". Os resultados foram publicados em 2009.

Comportamento Soroadaptativo para HSH HIV-positivos

Este estudo[6], publicado em 2010, teve uma metodologia inovadora, e mostrou resultados alentadores. Com efeito, encontrou-se um comportamento soroadaptativo bem amplo numa coorte de 168 HSH com HIV. O sexo anal desprotegido (SAD) teve 15,5 mais chances de acontecer com um parceiro com HIV do que com um parceiro HIV-negativo. O SAD receptivo teve 4,3 mais chances de ocorrer em parcerias soroconcordantes do que com parceiros HIV negativos. Os autores estimam que esta estratégia reduziu as transmissões de HIV em 98%.

Uma Meta-Análise: A Soroconcordância ajuda a prevenir o HIV - até certo ponto

Uma meta-análise do comportamento sexual de gays HIV-negativos[7] e a taxa de incidência do HIV em quatro estudos de prevenção do HIV foi apresentada na XIX Conferência sobre Retrovírus e Infecções Oportunistas (CROI) de 2012. Ela achou que a "soroconcordância", estratégia que corresponde a fazer sexo desprotegido com parceiros sexuais sabidamente HIV-negativos, tem eficácia como uma estratégia de prevenção do HIV, quando comparado com o uso de nenhuma estratégia.

A "soroconcordância" é, no entanto, consideravelmente menos eficaz em reduzir as chances de contrair o HIV do que quatro outras estratégias: o uso do preservativo em 100% das relações sexuais, a monogamia, realizar apenas o sexo insertivo (ativo), ou "soroposicionamento" (só ser passivo com parceiros sabidamente HIV-negativos e ser ativo com parceiros positivos ou de sorologia desconhecida). Curiosamente, o uso do preservativo 100% das vezes foi a menos eficaz destas outras quatro estratégias.

Enquanto alguns estudos encontraram que a estratégia de *soroconcordância* em homens HIV-negativos foi eficaz, outros estudos acharam o oposto. A *soroconcordância* como estratégia de pessoas HIV-negativas tem uma desvantagem inerente que a *soroconcordância* por pessoas HIV-positivas não tem: as pessoas só podem ter certeza de sua sorologia negativa até o momento em que se expõem ao risco depois do último teste negativo para o HIV [N.doT.: e levado em conta o período de janela inerente à testagem]. A pesquisa indica que uma grande minoria de pessoas em comunidades de alto risco e que declaram ser HIV negativos, na verdade têm HIV. Também observaram que uma grande proporção de homens que "sabem" o status sorológico do parceiro, de fato, tentaram adivinhá-lo.

A meta-análise

No entanto, EMBORA a *soroconcordância* seja falível, uma meta-análise recente de estudos apresentados na CROI encontrou que ela reduziu pela metade a probabilidade de contrair o HIV comparado com não ter nenhuma estratégia.

O estudo reuniu dados de comportamento e as taxas de incidência de HIV de quatro diferentes estudos em homens gays:

- O Estudo HIVNET001 (Estudo de Preparação para uma Vacina, VPS), que foi um estudo observacional em oito cidades dos EUA entre 1995 e 1997.
- VAX 004, o primeiro ensaio clínico de Fase III de eficácia de uma candidata a vacina para o HIV, que teve lugar em 61 locais no Canadá, EUA e Holanda entre 1998 e 2001.

- O Estudo EXPLORE, um ensaio clínico randomizado de uma intervenção comportamental de prevenção do HIV que ocorreu em seis cidades dos EUA entre 1999 e 2003.
- O estudo STEP, um estudo de Fase III de uma outra candidata a vacina, que teve lugar nas Américas do Sul e do Norte, e Austrália entre 2004 e 2007.

Houve um total de 12.705 homens HIV-negativos gays da América do Norte incluídos nestes ensaios, dos quais 663 (5%) adquiriram o HIV.

Analisando os resultados dos questionários de comportamento sexual, os pesquisadores do estudo atual dividiram o comportamento sexual dos entrevistados segundo uma hierarquia de risco. Eles conceberam esta hierarquia indo das opções que hipotetizaram como mais seguras para aquelas mais arriscadas. "Hierarquia" neste estudo significa que somente aqueles que não praticavam a primeira opção foram avaliados quanto à utilização da segunda opção, e também apenas os que não praticavam a segunda opção foram avaliados quanto ao uso da terceira e assim por diante.

As opções eram:

- Nenhum sexo anal desprotegido: nenhum sexo anal ou o uso do preservativo 100% das vezes (47% do grupo);
- Monogamia: você tem sexo anal desprotegido, mas apenas dentro de um relacionamento monogâmico soroconcordante (11%);
- Apenas ativo: no sexo anal desprotegido você somente desempenha o papel ativo, independentemente do status sorológico do parceiro ou uso do preservativo (10%);
- *soroconcordância*: você tem sexo anal desprotegido com parceiros da mesma sorologia (8%);
- Soroposicionamento: você tem relações anais receptivas desprotegidas somente com parceiros sexuais HIV negativos, e tem apenas relações anais insertivas (como ativo), com os parceiros de sorologia de HIV desconhecida ou positiva (3%);
- sexo de risco: você tem relações sexuais desprotegidas sem nenhuma estratégia de redução de risco (21%).

Nestes estudos, a adoção destas estratégias foi fluida e inconstante: apenas 23% dos homens nos estudos mantiveram uma estratégia específica durante todo o estudo.

Resultados

Os quatro grupos de estudo eram muito semelhantes em alguns aspectos e muito diferentes em outros. A idade média foi de 34 anos, com pouca variação entre os estudos, e os grupos foram predominantemente brancos (78%), com apenas 6% afroamericanos.

Em outros aspectos eram muito diferentes: EXPLORE recrutou gays de 'alto risco' e STEP de um grupo de baixo risco. Um em cada seis homens tinha sido celibatário ou monogâmico nos últimos seis meses, mas isso variou de 8% no EXPLORE para 51% no STEP; 60% no EXPLORE mas somente 11% no STEP tiveram seis ou mais parceiros nos

últimos seis meses, 13% dos homens no EXPLORE tinham usado metanfetamina [N.doT.: substancia utilizada no tratamento dos dependentes de heroína] mas apenas 4% no STEP.

Todas as estratégias de redução ajudaram a reduzir as infecções por HIV, mas algumas muito mais do que outras – e a hierarquia de segurança não foi o que os pesquisadores esperavam.

A incidência anual do HIV em pessoas sem estratégia de sexo seguro foi de 2,95%. Entre os que praticavam a *soroconcordância*, ela foi de 1,44% (uma redução de 51% na incidência de HIV).

Depois disto, a estratégia de maior risco foi o uso de preservativo 100% das vezes / e não ter sexo anal: a taxa de soroconversão neste grupo foi de 0,76% por ano (74% de redução). O soroposicionamento foi igualmente seguro: a taxa de incidência foi 0,73% (75% de redução).

Os homens que eram "apenas ativos" só tiveram uma taxa de incidência de HIV de 0,4% (86% de redução). E a opção mais segura de todas foi a antiquada monogamia: em homens monogâmicos a taxa anual de incidência de HIV foi de apenas 0,25%, uma redução de 91,5% no risco de HIV.

Embora a validade das categorias de risco e a metodologia de questionários individuais de comportamento possam ser desafiadas, esta é uma meta-análise de tamanho suficientemente grande que estabelece de forma mais confiável o risco de diferentes métodos. A redução de 74% observada com o uso do preservativo 100% das vezes não é incompatível com os números obtidos nos relativamente poucos estudos sobre eficácia [N.doT.: ou efetividade] do preservativo em homens gays. Talvez o mais surpreendente é que ter um relacionamento monogâmico confiável ou ser exclusivamente ativo é tanto ou mais protetor do que o uso do preservativo.

Meta-análise para Recomendações da OMS

A OMS produziu recomendações a partir de uma revisão bibliográfica[8] sobre a soroconcordância para HSH e população trans sem HIV. Resumindo essas recomendações:

1. O uso de preservativos é recomendado fortemente no lugar da soroconcordância;
2. A soroconcordância como estratégia de redução de riscos - ERR, é preferível a não usar preservativos em circunstâncias específicas.

Deve ser ressaltado que estas recomendações restringem-se à população mencionada.

Soropalpite?

Os estudos anteriores avaliaram algumas estratégias de redução de risco - ERR quanto à sua efetividade. Assim, parece razoável adotarmos medidas de prevenção

baseadas na sorologia do parceiro. Mas até que ponto podemos conhecer esta sorologia? Os estudos seguintes avaliam este ponto.

Na conferência de *Impacto da AIDS* de 2007, Iryna Zablotska, da Universidade de New South Wales, Austrália, introduziu um novo termo - " soropalpite '- para denominar o que um monte de homens gays realmente fazem.

Ela apresentou os resultados de duas enquêtes[9,10] mostrando que, enquanto o sexo desprotegido entre homens homossexuais aumentaram 25 % para 33% ao longo de 2001 e 2005, o uso da estratégia de soroconcordância aumentou em pelo menos dois terços. Ou seja, era uma prática em expansão.

Nesta pesquisa, especialmente entre os homens HIV- negativos, o conhecimento do estado sorológico do parceiro ocasional foi muito mais a exceção do que a regra. Por exemplo, entre os homens HIV- negativos, 80% disseram que pelo menos alguns de seus encontros sexuais foram com parceiros de sorologia desconhecida. No mesmo contexto, apenas 38 % dos homens HIV- positivos disseram que sempre revelaram a sorologia.

Zablotska então re-entrevistou um subconjunto de 427 homens gays para descobrir se o seu "conhecimento" do status sorológico do parceiro era de fato um conhecimento, com base na discussão aberta, ou um palpite. Ela constatou que um quarto dos homens HIV- positivos e 40% dos homens negativos que afirmaram "saber" a sorologia do parceiro, na verdade faziam suposições a respeito.

E constatou que, pelo menos entre os homens HIV- negativos, a proporção de atos sexuais desprotegidos era realmente maior quando os homens supunham a sorologia do seu parceiro do que quando tinham falado disso.

Então qual era a base da suposição da sorologia dos seus parceiros? Entre os homens HIV- positivos, a revelação direta pelo parceiro ou num perfil de internet resultou em 66% desse conhecimento quando eles assumiram que o parceiro era positivo e 56% quando eles supunham que era negativo.

No entanto, um quarto da suposição dos homens positivos que seu parceiro também era positivo foi baseada no fato de que não queria usar preservativos. Quando assumiam que o parceiro era negativo, um terço baseou-se na aparência do seu parceiro, ou em pistas verbais.

Três quartos dos homens negativos ' sabiam ' que o parceiro era negativo , porque eles disseram isso. O conhecimento da própria sorologia, no entanto, é dependente do tempo desde o último teste e no comportamento desde então. Mas, como os pesquisadores salientaram, um terço dos homens na pesquisa nunca testou-se para HIV e 22 % tinham um resultado de teste de há mais de 18 meses .

Revelar a Sorologia Positiva para Ser Rejeitado Sexualmente?

A Enquête Sexual do Reino Unido de 2002, deixa claras as suposições sem embasamento que os gays fazem sobre a sorologia do outro, e sublinha os desincentivos que muitos homens HIV- positivos têm para revelar sua sorologia.

Dos participantes cujo teste de HIV mais recente foi negativo, dois terços (65,3%) disseram esperar que um homem HIV- positivo revelasse sua sorologia antes de fazer sexo. Entre os homens que nunca tinham testado para o HIV, 77% tinha a mesma expectativa. Em contraste, apenas pouco mais de um terço dos homens HIV- positivos esperavam que um parceiro fosse revelar a sorologia.

Quarenta e quatro por cento dos homens HIV- negativos ou não testados disseram que não gostariam de ter relações sexuais com o homem que tinha acabado de revelar sua sorologia positiva para eles - e isso aumentou para 56% entre os homens que nunca tinham testado para o HIV.

Os pesquisadores comentam: " Ainda são comuns as expectativas de que os homens com HIV revelarão sua sorologia a um provável parceiro sexual. Mais de um terço dos homens que não testaram esperava que um parceiro positivo revelasse sua sorologia antes do sexo mas também rejeitariam fazer sexo com eles após esta revelação. Neste clima, é difícil ver qual é o incentivo que os homens com HIV têm para revelar a sorologia [positiva]. "

Mas mesmo a revelação da sorologia negativa não ocorre sempre. Segundo uma pesquisa inédita informada por Gus Cairns e realizada por *Gay Men Fighting AIDS* (uma organização Gay do Reino Unido) em 2005, apenas 20% dos entrevistados disseram que sempre revelam o seu estado de HIV (positivo ou negativo) para os parceiros, 40% disseram que às vezes, e 40% disseram que nunca o faziam.

Um estudo sobre o Pacto de Casais de HSH

Assim, nos dois estudos anteriores observamos algumas das dificuldades inerentes à avaliação da sorologia do parceiro.

Explicitemos os resultados de um estudo sobre Pacto de Casais.

O pacto de casais que abordaremos é um pacto sexual realizado entre dois indivíduos. Ele refere-se ao comportamento sexual que pode ocorrer dentro e fora do seu relacionamento. Alguns acordos podem simplesmente esclarecer que o sexo não é permitido com outras pessoas. Outros acordos podem incidir sobre a relação ser "aberta" em maior ou menor grau. Muitos casais usam acordos para limitar, em parte, o risco de infecção pelo HIV. O estudo seguinte aprofundou a análise da qualidade do pacto (ser explícito ou implícito), e sobre o conteúdo deste pacto.

Pesquisa em casais

O estudo[11] foi realizado nos EUA e recrutou os dois parceiros do casal. Ele comparou as respostas, ao invés de depender do ponto de vista de apenas um parceiro. Os homens foram recrutados para este inquérito transversal online via anúncios no Facebook em 2011. A publicidade foi direcionada para atingir indivíduos cujas informações de perfil indicavam que poderia ser um homem em um relacionamento com um homem. Os primeiros participantes forneceram o endereço de email de seus parceiros, que foram então contatados e convidados a preencher o questionário.

Foram recrutados 722 homens (361 casais). Esta foi uma amostra predominantemente branca (77%) e relativamente bem-instruída, com uma média de idade de 33 anos, todos morando nos Estados Unidos. Os casais estavam juntos numa média de cinco anos, e três quartos moravam juntos.

Um em cada oito homens tinham sido diagnosticados com HIV. Metade deles estava em um relacionamento com outro homem com HIV, e a outra metade com um homem HIV- negativo (ou seja, em um relacionamento sorodiscordante).

A maioria dos homens relataram que eles eram HIV negativos. (Apenas 3 % da amostra informaram que não conheciam o seu estado sorológico). No entanto, um em cada cinco homens " HIV- negativos " não se testava desde o início de seu relacionamento. Em média os homens HIV- negativos tinham-se testado para HIV há dois anos, o que explicita as limitações de atribuir uma sorologia negativa mesmo a si próprio. Houve uma considerável diversidade de práticas de teste de HIV dos homens, e uma minoria testava-se com muito mais frequência do que outros.

Em média, os homens disseram que tinham discutido sua sorologia nos 12 dias iniciais do relacionamento, e isso ocorreu antes de que o casal começasse a ter relações sexuais desprotegidas (uma média de 81 dias em relacionamento) . No entanto, quando o casal realizou um pacto sexual, isto tipicamente ocorreu muito mais tarde: aos 174 dias de relação.

Acordos

Embora sete em cada dez homens relataram ter um pacto sexual, essa perspectiva nem sempre foi compartilhada pelo parceiro. Em 57 % dos casais ambos concordaram em que tinham um acordo sexual; mas em 25% dos casais, um pensava que havia um acordo, enquanto seu parceiro disse que não havia.

Entre os casais que concordaram que tinham um pacto, 58 % disseram que houve uma discussão explícita, enquanto 11 % relataram que a sua compreensão era mais implícita ou assumida. Em mais de 31% dos casos, um dos parceiros pensava que tinham tido uma discussão explícita, enquanto seu parceiro pensava que era implícita.

Para 56% dos homens que pensavam haver um acordo, este era que o relacionamento seria monogâmico.

Para 41%, o acordo foi o de permitir relações sexuais com parceiros casuais, mas com algumas regras ou restrições. Para 3%, houve um relacionamento aberto sem quaisquer condições.

As respostas que detalharam o que era permitido para aqueles com relacionamento aberto, mostraram que cerca de um quarto realmente permitia sexo anal desprotegido com parceiros casuais. Os dados mostram que alguns casais tinham regras diferentes para o sexo receptivo e insertivo, e para o coito interrompido. Porém os entrevistados não foram perguntados sobre haver condições relacionadas à sorologia do parceiro e comportamentos soroadaptativos.

Os desafios e limites da estratégia de redução de riscos (ERR)

A idéia de que a soroconcordância e outras estratégias podem fazer uma contribuição positiva para a prevenção do HIV é um desafio para abordagens ortodoxas da prevenção. Vale observar que as considerações anteriores apontam a dificuldade de termos uma avaliação da eficácia destas estratégias, comparadas com outras de cunho mais "objetivo", como o uso do preservativo, Profilaxia Pré Exposição, Tratamento como prevenção ou Circuncisão Masculina Voluntária. Contudo apresentamos algumas delas.

Por tanto, o aconselhador ou profissional de saúde defronta-se com duas possibilidades de enfoque:

I. as mensagens de prevenção devem concentrar-se no fato de que essas práticas ainda envolvem risco para o HIV, e portanto devem ser desencorajadas?

II. aceitar que alguns usuários dificilmente serão persuadidos da volta ao uso consistente do preservativo, pensando que essas estratégias podem minimizar o risco de HIV, e procurar condições de otimizá-las? Por exemplo, incentivar práticas como a testagem frequente para HIV e outras IST dele e dos seus parceiros?

De qual prevenção falamos?

Para enfrentar este dilema, acreditamos ser crucial enunciarmos o tipo de prevenção na qual acreditamos e procuramos. Explicitemos nosso enfoque:

Baseados na Declaração Dos Direitos Humanos. "Artigo XXV. 1.Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar,..."e na Declaração de Direitos das PVHA, Porto Alegre 1990. "Artigo I - Todas

as pessoas têm direito à informação clara, exata, sobre a aids..." (sublinhado nosso), a definição de Prevenção a que nos referimos é a seguinte:

Um processo que vise o empoderamento, a emancipação e a consciência da autonomia das pessoas e comunidades, para que decidam como enfrentar a epidemia do HIV:

a. Dando acesso à informação e insumos e estratégias correspondentes;

b. nos contextos sociais, culturais, econômicos e de rede social dos quais participam;

c. Na realidade singular de necessidades e objetivos (afetivos, de prazer, de felicidade, etc) conforme momentos de suas vidas

O Papel do Aconselhamento

À luz desta concepção, pensamos ser mais adequado o enfoque II, que considera a dificuldade do uso constante de preservativo e a possibilidade de discussão de medidas que levem à redução do risco de infecção pelo HIV. Também ele permitirá uma prevenção mais individualizada e mais rica, dando ao aconselhador uma relevância que supera os limites de repetição de uma norma.

Inicialmente, a estratégia de soroconcordância e as outras, devem ser informadas de modo adequado, tomando o cuidado de não apresentá-las como substitutas do uso de preservativos em termos de eficácia, ou fornecer meios para racionalizar o comportamento inseguro. Com efeito, apesar de que alguns estudos revelaram uma efetividade superior aquela do preservativo, a subjetividade e a variabilidade da avaliação da sorologia do parceiro não permite estender esta efetividade a contextos quaisquer.

Parte da informação deve ser dedicada a apontar as limitações concretas:

- Como observado acima, as pessoas podem tomar decisões com base em informações imprecisas ou suposições.
- a soroconcordância depende da revelação da sorologia positiva, algo que é difícil de realizar no atual contexto de estigmatização.
- a soroconcordância e as outras estratégias não protegem contra outras infecções sexualmente transmissíveis, enquanto que o preservativo sim. Porém, estamos falando de prevenção para o HIV ou para outras IST? Ou o argumento das IST é utilizado só para insistir no uso de preservativos?

Mas também é necessário pensar em conjunto e sugerir formas de otimizar estas estratégias. Por exemplo:

Salientar que se o parceiro afirmar que não tem HIV, esta informação dependerá de outras variáveis: se ele se testou alguma vez, se o resultado negativo é recente, e das medidas de proteção adotadas desde o último teste, incluindo o período de janela. Se estas variáveis forem levadas em conta, é possível que o valor do teste negativo seja diminuído. Também alguns

podem desconhecer sua sorologia. Nos dois casos é possível sugerir a realização de testes mais frequentes tanto para o HIV como para outras IST tanto à pessoa como aos seus parceiros. Estes podem ser testes rápidos ou inclusive testes em farmácia, caso estiverem disponíveis.

Ao mesmo tempo, não é simples falar destes temas no meio de uma paquera. Por outro lado a revelação de uma sorologia positiva pode levar à rejeição, quebra de privacidade, ao invés de a uma relação sexual com preservativos. Por este motivo, se o parceiro informa ter HIV, esta informação pode ser verdadeira. Circunstancialmente um tema relacionado importante seria perguntar se a pessoa que pensa ser HIV negativa teria sexo com uma pessoa com HIV com preservativos. Com efeito, a estratégia da soroconcordância pode levar a pensar que as pessoas com HIV e as pessoas sem HIV devem ser colocadas em compartimentos separados, quando falarmos de relacionamentos sexuais. Ou seja, a prevenção estaria embasada em discriminação! O levantamento destes temas pode tanto trazer clareza sobre a solidez da eficácia do preservativo, como auxiliar a enfrentar o estigma relacionado com o HIV. Inclusive é possível ressaltar que as relações sexuais com uma pessoa com HIV em tratamento eficaz e sem IST há mais de seis meses tem risco inferior aquele de uma pessoa com teste HIV negativo não recente, que pode ter-se infectado há pouco tempo pelo HIV. Assim, um exame que mostre uma carga viral indetectável deve ser considerado como equivalente a um que mostre uma sorologia negativa, com todas as ressalvas do caso sobre tempo desde a testagem, etc.

Quanto ao pacto de casais, o estudo acima[11] informou que estão avaliando uma abordagem de aconselhamento e testagem voluntários de casais, na qual os parceiros fazem um teste de HIV e recebem os resultados conjuntamente. O foco do aconselhamento não é sobre a história sexual passada, mas sobre a forma como o casal deseja gerenciar o risco de HIV no futuro. A pesquisa quantitativa e qualitativa sugere que esta é uma intervenção que interessaria a muitos homens em parceria.

Considerações finais

As estratégias de redução de riscos embasadas na atribuição de uma sorologia para o HIV tanto para si próprio como para o parceiro possuem limitações, mas também eficácia. A sua análise relativamente recente no Brasil, comparada com outros países do mundo possibilita o seu uso à luz das muitas pesquisas já realizadas e em combinação com outras estratégias de prevenção tais como a Circuncisão Voluntária Masculina, a PEP, a PrEP, o Tratamento como Prevenção e como sempre, com o preservativo. E também mostra a necessidade de realizar pesquisas análogas entre os HSH do Brasil, reservando um papel relevante para as ciências sociais. Assim, a inclusão destas estratégias de forma apropriada durante o aconselhamento, possibilita o ressurgimento de uma prevenção liberadora e não normativa, mais individualizada e portanto mais complexa, mas mais rica e adaptada às necessidades e contextos de pessoas e comunidades.

Referências Bibliográficas

1. Balthasar H et al. Intentional risk reduction practices of men in Switzerland who have anal intercourse with casual male partners. *J Acquir Immune Defic Syndr*, advanced online publication, 2010.
2. Gray et al .Probability of HIV-1 transmission per coital act in monogamous, heterosexual, HIV-1-discordant couples in Rakai, Uganda. The Lancet 2001, Vol 357, April 14, 2001, 1149-1154.
3. T.C. Quinn, et al., "Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1," The New England Journal of Medicine, 342, 13 (2000): pp. 921–929.
4. Jin F et al. Unprotected anal intercourse, risk reduction behaviours, and subsequent HIV infection in a cohort of homosexual men. AIDS 23: 243-52, 2009.
5. Van Griensven F Non-condom use risk-reduction behaviours: can they help to contain the spread of HIV infection among men who have sex with men? AIDS 23: 253-5, 2009.
6. J.J.McConnell et al. Sexual Seroadaptation: lessons for Prevention and Sex Research from a Cohort of HIV-Positive Men who have Sex with Men. Plos One,January 2010, Vol 5, Issue 1, e8831 (www.plosone.org).
7. Vallabhaneni S et al. Seroadaptive behavior: association with seroconversion among HIV-MSM. Nineteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Seattle, abstract 140, 2012. Abstract disponível na página web da CROI.
8. C.E.Kennedy et al. Serosorting and HIV/STI among HIV-negative MSM and Transgender People: a systematic review and Meta-Analysis to inform WHO Guidelines. Journal of STD,Vol.2013, article ID 583627, 8 pages.
9. Zablotska Manos I et al. Practice of serosorting: will it minimise HIV transmission risk? Eighth AIDS Impact Conference, Marseille, abstract 282, 2007.
10. Zablotska IB, Imrie J, Prestage G, Crawford J, Rawstorne P, Grulich A, Jin F, Kippax S. Gay men's current practice of HIV seroconcordant unprotected anal intercourse: serosorting or seroguessing? AIDS Care. 2009 Apr;21(4):501-10.
11. Mitchell JW Characteristics and Allowed Behaviors of Gay Male Couples' Sexual Agreements. Journal of Sex Research, online ahead of print, 2013.

AIDS em homens que fazem sexo com homens: tópicos importantes da política pública de prevenção do HIV/AIDS para Gays, Travestis e outros HSH

Ainda que apresente diversas facetas, a epidemia de HIV/AIDS no Brasil é uma epidemia com presença exacerbada nos grandes centros urbanos e em alguns segmentos da população, como a de homens que fazem sexo com homens (HSH).

Os dados epidemiológicos específicos para a população HSH reiteram o recrudescimento da epidemia nesta população[1].

O reconhecimento da importância da epidemia entre HSH, motivou a elaboração, em 2008, do Plano de Enfrentamento da Epidemia de aids entre Gays, Travestis e outros HSH, na esteira das diretrizes nacionais que havia lançado em 2007 o Plano Nacional que elencava as atribuições para os estados e municípios no enfrentamento desta epidemia, que naquele momento já mostrava sinais de novo crescimento entre os gays, principalmente os mais jovens.

Desde o início da epidemia o Programa de DST/AIDS tem a população HSH como prioritária e vem desenvolvendo estratégias específicas de prevenção para este segmento populacional.

Elencaremos a seguir alguns **tópicos importantes da Política Pública de Prevenção do HIV/AIDS para Gays, Travestis e outros HSH no contexto atual:**

1. Atualização do discurso relativo ao risco acrescido da população de gays, outros homens que fazem sexo com homens e travestis.

Se, em um primeiro momento na epidemia de aids, foi usado o termo "grupo de risco" para designar os segmentos populacionais mais afetados pela doença, em um momento seguinte o discurso governamental foi muito cuidadoso para não estigmatizar determinados grupos como responsáveis pela disseminação da infecção pelo HIV. Um destes grupos era dos homossexuais masculinos.

Esta postura foi fundamental naquele momento, pois enfrentar o preconceito pela orientação sexual, que vitimiza os homossexuais, e pela identidade de gênero, que vitimiza travestis e transexuais, contribuiu para diminuir a vulnerabilidade social destes grupos.

Entretanto, os dados epidemiológicos nos mostram uma epidemia onde alguns grupos são afetados com mais intensidade do que a população geral e é importante que

esta informação seja adequadamente divulgada, para que se intensifiquem as atividades de prevenção direcionadas a este público.

Assim, os técnicos e gerentes dos programas de HIV/AIDS vêm enfatizando nos eventos públicos e nos documentos técnicos a maior prevalência do HIV na população de gays, outros homens que fazem sexo com homens e travestis, trabalhando com o conceito de vulnerabilidade que amplia o olhar para os direitos humanos, condição sócia econômica, questões culturais, acessibilidade aos serviços de saúde e meios de prevenção, mantendo a preocupação em não reforçar preconceitos ou trazer de volta o discurso de "grupo de risco".

2. Ampliação do diagnóstico da infecção pelo HIV

Considerando-se a maior prevalência da infecção pelo HIV na população de homens que fazem sexo com homens e a importância do diagnóstico precoce, tanto para maior eficácia do tratamento das pessoas afetadas, quanto para quebra da cadeia de transmissão, faz-se necessário um investimento intenso para ampliar o acesso ao diagnóstico para essa população, respeitando a autonomia e os direitos das pessoas vivendo com HIV.

A diminuição da carga viral, a níveis indetectáveis, proporcionada pelo uso precoce de antirretrovirais (ARV) é fundamental para a quebra da cadeia de transmissão e para melhora da qualidade de vida das pessoas vivendo com o HIV.

Neste sentido o PE DST/AIDS tem elegido algumas estratégias de ampliação da testagem sorológica para o HIV, sífilis e Hepatites B e C. Uma delas tem sido a eleição desta população como prioritária nas Campanhas Fique Sabendo.

A parceria envolvendo os gestores estadual e municipais e a Sociedade Civil Organizada em projetos como o "Quero Fazer" [2], busca ampliar o acesso da população de gays e travestis à testagem sorológica do HIV, em ações fora do espaço dos serviços de saúde.

Com a possibilidade de utilização do teste rápido através do fluido oral, aparece mais uma oportunidade de ampliar o diagnóstico entre populações mais vulneráveis e com dificuldades de acessar os serviços de saúde em dias e horários tradicionais. Uma iniciativa do Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais, o Viva Melhor Sabendo, realizada através de apoio financeiro e técnico a várias Organizações Não Governamentais (ONG) do país, é mais uma ferramenta na busca pela ampliação do acesso aos testes para estas populações. No estado de São Paulo, esta estratégia acontece graças a articulação e parceria existente entre os diferentes níveis da gestão e a sociedade

2 O "Quero Fazer" é um programa de aconselhamento e testagem voluntária (ATV) anti-HIV para gays, homens que fazem sexo com homens (HSH) e travestis. Inicialmente, realizado em quatro capitais brasileiras: São Paulo, Brasília, Rio de Janeiro e Recife, como um projeto financiado pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) em parceria com o Departamento de IST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. Com o término do projeto a atividade passou a ser desenvolvida conjuntamente pelos Programas de IST/AIDS do Estado e do Município de São Paulo.

civil organizada, onde espera-se que cada qual dentro de suas competências contribua para o alcance dos objetivos e o fortalecimento da rede de atenção.

Nos serviços, o teste rápido proporciona a reorganização do processo de trabalho permitindo que o acesso ao diagnóstico seja facilitado, pois a rapidez no resultado abre a discussão para a prevenção quando o teste é negativo, mas o risco de infecção está presente e permite o encaminhamento para intervenção quando o resultado é positivo, uma vez que o diagnóstico precoce do HIV é benéfico tanto para o tratamento oportuno do portador do HIV quanto para a adoção de medidas de prevenção que contribuirão para a quebra da cadeia de transmissão, como mencionado anteriormente.

3. Política de distribuição de insumos para população HSH.

A Coordenação do PE DST-AIDS em parceria com os Programas Municipais tem trabalhado com a ampliação do acesso aos preservativos e gel lubrificante, incentivando pontos de distribuição para além dos serviços de saúde e do trabalho dos agentes de prevenção.

Apesar de o preservativo ser a mais antiga técnica de prevenção, a atuação com este insumo ainda precisa ser implementada. É preciso levá-lo onde as pessoas estão. Sair da lógica de distribuição apenas nos espaços da saúde e ir para ações extramuros, identificando parcerias com serviços públicos como os CRASS e CREAS, escolas, universidades e com estabelecimentos comerciais, culturais ou de lazer.

Mapear os pontos de sociabilidade dos HSH como saunas, clubes de sexo, bares, cinemas e outros e estabelecer parceria com os mesmos para distribuição de insumos é uma forma de potencializar o acesso dessa população aos preservativos e gel.

4. Materiais educativos

A produção de materiais educativos especificamente voltados para essa população é essencial e pode ser realizada pela saúde ou em parceria com outros órgãos públicos e através de projetos de ONGs, devendo buscar uma linguagem adequada e apelo visual que chame a atenção da população LGBT.

É interessante buscar parceiros para ampliar a possibilidade de acesso das populações de baixa renda, residentes em regiões com escassez de equipamentos de saúde aos insumos de prevenção, como por exemplo, os Centros de Integração da Cidadania – CIC, equipamentos da Secretaria da Justiça, localizados nas regiões periféricas da Grande São Paulo e Campinas.

Campanhas como a realizada em 2011 "Travesti e Respeito: *Olhe e veja além do preconceito*", que elaborou cartazes, folders e hot site – www3.crt.saude.sp.gov.br/

travestirespeito, são iniciativas que tem como objetivo diminuir o preconceito e a discriminação dessa população nos serviços públicos.

Um desafio que se coloca para implementar a comunicação com o público de HSH e travestis é expressar no trabalho da prevenção, campanhas, mídias e materiais educativos, o reconhecimento das diversas formas de relacionamento e expressões da identidade sexual nessas populações, além das questões sócio-econômicas, étnico-raciais e geracionais ligadas a ela, com o cuidado de não reproduzir imagens estereotipadas.

Em pesquisa realizada com jovens HSH, no município de São Paulo[2], a internet apareceu como a principal fonte de busca por informações sobre HIV, o que reitera a necessidade de incorporar novas formas de comunicação para que atinjam o público jovem. Em 2015, a Prevenção do PE-DST/AIDS de São Paulo lançou o site "Juntos na Prevenção" www.juntosnaprevencao.saude.sp.gov.br/, instrumento de comunicação interativa sobre prevenção às IST/HIV/ Aids voltado ao público jovem.

5. PEP – profilaxia pós exposição

A Profilaxia Pós-Exposição- PEP é uma forma de prevenção da infecção pelo HIV usando os ARV para pessoas que possam ter entrado em contato com o vírus recentemente, pela prática do sexo sem camisinha ou por rompimento do preservativo. Esses medicamentos precisam ser tomados por 28 dias consecutivos e ininterruptos para impedir a infecção pelo vírus, sempre com orientação médica.

Essa forma de prevenção foi usada primeiramente nos casos de violência sexual e de profissionais de saúde que se acidentavam com agulhas e outros objetos pérfuro-cortantes contaminados. O sucesso obtido nestes casos permitiu sua incorporação enquanto mais uma estratégia de prevenção, principalmente, para populações mais vulneráveis e com alta exposição. Para que o tratamento seja eficaz é necessário que a pessoa exposta seja avaliada por um profissional de saúde e inicie a tomada dos medicamentos o quanto antes, no máximo até 72 horas após a exposição.

Gays, outros HSH e travestis são populações prioritárias para o acesso a Profilaxia pós-exposição sexual – PEP. A CE DST/Aids desenvolveu um *hot site* – www3.crt.saude.sp.gov.br/profilaxia/hotsite - que apesar de conter informações importantes para toda a população, foi visualmente elaborado para chamar a atenção do segmento LGBT.

A proposta de PEP não muda a recomendação dos programas de aids de uso da camisinha como prática de sexo seguro, mas apresenta-se como mais uma possibilidade de evitar novas infecções em populações de alta vulnerabilidade. Deve ser entendida como medida eficaz na diminuição do risco de transmissão do HIV em situações em que houver falha no uso ou rompimento do preservativo.

Os serviços especializados (SAE), referências para o acesso à PEP devem estar preparados para atender essas pessoas, livres de preconceitos e juízos de valores, que podem afastar a população e limitar o alcance da tecnologia.

6. PrEP – Profilaxia Pré-Exposição

A PrEP, proposta de uso de antirretrovirais por pessoas soronegativas com o intuito de evitar a infecção pelo HIV, está bastante indicada para a população HSH. A presença de antirretrovirais no sangue, no momento do contato com o HIV, diminui consideravelmente a chance de infecção do indivíduo, o que faz da PrEP uma estratégia de prevenção bastante importante para aqueles que têm relações sexuais de risco com certa frequência.

A adesão de medicamentos de uso contínuo é um dos questionamentos da PrEP, no entanto, estudos recentes têm proposto esquemas terapêuticos de mais fácil adesão, como o do estudo IPERGAY[3], cuja proposta é tomar dois comprimidos de Truvada cerca de duas horas antes de uma possível relação sexual, outra pílula até 24 horas após essa relação e uma terceira pílula 48 horas após a segunda. Assim, o medicamento seria utilizado por dois ou três dias. Se, nesse intervalo, o indivíduo tiver outras relações sexuais deverá continuar a tomar Truvada até 48 horas após a última relação.

Diante da proteção demonstrada nos vários estudos de PrEP, o Ministério da Saúde está efetuando o PrEP Brasil[4] que estuda a viabilidade e aceitação da PrEP no nosso meio, com o objetivo de transformar esta estratégia em uma das políticas públicas de prevenção ao HIV no nosso país.

7. Adolescentes e jovens

O Programa Estadual de DST/Aids tem realizado alguns movimentos com vistas a entender melhor os contextos vivenciados por adolescentes e jovens na atualidade. A pesquisa "Sampa Centro[2]" – realizada através de uma parceria entre o PE DST/Aids e a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa no período de 2011 e 2012 - objetivou conhecer práticas e comportamentos de gays que frequentam locais de sociabilidade na região central da cidade de São 7,4% de soropositividade na faixa de 18 a 24 anos; 14,7%, 25 a 34 anos; 27,7%, 35 a 49 anos e 18,3% nos entrevistados entre 50 e 77 anos.de 7,4%; entre 25 e 34 de 14,7%; 27,7% de 35 a 49 anos e 18,3% nos entrevistados entre 50 e 77 anos. Dados esses bastante preocupantes que demonstram o impacto da epidemia entre os HSH, visto a discrepância entre as prevalências encontradas nesse segmento em relação à população geral.

Outro dado relevante diz respeito à experiência de discriminação apontada por grande maioria em diferentes formas. Por exemplo, cerca de 60% da amostra relatou já ter sofrido agressão verbal.

Em relação à percepção de risco de se infectar, em torno de 75% declarou ter passado por alguma situação de risco, desses apenas 50% procurou um serviço de saúde para se testar. Sobre a motivação para fazer o último teste de HIV, 40% referiu realizá-lo por rotina.

Estas informações sobre o comportamento, percepções e contextos de vida desta população apontam para a necessidade de investimentos em ações de prevenção que considerem essa complexidade de fatores.

Paralelamente, considerando a relevância dos espaços escolares na formação dos adolescentes e jovens e visualizando-os como locais privilegiados para o desenvolvimento de atividades educativas que busquem a formação de indivíduos autônomos e saudáveis é que a parceria com o sistema de ensino tem sido privilegiada. Temas como sexualidade, diversidade sexual, relações de gênero, direitos sexuais e reprodutivos, preconceito e discriminação, homofobia, precisam ser abordados e sistematicamente debatidos entre os estudantes quando se deseja investir na promoção da cidadania e na qualidade de vida sendo este investimento fundamental para a discussão do cuidado e da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e aids.

Dentre as iniciativas mais recentes temos o projeto "Fortalecendo a prevenção às IST/AIDS e à gravidez na adolescência no ensino fundamental e médio", concretizado através da Resolução Conjunta SEE/SES nº 1 de 11/10/2011 assinada por ambos os secretários e que dispõe sobre a implementação de projetos educativos nas escolas públicas estaduais para a Promoção e Prevenção da Saúde e prevê a disponibilização de preservativos nas escolas para os alunos do 8º e 9º ano do Ensino Fundamental e para o Ensino Médio.

Buscando adequar a comunicação com este público o PE tem utilizado os espaços da internet (sites e redes sociais) para divulgação de informações. Como exemplo pode-se citar a utilização do facebook para criação de eventos e causas e a divulgação de "virais" temáticos. Outra iniciativa foi a atualização da mídia do vídeo "Para que time ele joga" que discute a questão da homossexualidade em ambiente escolar, para subsidiar a discussão desse tema.

Ainda atentos para a importância do uso da internet na comunicação atual, principalmente entre os mais jovens, o PE tem discutido a importância de se utilizar sites e aplicativos para atrair e cativar esse público.

8. Prevenção para além da camisinha

Faz-se necessário reconhecer que para uma parcela da população de HSH, haja certo cansaço e esgotamento do uso do preservativo enquanto única possibilidade de prevenção. Paralelo a isso, as mudanças nos contextos e o surgimento de novas possibilidades de

prevenção, mesmo que não totalmente seguras, mas trazendo algum grau de proteção, proporcionaram a proposta de flexibilização do uso do preservativo quanto a única prática a ser recomendada pelos profissionais da saúde.

Diante disso e do surgimento de novas tecnologias faz-se necessário assumir a flexibilização do uso do preservativo, trabalhando a autonomia dos sujeitos com relação a sua proteção. Informações sobre todas as tecnologias de prevenção disponíveis são importantes para que as pessoas possam gerenciar o seu próprio risco.

Uma das primeiras iniciativas nesse sentido dentro da PE DST/aids foi a produção de um documento trazendo esta reflexão que foi publicado com o título: "Conjugalidades e Prevenção às DST/AIDS[5]". O mesmo aborda a possibilidade de "acordos" para casais estáveis, abrindo a discussão e proposição do "gerenciamento do risco" enquanto estratégia de prevenção na prática do aconselhamento em serviço. Também inova no sentido de romper com a lógica da heteronormatividade [3], trazendo essas possibilidades tanto para os casais heterossexuais como homossexuais.

Nos últimos anos com o desenvolvimento das tecnologias biomédicas de prevenção à infecção do HIV/aids, somadas a releitura das estratégias comportamentais, podemos dizer que existe um "cardápio" maior e diversificado de possibilidades de realizar a prevenção. Para além do uso da camisinha, estão disponíveis para os profissionais da saúde várias estratégias que podem ser oferecidas aos indivíduos que podem usá-las de maneira isolada ou combinada, dependendo do tipo de parceria sexual ou momento de vida. Abrem-se novos canais de comunicação que podem se bem utilizados, aproximar dos serviços aqueles que até então não se sentiam acolhidos por não conseguirem, ou não desejarem utilizar o preservativo em todas as relações sexuais.

9. Utilização do tratamento precoce com ARV como ferramenta de prevenção

O Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, em sua revisão dos protocolos de tratamento com ARV do ano de 2013, orienta o uso de ARV logo após o diagnóstico em indivíduos HSH, ampliando em 2015[6] esta recomendação para todo indivíduo com diagnóstico de infecção pelo HIV, independente do nível do CD4, com a proposta de utilização desses medicamentos não apenas para tratamento da AIDS, como também para o Tratamento como Prevenção –TcP.

O TcP tem como objetivo que os indivíduos infectados alcancem níveis muito baixos de vírus em seus organismos, a chamada "carga viral indetectável". Quanto mais

3 Heteronormatividade é um termo usado para descrever situações nas quais orientações sexuais diferentes da heterossexual são marginalizadas, ignoradas ou perseguidas por práticas sociais, crenças ou políticas – Disponível em https://pt.wikipedia.org/wiki/Heteronormatividade, acesso em 26/09/2016.

indivíduos HIV positivos tiverem carga viral indetectável, menor a probabilidade de transmissão do HIV na população.

Os dados preliminares do estudo PARTNER[7] mostraram que nenhum paciente com carga viral indetectável – gay ou heterossexual – transmitiu o HIV ao parceiro sorodiscordante nos primeiros dois anos do estudo.

Além disso há estudos[8] que mostram benefícios clínicos para as pessoas vivendo com HIV que iniciam precocemente a terapia com ARV.

Por todos estes motivos o TcP desponta como uma excelente estratégia de prevenção da transmissão do HIV.

10. Formação de Recursos Humanos

A formação permanente dos profissionais da saúde é um dos pilares do SUS e nesta linha muito se tem investido. Trabalhar com questões que fogem a heteronormatividade ainda é um desafio para profissionais de saúde.

Na tentativa de contribuir para preencher essa lacuna os serviços de IST/Aids, por vezes em parceria com os movimentos LGBT organizados, tem assumido para si a tarefa de formar seus quadros e, paralelamente, contribuir para a formação dos quadros da saúde no geral.

Uma iniciativa adotada pela Secretaria de Saúde com o objetivo de formar seus quadros no sentido de acolher a diversidade e enfrentar o preconceito e a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero é o curso na modalidade de ensino a distância (EAD): "A conquista da cidadania LGBT – a política da diversidade sexual no estado de São Paulo". Espera-se que a qualificação dos profissionais do Estado melhore a qualidade da atenção a esta população diminuindo sua vulnerabilidade ao HIV/aids.

Trabalhar na perspectiva dos direitos humanos e de acesso a saúde tem sido fundamental para os avanços que vem sendo conquistados ao longo das últimas décadas. Ampliar a discussão sobre direitos sexuais, para além dos reprodutivos, relações de gênero e sua inter-relação com outros marcadores sociais de desigualdades como: cor, raça/etnia, geração, e classe é fundamental para o entendimento das diferenças e o reconhecimento destas populações como cidadãos de direito.

11. Ações de prevenção nos serviços de saúde não especializados em IST/AIDS

Para além do investimento constante nos serviços especializados em IST/Aids e na parceria com as Organizações Não Governamentais tem sido fundamental um investimento na rede básica de saúde. O Núcleo de Atenção Básica da gerência de Prevenção vem desenvolvendo suas ações com vistas a ampliar e qualificar as ações de

prevenção nos serviços da rede básica de saúde do estado de São Paulo e um de seus objetivos é sensibilizar os profissionais da rede para a importância da inclusão de grupos populacionais historicamente excluídos como os gays, as travestis e transexuais, e profissionais do sexo. Os profissionais do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Estratégia de Saúde da Família têm sido capacitados em diversos municípios do ESP para melhor atender essa demanda.

12. Utilização de espaços de saúde para atenção às populações vulneráveis.

Acreditamos que o trabalho em rede, onde os serviços especializados, os da rede básica, os prontos socorros e hospitais gerais estejam mais bem preparados para lidar com as diferenças e sensíveis às demandas específicas de cada população, tenha a potencialidade necessária para ampliar o acesso e qualificar a atenção em saúde para estas populações historicamente discriminadas e negligenciadas pelas políticas públicas.

Ressalte-se que os diversos serviços de saúde podem criar oportunidades de atenção a essa população. Particularmente os CTA, que historicamente são frequentados pelos Gays, HSH e travestis, podem potencializar suas ações criando estratégias para ampliar a captação do segmento LGBT e tornando-se um espaço reconhecido para atender as demandas de prevenção as IST/HIV de populações vulneráveis.

Referências Bibliográficas

1. Coordenação do Programa Estadual de DST/AIDS. 2014. *BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO C.R.T. – DST/AIDS. C.V.E.* Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Ano XXXI, nº 1. Disponível em www.crt.saude.sp.gov.br.
2. Disponível em http://www.aids.gov.br/noticia/2012/pesquisa-traca-perfil-da-epidemia-de-hiv-entre-gays-e-homens-que-fazem-sexo-com-homens - acesso em 01/08/2016.
3. Molina J-M et ai. On Demand PrEP Com Oral TDF-FTC em MSM: Resultados do Ipergay Julgamento ANRS. 2015 Conferência sobre Retrovírus e Infecções Oportunistas (CROI), Seattle, EUA, resumo 23LB de 2015.
4. Disponível em http://prepbrasil.com.br/tag/iprex/ - acesso em06/06/2016.
5. Conjugalidades e Prevenção as DST/AIDS. Org. Alexandre Yamaçake, Naila J S Santos, Regina Figueiredo. Centro de Referência e Treinamento DST-AIDS – SES – SP, 52 p. 2010.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clinico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos – Brasília : Ministério da Saúde, 2013, atualizado em 2015. 227 p. : il. Disponível em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolofinal_31_7_2015_pdf_31327.pdf - acesso em 06/06/2016.
7. Disponível em https://www.hptn.org/research/studies/33 - acesso em 06/06/2016.
8. Starting Antiretroviral Treatment Early Improves Outcomes for HIV-Infected Individuals - em http://www.niaid.nih.gov/news/newsreleases/2015/Pages/START.aspx - acesso em 27/05/2015.

Saúde integral para travestis e transexuais e as estratégias de prevenção para essa população

Se por um lado é necessário discutir prevenção às IST/AIDS para travestis e transexuais, voltado ao processo transexualizador[1,2], por outro lado, descortinam-se as inúmeras vulnerabilidades que podem dificultar qualquer ação de prevenção com esta população.

Antes de qualquer coisa é importante esclarecer que as ações em saúde são norteadas pelo conceito de ***identidade de gênero***, termo utilizado para definir o gênero que a pessoa se sente pertencer, isto é, se ela se identifica como sendo um homem ou uma mulher ou mesmo se transita entre os dois [2].

Por uma questão de uniformidade da linguagem esclarece-se que as ***mulheres transexuais*** são aquelas pessoas que nasceram com sexo biológico masculino mas se sentem mulheres em sua essência e portanto, desejam modificações corporais feminizantes. As ***travestis*** são homens biológicos que desejam ser reconhecidos socialmente como mulheres mas não apresentam conflito com seu sexo biológico e via de regra, não desejam cirurgias de readequação da genitália[3,4].

O risco de homens trans adquirir IST/HIV é menor em relação às mulheres trans e travestis, no entanto, ressalta-se a necessidade de discutir a questão de prevenção entre estes, até porque observa-se uma maior atividade sexual nos homens trans após o início do uso de hormônios masculinos. Se por um lado tem-se uma maior liberdade para as expressões de gênero e sexualidade, por outro existem pessoas muito jovens que desconhecem a ação "libidinosa" do hormônio e podem estar despreparadas para lidar com seus desejos sexuais, colocando-se assim em maior risco de adquirir uma IST/HIV.

Segundo dados da UNAIDS[5] as mulheres transexuais e travestis possuem 49 vezes mais chances de adquirir HIV do que a população geral. Uma das principais causas desta maior prevalência provavelmente se dá pela relação diferenciada com o corpo que existe entre as travestis e as transexuais. As travestis, via de regra, não tem aversão por sua genitália masculina e não tem nenhuma dificuldade ou barreira para utilizar sua genitália para proporcionar ou sentir prazer. Observa-se uma frequência maior de vida sexual ativa nas travestis se comparadas às transexuais, que ao contrário, tem extrema dificuldade de se mostrarem fisicamente na intimidade. Sentem vergonha da sua genitália e tentam esconder ou mesmo negam-se a qualquer relação caso o parceiro faça menção de reconhecimento ou desejo pelo seu sexo biológico.

Com frequência, as transexuais que tem vida sexual ativa conseguiram superar suas dificuldades com o corpo biológico, tem parcerias fixas e são aceitas por seus parceiros como mulheres e jamais mencionam qualquer observação acerca da genitália masculina.

Outro fator relevante na vulnerabilização das travestis é que geralmente se descobrem muito cedo diferentes dos outros meninos, reconhecem sua homossexualidade e passam a vive-la com intensidade desde o princípio. Não raro, são expulsas de suas casas para não envergonharem suas famílias, e o que lhes resta é a rua, a prostituição ou mesmo trabalhos que pouco lhes garantem o sustento. Assim, fazer programas para complementar a renda são caminhos possíveis no início da vida profissional de muitas travestis e transexuais.

É alta a migração entre a população travesti e transexual para os grandes centros urbanos. Não raro têm dificuldade de se defender dos perigos das grandes cidades como, por exemplo, os assaltos freqüentes, a violência, a perda ou roubo de documentos criando mais um problema a ser enfrentado. São freqüentemente abordadas pela polícia e, sem documentos que lhes comprovem a identidade, são presas ou mesmo agredidas sob diferentes justificativas.

Outro fator relevante é a obrigatoriedade de utilização de documentos com o nome de registro civil, motivo de isolamento social, de evasão escolar, principal causa de desemprego, do não desenvolvimento profissional, podendo causar depressão, drogadição, e a não procura por serviços de saúde ou mesmo o abandono de tratamentos para não expor sua condição biológica uma vez que este lhes causa constrangimentos.

A possibilidade de alteração do nome, antes mesmo da cirurgia, é essencial para a promoção da saúde integral das pessoas trans. As dificuldades impostas por alguns juízes para obter a mudança de nome lhes impõe continuar vivendo situações de constrangimento e sofrimento psíquico.

A questão se agrava diante da realidade da escassez dos serviços de saúde preparados para atender este segmento no SUS. O não acolhimento e o não respeito à identidade de gênero e o não uso do nome social faz com que as pessoas trans não procurem o serviço de saúde para tratar de seus agravos. Assim, é muito difícil a quebra da cadeia de transmissão de qualquer IST, nesta população de uma vez que a mesma não costuma buscar os serviços para tratamento. Isto aponta para uma vulnerabilidade programática na atenção às IST desse segmento populacional.

Outro fator relevante de risco para a saúde e que incide sobre a população trans e exige uma ação de saúde pública, são as complicações decorrentes do uso do silicone industrial. Nem sempre é possível se fazer algo, seja cirúrgico ou medicamentoso, para solucionar estas complicações, pois o silicone penetra entre os tecidos ficando, muitas vezes, impossível sua retirada. Em alguns casos, qualquer intervenção pode acarretar maiores problemas e perdas de tecidos saudáveis.

As principais complicações do uso de silicone industrial são: intenso processo inflamatório local, dificuldades de deambulação pelo edema causado com a descida do silicone para os membros inferiores, dores pela dificuldade circulatória decorrentes da migração do silicone e compressão de vasos sanguíneos, úlceras provocadas pelo extravasamento do silicone líquido, necrose associada a infecções secundárias, retrações

e deformidades cicatriciais modificando o contorno corporal, exigindo tratamentos prolongados com antibioticoterapia e internação. Devido ao potencial elevado de migração do silicone, as alterações do tecido podem ser identificadas em locais do corpo distantes de onde foi feita a aplicação. A presença de nódulos pelo endurecimento do silicone, alterações significativas tanto na coloração quanto na elasticidade e integridade da pele, e não raro, dificuldade de aplicação de medicamentos intramusculares na região dos glúteos prejudica, por vezes, o uso de medicamentos injetáveis indicados como primeira escolha no tratamento de algumas doenças como a sífilis, por exemplo.

O sofrimento psíquico é o mais relatado pelas usuárias nestas situações, tanto pela perda da auto-imagem quanto pelo sofrimento físico causado pelas complicações. Não raro, as dores e a aparência física, pode ser um impeditivo para o trabalho de algumas profissionais do sexo. Lembrando que este trabalho com frequência é a única garantia de sobrevivência.

A demanda chega ao ambulatório quando a problemática já está instalada, levando a intervenções muitas vezes paliativas, sem, no entanto levar a uma solução concreta. O uso do silicone industrial como uma possibilidade de mudança corporal imediata se dá por vários motivos, o primeiro deles, a urgência da transformação, dado que a clientela é atraída pelas formas mais femininas e o produto é de baixo custo. O uso de hormônios por esta população nem sempre atende às suas necessidades uma vez que um dos efeitos colaterais do hormônio feminino no corpo biológico masculino pode ser a perda de ereção.

A prevenção das IST/HIV, embora não seja uma preocupação primária da população trans, deve ser abordada por todos os profissionais envolvidos no cuidado, considerando que todas as vulnerabilidades identificadas podem diminuir o auto cuidado dessa população.

Ações de prevenção às IST/HIV para população trans (homens trans, mulheres trans e travestis) em serviços de saúde

Trabalhar na perspectiva de direitos humanos:

- Preparar profissionais e serviços, através de capacitações presenciais e/ou ensino à distância (EAD), para lidar com o preconceito e a discriminação voltados a esse segmento populacional;
- Utilizar nome social nos serviços/atendimentos em todos os setores da saúde (Decreto Nº 51.180[6] e Decreto Nº 55.588 [7]);
- Desenvolver ações de prevenção ao HIV/AIDS buscando intervir em toda a cadeia de transmissão do vírus. Ou seja, ações que envolvam profissionais de saúde e a população em geral, que visem: impedir o contato com o vírus, impedir a infecção

quando há possibilidade de exposição, impedir a transmissão do vírus entre a pessoa infectada e outras não infectadas, impedir o adoecimento e melhorar a qualidade de vida e evitar infecções de outras IST das pessoas vivendo com HIV/AIDS;

- Embora possam existir diversas expressões da sexualidade da população de travestis e transexuais, é fundamental trabalhar com a idéia de que a diminuição de risco de adquirir IST/HIV se faz com prevenção combinada, independente da identidade de gênero dos indivíduos;
- Considerar que a prática de sexo anal é comum entre as mulheres Trans e Travestis, e que esta é a prática de maior risco para aquisição do HIV;
- Orientar os homens trans para o aumento da libido em decorrência do início da terapia hormonal com testosterona e considerar o risco de adquirir IST nas relações desprotegidas. Ressaltar o maior risco de aquisição do HIV nas relações com homens cis;
- Estimular o uso de preservativo e gel no momento das relações sexuais de maior risco, anais e vaginais com penetração. Ressaltar a importância do uso desses insumos na discussão de prevenção para travestis e transexuais que trabalham como profissionais do sexo, e lembrar que nas relações sem preservativo o risco pode ser minimizado com uso de gel e PEP;
- Disponibilizar insumos de prevenção, preservativos e gel;
- Divulgar a PEP como estratégia de prevenção para população trans;
- Ofertar sempre a testagem do HIV e da sífilis. Orientar a vacinação de hepatite B;
- Garantir o tratamento e o acompanhamento da infecção do HIV e da sífilis (local ou referenciado), garantindo a vinculação;
- Realizar o encaminhamento para equipamentos governamentais e/ou não governamentais que possam propiciar/realizar o processo legal de mudança de nome, concedendo, inclusive, laudos que comprovem o diagnóstico e o acompanhamento dessas pessoas nos serviços de saúde;
- Realizar articulação inter setorial, principalmente com a educação (escola profissionalizante, Ensino de Jovens Adultos, entre outros), trabalho (primeiro emprego, central de apoio ao trabalhador, entre outros) e desenvolvimento social (benefícios previdenciários).

Para uma proposta eficaz de intervenção, é fundamental lembrar, que existe um ser humano diante do profissional, com necessidades e histórias específicas, que devem ser ouvidas e acolhidas. Somente uma escuta atenta poderá levar à reflexão das nuances de sua vulnerabilidade e à discussão das estratégias de prevenção adequadas a cada pessoa.

Para saber mais:

- BRASIL. Coordenadoria de Gestão da Educação Básica - CGEB/S.P. Resolução SE 45, de 18 de agosto de 2014. Dispõe sobre o tratamento nominal de discentes transexuais e travestis, no âmbito da Secretaria de Educação.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Transexualidade e Travestitilidade na Saúde. Brasília, 2015. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transexualidade_travestilidade_saude.pdf
- World Professional Association for Transgender Health (WPATH). Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero - Associação Mundial Profissional para a Saúde Transgênero. Tradução Lukas Berredo (Brasil / Chile) EUA, 2012 Disponível em http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351&pk_association_webpage=4649
- ARGENTINA. Ministerio de Sallud. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud. Buenos Aires. Junio 2015. Disponível em www.nsal.gov.ar/saludsexual

Referências Bibliográficas:

1. PORTARIA Nº 1.707, DE 18 DE AGOSTO DE 2008. Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
2. PORTARIA Nº 2.803, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013. Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).
3. BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais. Gêneros. Adolescentes e jovens para a educação entre pares. Saúde e Prevenção nas escolas. Série Manuais nº 69, Brasília, 2010. Acessível na íntegra em http://www.saude.gov.br/bvs
4. BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Diversidades Sexuais. Adolescentes e jovens para a educação entre pares. Saúde e Prevenção nas escolas. Série Manuais nº 69, Brasília, 2010. Acessível na íntegra em http://www.saude.gov.br/bvs
5. UNAIDS. Special analysis, 2016; Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Infectious Disease. 13(3): 214–222 March 2013.
6. PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. DECRETO Nº 51.180, de 14 de Janeiro de 2010. Dispõe sobre a inclusão e uso do nome social de pessoas travestis e transexuais nos registros municipais relativos a serviços públicos prestados no âmbito da Administração Direta e Indireta, conforme especifica.
7. GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. DECRETO Nº 55.588, DE 17 DE MARÇO DE 2010. Dispõe sobre o tratamento nominal das pessoas transexuais e travestis nos órgãos públicos do Estado de São Paulo e dá providências correlatas.

Redução de danos como ação promotora de saúde e auto cuidado, combatendo estigmas e preconceitos, na perspectiva do respeito ao direito do cidadão

Introdução

A Redução de Danos (RD) foi adotada como estratégia de saúde pública pela primeira vez no Brasil no município de Santos-SP no ano de 1989. Neste período, esse município apresentava altíssimas taxas de prevalência de soropositividade para o HIV entre pessoas que faziam uso de drogas injetáveis. Proposta inicialmente como uma estratégia de prevenção ao HIV entre estas pessoas, por meio do Programa de Troca de Seringas (PTS), a Redução de Danos foi, ao longo dos anos, se tornando uma estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência, incluindo a diversidade de demandas e ampliando as ofertas em saúde para esta população. Houve repressão policial a essas atividades e ações civis e criminais contra seus organizadores alegando que essas atividades estimulariam o consumo de drogas, por isso o projeto foi interrompido. Em 1994, o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) deu parecer favorável à realização de atividades de Redução de Danos; e, em 1995, teve início na Bahia um programa que introduziu ações de redução de danos e de riscos associados ao uso de drogas, especialmente as drogas injetáveis. Foram estabelecidas intervenções de campo, voltadas para as pessoas em uso de drogas, fornecendo não apenas informações sobre o HIV/AIDS, como também insumos de prevenção para reduzir o risco de infecção pelo HIV. O estado de São Paulo foi o primeiro a regulamentar a troca de seringas por meio de lei promulgada em 1998.

A partir de 2003, com mais de 150 programas de Redução de Danos em funcionamento no país, as ações de RD deixam de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de DST/Aids e se tornam uma estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e da política de Saúde Mental. Contrariando expectativas pessimistas, os estudos científicos que se seguiram mostraram que a implantação dos programas de redução de danos não foi acompanhada de crescimento da soroprevalência do HIV.

Com o surgimento e o aumento rápido do consumo do crack, desde a década de 1990, os riscos de infecção pelo HIV entre pessoas que fazem uso de drogas, diminuiu, dado que a via de uso do crack não propicia a infecção pelo HIV, como acontece com o compartilhamento de seringas e agulhas contaminadas entre pessoas que fazem uso de drogas injetáveis. No entanto, há que se considerar o risco da transmissão sexual do HIV.

As alterações de comportamento ocasionadas pelo consumo de crack e cocaína têm sido associadas diretamente à infecção pelo HIV e outras IST, como sífilis. Os comportamentos de risco mais freqüentemente observados são o número elevado de parceiros sexuais, o uso irregular de camisinha, e troca de sexo por droga ou por dinheiro para compra de droga. Deve ser levada em consideração, especialmente, a vulnerabilidade social a que estão expostas as mulheres que fazem uso de crack, que trocam sexo pela droga ou por dinheiro para comprá-la. Não se deve esquecer ainda que há a possibilidade de transmissão de outras infecções através de lesões orais e labiais causadas pelos cachimbos.

Princípios

As intervenções de redução de danos são baseadas num forte compromisso com o direito das pessoas ao acesso a saúde – princípio da universalidade do SUS - bem como nos princípios dos direitos humanos. A compreensão do conceito de *situação de vulnerabilidade*, em detrimento de situação de risco, permitiu o reconhecimento de que, além da perspectiva individual, o uso de drogas perpassa outras esferas, tais como a social, a econômica e a política, que também determinam e influenciam o comportamento individual.

Dessa forma, o conceito de *vulnerabilidade* favoreceu a compreensão da estratégia de redução de danos, ampliando-a da prevenção da AIDS, por meio dos programas de trocas de seringas, para a concepção de redução de danos sociais e à saúde.

Abordagem

A estratégia de RD continua sendo em muitos casos a melhor e mais democrática forma de acolher pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas e/ou álcool, quer estejam vivendo em situação de rua ou não. Porém, como as formas do uso variam e as gerações nem sempre se renovam, é muito importante atualizar as estratégias e formas de abordagem.

A abordagem deve ser pautada no respeito ao local onde os usuários vivem e à sua própria pessoa, tentando estabelecer a construção de vínculo, seja com o profissional/serviço que faz a abordagem, ou com a Unidade de Saúde onde este usuário poderá ser encaminhado.

Uma estratégia que pode facilitar o processo da abordagem é a divulgação da proposta de RD, informando e esclarecendo as ações e os objetivos destas ações. Quanto mais bem informado o público a ser atingido, bem como seus grupos sociais, maior a possibilidade de aceitação da abordagem.

Importante sempre ressaltar que a estratégia RD orienta a execução de ações para a prevenção das consequências danosas à saúde que decorrem do uso de drogas, sem necessariamente interferir na oferta e no consumo.

Com relação às pessoas em uso de drogas injetáveis, a redução de danos objetiva prevenir a transmissão do HIV e outras infecções que podem ser transmitidas por intermédio do compartilhamento de agulhas e seringas. Para as pessoas que fazem uso de drogas não injetáveis a RD visa à prevenção da transmissão sexual das IST/HIV.

O trabalhador que vai exercer a função de Redutor de Danos, não necessariamente precisa ter conhecimento prévio. Isso ajuda, mas não é fundamental. O necessário é ser alguém altamente disponível para o cuidado a essas pessoas, flexível para lidar com conflitos e imprevistos, ter bom diálogo, ter escuta e possuir conhecimento prévio dos recursos disponíveis e das limitações para a oferta de atenção.

É importante conhecer os locais onde vivem pessoas que fazem uso de drogas e quem são os parceiros no cuidado: hospitais, SAMU, UBS, CAPS, para apresentar o trabalho e combinar fluxos. Importante também organizar os materiais e os insumos que podem ser oferecidos no momento da abordagem, lembrando sempre que os materiais educativos devem ser mais ilustrativos e com pouco texto.

No momento da abordagem, o profissional deve sempre se anunciar, dizer de onde veio, quem é e pedir licença para poder falar, fazendo perguntas abertas: Como vai? Há algo que eu possa lhe ajudar? Você tem alguma necessidade? Fazer silêncio, ouvir. Não falar demais, nem oferecer coisas demais, deixar a pessoa se manifestar, oferecer o possível, fazer combinados, perguntar qual é o melhor horário para encontrá-la novamente.

Fazer a abordagem sempre em dupla ou trio e nunca sozinho, preferencialmente de crachá e camiseta onde possam reconhecer o profissional. Nunca interromper a cena de uso, afastar-se de situações de violência, afastar-se do tráfico. Quando for abordar e as pessoas estiverem fazendo uso, voltar outra hora. Descobrir que horários são mais indicados para a abordagem.

Ter sempre uma postura de respeito e compreensão com relação às escolhas daquelas pessoas, não emitindo julgamentos. E por fim, organizar debates em seu município sobre o tema, contar as pessoas sobre este trabalho, divulgar e dar visibilidade, possibilitando a ampliação do debate.

Insumos

A oferta de insumos para uma melhor abordagem na equipe de redução de danos é desejável. No entanto, a ausência de alguns dos insumos sugeridos, ou mesmo de todos, não deve ser impeditivo para a abordagem, sendo eles antes um facilitador do processo.

Os itens do KIT de RD devem ser adequados ao tipo de droga que a pessoa consome, e o conteúdo desse kit varia com a possibilidade de aquisição dos municípios.

A composição do KIT de RD pode variar, pois, a sua distribuição é mais uma estratégia de aproximação com o usuário, uma forma de perceber que existe uma preocupação, um

cuidado com ele e fortalecer o vínculo. Esse vínculo que permite a aproximação com a pessoa em uso de droga é a essência da estratégia de redução de danos.

Itens sugeridos para o KIT de RD:

- Preservativos femininos e masculinos, e gel lubrificante, considerando a real necessidade em demonstrar (orientar) a correta forma de uso, principalmente do preservativo feminino.
- Folders e folhetos educativos onde o agente poderá mostrar e orientar sobre IST.
- Seringas descartáveis, agulhas, água destilada, swab (pode ser gaze cortada com álcool) para pessoas em uso de droga injetável (PUDI).
- Sugador odontológico (para uso de inalação de cocaína).
- Protetor labial (Guaçatonga - cicatrizante), usado como lubrificante de mucosa oral em caso de ressecamento de lábios e boca pelo uso do crack ou outras drogas. Para esse fim, também poderá ser usado gel lubrificante.
- Kit higiene oral – adquirido com o programa de saúde bucal do município, escova e pasta de dente.
- Água potável para hidratação.
- Barrinha de cereal, mel.

É interessante ter o **teste rápido HIV fluído oral** para o trabalho junto às pessoas em uso de drogas (PUD).

Referências Bibliográficas

- Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias / Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. – 5. ed. – Brasília : SENAD, 2013. ISBN: 978-85-85820-38-1
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. A Contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à Epidemia de HIV/Aids entre UDIs no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. - Brasília: Ministério da Saúde, 2001. ISBN 85-334-0415-8
- Drogas e cultura: novas perspectivas / Beatriz Caiuby Labate ... [et al.], (orgs.) . - Salvador: EDUFBA, 2008. Co-edição com: MinC, Fapesp, NEIP. Este livro é o resultado do Simpósio "Drogas: controvérsias e perspectivas", realizado na USP, em setembro de 2005. ISBN 978-85-232-0504-1
- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Manual de redução de danos – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- Atualidades em DST/AIDS – Programa Estadual de DST/AIDS do Estado de São Paulo – Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo- 1998.

Atenção básica: preparando os serviços para novas estratégias de prevenção

O Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo (PE DST/Aids) tem por estratégia, desde 2003, a implementação das ações de prevenção e assistência às infecções sexualmente transmissíveis na rede de Atenção Básica dos municípios paulistas. Esta estratégia está em consonância com os princípios organizativos nesse nível de atenção, e possui grande potencial para o enfrentamento e o controle da epidemia de AIDS no país, ampliando o acesso da população a informações qualificadas sobre IST/AIDS e aos insumos de prevenção.

Os desafios que se colocam são: como incorporar de forma consistente essas ações na rotina da Atenção Básica e, principalmente, como aferir a qualidade das informações prestadas à população.

Observamos que as ações mais facilmente incorporadas são aquelas que têm maior definição normativa, cujos modos de operação estão estabelecidos em diretrizes e protocolos. Como exemplo destas ações, podemos elencar a disponibilização dos preservativos masculinos, a oferta de testes diagnósticos, o tratamento das IST e a realização de orientações mais abrangentes em alguns atendimentos individuais e coletivos[1]. No entanto, ainda que estas ações tenham definição normativa, observamos que alguns procedimentos são realizados de modo genérico e padronizados, o que dá pouca possibilidade para a personificação da orientação e por conseqüência uma maior dificuldade de adesão das pessoas a métodos preventivos.

Se há barreiras na execução das ações cujos preceitos já estão estabelecidos, o que dizer quando falamos de situações onde emergem os conflitos entre os valores pessoais dos profissionais, os procedimentos técnicos e os direitos sexuais e reprodutivos das pessoas e suas vulnerabilidades? Como lidar com abordagens cuja tecnologia de atenção inclua os aspectos psicossociais e culturais dos usuários, além de considerar as concepções dos próprios trabalhadores e dos serviços? Como debater sexo seguro, uso de drogas, comportamentos de risco, de forma não discriminatória, sem cair na armadilha da mecanização na orientação?

Assim como as pessoas são únicas em suas demandas, as situações que se apresentam no cotidiano dos serviços também possuem características singulares, que refletem principalmente as condições de vida da comunidade do entorno e as relações sociais e institucionais que se estabelecem no território. Desta forma, mais do que padronizarmos procedimentos, pretendemos levantar pontos para discussão e reflexão dos profissionais acerca destas questões.

Preservativos

Sabe-se que a norma estabelecida para a distribuição de preservativos masculinos é que os mesmos sejam disponibilizados sem que haja critérios para o acesso. Assim, não deve haver quotas por usuário e os mesmos não devem ser submetidos a nenhuma situação de identificação ou de constrangimento por parte dos profissionais de saúde. No entanto, os profissionais devem estar disponíveis para realizar orientações quanto ao correto uso dos mesmos, e prestar informações sobre os benefícios dessa utilização, tanto para a prevenção de IST e do HIV, quanto para a proteção de uma gestação não planejada (dupla proteção).

A disponibilização dos preservativos pode dar-se por meio de displays distribuídos em pontos estratégicos na Unidade Básica de Saúde, em kits de planejamento reprodutivo ou incorporados no material dos Agentes Comunitários de Saúde para distribuição em locais na comunidade ou diretamente para a população atendida.

Nas ações de prevenção é importante ressaltar que o preservativo nas relações sexuais ainda é um método eficaz na proteção das IST/HIV, no entanto é preciso aceitar a flexibilização do seu uso, pois as pesquisas mostram que nem todas as pessoas o utilizam mesmo sabendo de seus benefícios. As possibilidades de erotização e proteção de gravidez não planejada são aspectos que podem ser incorporados nas orientações junto ao usuário.

Testes diagnósticos

Com relação à oferta dos testes diagnósticos, vale destacar que os mesmos estão inseridos num processo diagnóstico, que se inicia na divulgação do processo na unidade, no acolhimento do usuário, na oferta e realização dos testes e se encerra com a entrega dos resultados. Para cada uma destas etapas é fundamental que os profissionais estejam preparados e receptivos para as demandas e particularidades das pessoas.

A divulgação pode ser feita na própria unidade, tanto com a fixação de cartazes explicativos, como por meio das Agentes Comunitárias de Saúde, da ESF. A oferta dos testes em consultas de rotina, pré-natal em gestantes e campanhas educativas também se constituem em estratégias de divulgação.

O acolhimento na unidade é essencial para o processo diagnóstico. É necessário que o usuário sinta-se acolhido pelos profissionais, sem preconceitos e discriminações, independentemente de sua atividade profissional, orientação sexual, inserção étnico racial, comportamentos e estilos de vida. É fundamental que o profissional que fizer o acolhimento reafirme o caráter confidencial e sigiloso das informações prestadas, a fim de facilitar o estabelecimento do vínculo e possibilitar que o usuário sinta-se confortável para expor suas dúvidas.

Após o acolhimento e a oferta do teste, pode-se iniciar um diálogo com o usuário, já que ao buscar o teste, o mesmo apresenta um mínimo de percepção de situações de risco a que se expôs. Este momento é uma oportunidade para que o profissional possa conversar sobre questões que permitam ao usuário uma compreensão acerca das possibilidades de prevenção em sua vida.

A realização do teste e o período de espera de resultado é um momento de expectativa para o usuário, quer seja o teste convencional quer o Teste Rápido (TR). É importante que a equipe possa acolher as dúvidas e possíveis angústias quanto ao diagnóstico, a fim de atenuar o impacto de um resultado positivo, bem como discutir as possibilidades de proteção no caso de resultado negativo.

No aconselhamento pós-teste, alguns procedimentos devem ser observados, de acordo com os resultados colhidos[2]:

- Diante de resultado negativo: esclarecimentos sobre janela imunológica e orientações para realização de um novo teste se necessário. Discutir com o usuário estratégias de prevenção e redução de riscos, considerando as questões de gênero, vulnerabilidades pessoais, planejamento reprodutivo, parcerias sexuais e uso de drogas. Oportunidade importante para encaminhamento para a PEP – Profilaxia pós exposição sexual, quando a situação de risco ocorreu dentro do intervalo de 72 horas.
- Diante de resultado positivo: acolher as necessidades de expressão de sentimentos do usuário quando da ciência do diagnóstico, dando a ele o tempo que precisar para assimilar a informação e externar dúvidas. Disponibilizar todas as informações que possam minimizar o impacto do diagnóstico, como as possibilidades de tratamento e controle, ressaltando a importância do acompanhamento médico e psicossocial. Discutir a necessidade do uso de preservativo e a realização do teste para as parcerias. Encaminhar para os Serviços Especializados (SAE), lembrando da vinculação, ou seja, oferecer ao indivíduo a possibilidade de acompanhá-lo em todas as etapas até que ele realmente esteja inserido no SAE, com consulta agendada e com autorização de contato para verificar a presença nesta consulta. Só após ter a certeza de que a pessoa compareceu a primeira consulta, cessa a responsabilidade do profissional que deu o resultado positivo.
- Diante de resultado indeterminado: explicar os possíveis significados do resultado – um falso positivo ou um positivo de infecção recente (janela imunológica). Orientar para realização de novo teste no período de 30 dias. Investigar última relação sexual sem uso de preservativo para verificar se há indicação de Profilaxia Pós Exposição (PEP). Acolher as necessidades de expressão e dúvidas. Reforçar a adoção de práticas seguras nas relações sexuais e/ou no uso de drogas.

Ressalta-se que a Atenção Básica esteja atenta para indivíduos que procurem seus serviços com a demanda de PEP. Embora seja um atendimento disponibilizado nos SAE

e nos hospitais, todos os profissionais, da Atenção Básica, desde a recepção até médicos e enfermeiros devem saber que a PEP é um atendimento de urgência, pois, a pessoa tem no máximo 72 horas para iniciar o uso do medicamento antirretroviral e o quanto antes isso acontecer melhor será o resultado. Assim, identificada a demanda entrar em contato com o serviço de referência para certificar-se da possibilidade de atendimento o mais rápido possível.

O aconselhamento é um processo democrático e interativo entre usuário e profissional, e só é possível na medida em que o profissional possa também distinguir seus próprios valores e preconceitos e reconhecer suas limitações ao responder as demandas do usuário.

No caso das gestantes, o processo diagnóstico é ainda mais importante, já que, mesmo fazendo parte do protocolo de pré-natal, a testagem é voluntária, não obrigatória. Nestes casos, o aconselhamento é uma oportunidade para que o profissional realize em conjunto com a gestante, uma avaliação dos riscos a que ela e o bebê estão sujeitos, bem como das possibilidades de prevenção ao seu alcance, esclarecendo quaisquer dúvidas que surjam e acatando a sua decisão de realizar ou não os testes.

Após a realização dos testes na gestante o aconselhamento pode ser feito como para os demais usuários. No entanto, no caso de resultado positivo, alguns procedimentos devem ser acrescidos: prestar esclarecimentos e orientações quanto à transmissão vertical do HIV, da sífilis e das hepatites virais. Nos casos de sífilis, orientar e encaminhar para o tratamento com penicilina benzatina na própria unidade (Portaria MS nº 3161, de 27/12/2011). Discutir junto com a gestante, a necessidade do uso de preservativos nas relações sexuais e a necessidade de tratamento do parceiro, para evitar reinfecções.

A transmissão vertical da sífilis e do HIV é um fenômeno previsível e passível de intervenção exitosa. É fundamental que todos os profissionais de saúde se comprometam com a eliminação da transmissão vertical e possam sensibilizar gestantes e parceiros para o tratamento adequado destas infecções.

Na perspectiva da eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita foi proposto o pré-natal do homem[6].

> *"Levando em consideração a dificuldade do homem em reconhecer que pode adoecer e necessitar de tratamento e deixar seu trabalho para cuidar de sua saúde, e lembrando também das questões delicadas que interferem no tratamento das IST, percebe-se que é preciso repensar algumas práticas que colocam a mulher como intermediária entre os serviços de saúde e seu parceiro.*
>
> *O parceiro muitas vezes exclui-se, e é excluído da gestação privando-se e sendo privado de vivenciar as questões afetivas que envolvem esse momento importante sobre todos os aspectos quer numa gravidez planejada ou não.*
>
> *A proposta de pré-natal para o homem surge como possibilidade de aumentar o acesso às UBS e ao tratamento das IST e uma maior participação no*

momento da gestação com discussão sobre prevenção IST/AIDS e outros agravos à saúde do homem.

Nessa proposta, uma vez confirmada a gravidez, a gestante é acolhida pelo serviço,

seus exames de rotina solicitados e marcada a primeira consulta do pré-natal, onde deverão ser entregues os resultados dos exames.

Neste ínterim, a unidade de saúde deverá convidar o parceiro da gestante para um atendimento individual. Nesta consulta serão ofertadas as sorologias para sífilis e HIV e se realizará o aconselhamento para a prevenção das IST, informando sobre as possibilidades de risco e práticas sexuais seguras. Na sequência, será agendada uma nova consulta, no prazo previsto de retorno exames, para entregar os resultados e fazer o aconselhamento pós-teste.

Esta consulta deverá ser agendada, preferencialmente, no mesmo dia da consulta de sua companheira, assim, ambos receberão ao mesmo tempo, embora em atendimentos individuais, as orientações necessárias com relação sua saúde e à saúde de seu bebê.

A recomendação de momentos individuais é para garantir que ambos possam ter a oportunidade de privacidade para esclarecer suas dúvidas ou questões específicas.

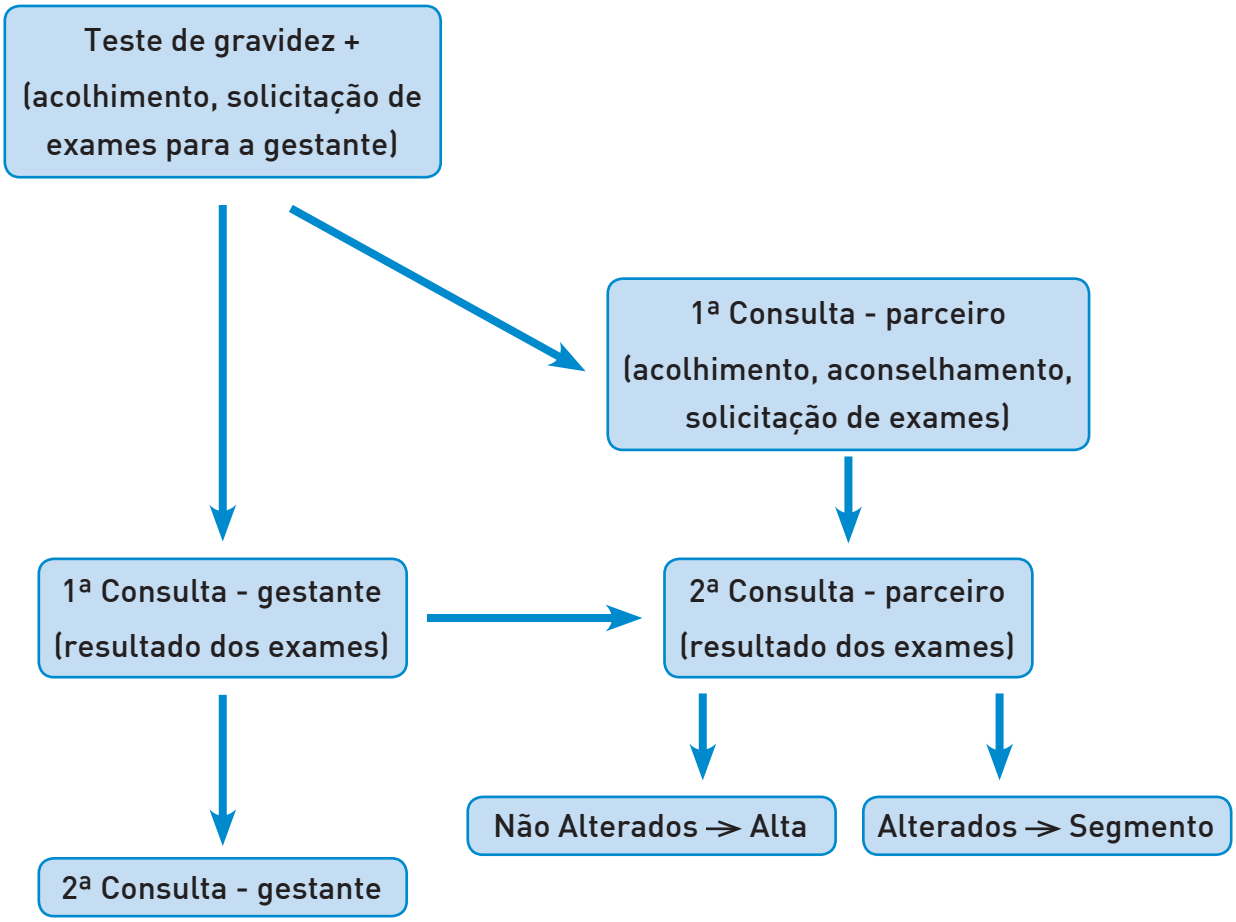
No período de acompanhamento do pré-natal da gestante e poderão ser solicitados novos exames laboratoriais para sífilis e HIV ao parceiro sexual, a critério do profissional de saúde.

Os resultados dos exames e tratamento do homem deverão ser informados para a maternidade. O cartão da gestante, documento onde são colocados os dados sobre a evolução da gravidez pode também ser utilizado para informar os dados do parceiro para a maternidade.

O pedido de exames é apenas a primeira etapa da proposta de pré-natal do homem, que pretende abrir as possibilidades de diálogo, deixa do claro para os homens que sua saúde sexual e reprodutiva, tanto quanto a de sua companheira, pode ter reflexos importantes para a saúde da criança que está para nascer.

Remetendo à questão da sífilis, por exemplo, a sua negativa de testagem e tratamento de uma infecção pelo treponema pallidum pode redundar em uma internação, sob o uso de penicilina endovenosa, de 10 dias para seu bebê. Enfim a proposta de pré-natal do homem pretende orientar e sensibilizar os homens a participar de forma efetiva no cuidado da saúde de suas famílias, garantindo-Ihes um espaço onde eles possam colocar suas dúvidas e questões particulares, que até hoje tem sido garantido apenas às mulheres.

Fluxograma de realização do Pré-Natal do Homem.



Uma vez elaborada a proposta, o próximo passo é a viabilização da implantação. Levá-Ia aos gestores municipais mostrando-Ihes a importância de tal estratégia para eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis e do HIV. Um dos questionamentos levantados é com relação ao aumento do número de exames, o que poderia inviabilizar a proposta, porém ao refletir sobre isso temos que considerar o direito desses homens de fazer o teste de HIV e sífilis lembrando, também, que o incentivo à testagem é uma das estratégias de prevenção que devem ser priorizadas para toda a população.

O planejamento dessa atividade deve ocorrer articuladamente compondo com os diversos setores envolvidos, as áreas de Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Homem, Atenção Básica tanto Estadual quanto Municipal, os responsáveis pela Estratégia de Saúde da Família e os Programas Municipais de DST/Aids.

Discutir a proposta com os profissionais dos serviços de saúde é fundamental para o sucesso da implantação, realizar capacitações para os mesmos possibilitando um novo olhar para o pré-natal, onde não só a mulher, mas também o homem devem fazer parte do mesmo. Os profissionais devêm envolver o homem, dando a devida importância para o seu comparecimento

na unidade. Os serviços que compõe a rede de atenção também devem ser sensibilizados para adesão à proposta, inclusive as maternidades. A rede laboratorial também deve estar presente nas discussões contribuindo para a viabilização da proposta." (PAULA, 2012, pg 92-94)

Monitoramento das ações de prevenção às DST/Aids na rede de Atenção Básica

Por definição, o significado da palavra monitor é *"o que aconselha, adverte, faz lembrar, dirige"* [4]. Assim, o processo de monitoramento em saúde pode ser entendido como um conjunto de atividades articuladas e sistemáticas, que têm por princípio produzir, registrar e acompanhar informações que são geradas pelas instituições e serviços de saúde, por meio dos profissionais, usuários e gestores da política. Este acompanhamento sistemático e a análise crítica das informações produzidas possibilitam aos gestores do SUS a tomada de decisões relativa a esforços necessários para o aprimoramento e a qualificação das ações em saúde.

A partir desta premissa, o Programa Estadual de DST/Aids, em 2003, implementou uma estratégia de monitoramento das ações de prevenção às IST/Aids na rede de Atenção Básica dos municípios, estruturada metodologicamente na construção de diagnóstico inicial da rede, na escolha dos municípios para participar do projeto, na construção e pré teste do instrumento de coleta de dados, na aplicação do questionário e na discussão dos dados localmente, por meio de devolutivas[(3)].

Desde sua implantação essa metodologia de trabalho obteve adesão de vários gestores municipais, sendo reconhecida como instrumento de gestão para reorganização da rede básica no que se refere à captação precoce dos casos de HIV positivos e diminuição de sua transmissão vertical bem como a possibilidade da eliminação da sífilis congênita. Permite, ainda, a reestruturação e agilização dos fluxos de resultados dos exames no pré-natal, disponibilização de medicamentos para tratamento das IST nas unidades e reflexão sobre a importância das notificações das IST/Aids. Para utilização do questionário, os gestores e profissionais podem acessar o link: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=2557

Ações Extra Muros

Há populações que são fortemente estigmatizadas e historicamente excluídas dos serviços, como, por exemplo, travestis e transexuais, profissionais do sexo masculino e

4 Michaelis Dicionário Prático - Língua Portuguesa - Nova Ortografia - 2010

feminino, pessoas que fazem uso de drogas, homossexuais e pessoas em situação de rua. Em decorrência dessa dificuldade de acessar os serviços e de beneficiar-se das estratégias de promoção à saúde, esses segmentos populacionais apresentam maior vulnerabilidade para adquirir o HIV e outras IST. Um dos grandes desafios para a prevenção das IST/AIDS na Atenção Básica consiste em estruturar ações extramuros que possam alcançar essas populações vulneráveis para além das já consolidadas - participação em campanhas e palestras nos diversos espaços comunitários, como escolas e empresas.

É importante refletir que a partir desse movimento em direção à inclusão social, essa população passará a dividir o mesmo cenário social com outros cidadãos que rotineiramente acessam os serviços. Esse exercício de convívio comunitário deve ser um dos norteadores das ações da atenção básica, que tem por princípio o acolhimento das demandas da população em determinado território, e o encaminhamento dessas demandas, quando necessário, para os outros níveis de atenção do sistema. Conhecer a população mais vulnerável para a infecção das IST/HIV no seu território de abrangência é fundamental para que possa planejar suas ações de forma mais assertiva. Mas como fazer?

Provavelmente, a estratégia mais eficaz para mapeamento das demandas e necessidades da população que está referenciada na unidade, é a Estratégia de Saúde da Família, a partir da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde[4]. Estes agentes são responsáveis pela cobertura de partes do território, e são quem têm o conhecimento sobre locais onde as pessoas convivem e circulam: locais em que os jovens se encontram, locais onde profissionais do sexo trabalham, locais onde a população LGBT freqüenta por sentir-se mais acolhida, locais onde pessoas fazem uso de drogas. A partir desse olhar sobre o território, é possível para a unidade de Atenção Básica planejar ações de prevenção de caráter permanente, buscando vincular essa população ao serviço. A distribuição de preservativos e material educativo nesses locais, a divulgação da oferta dos testes rápidos e a habilitação dos agentes para lidar com essas populações, intermediando o vínculo com a unidade, podem se constituir em estratégias de prevenção consistentes.

E se a unidade não contar com equipe de estratégia de saúde da família? O dirigente da unidade pode, por meio de parcerias com outras unidades governamentais que atuam com base territorial - os CRAS, as escolas, unidades de base comunitária da Polícia Militar ou Guarda Civil Metropolitana - e com organizações não governamentais que desenvolvam projetos na comunidade, identificar em sua área os locais onde circulam as populações mais vulneráveis e a partir daí desenvolver uma estratégia de atenção a essa população.

A distribuição de preservativos de forma permanente, a oferta de testes diagnósticos com garantia de sigilo e a divulgação das ações comunitárias desenvolvidas pela unidade de atenção básica, nos espaços em que se encontram as populações chaves, são estratégias que concretizam a prevenção nos territórios.

A prevenção às IST e a Atenção Básica

Apesar dos avanços na Atenção Básica nos últimos anos, pouco se valoriza a prevenção especificamente direcionada ao controle das IST - educação em saúde,

disseminação de informações qualificadas para reconhecimento de sinais e sintomas, estímulo para a procura por assistência assim que percebidos estes sinais e sintomas, convocação de parceiros das pessoas com diagnóstico e/ou em tratamento das IST, campanha em mídia para ampla divulgação dos métodos preventivos e de tratamento, etc. Há maior ênfase no diagnóstico etiológico, e muitas vezes a quantidade de profissionais capacitados para o manejo das IST por fluxograma é insuficiente para atender toda a demanda. Conseqüentemente, as ações de prevenção às IST tornam-se pouco resolutivas, e as unidades priorizam o agendamento de consultas, destinando pouco ou nenhum espaço para atendimento à demanda espontânea, não reconhecendo a IST sintomática como uma urgência.

Indiretamente essa atuação acaba por coibir o acesso aos serviços, levando os homens portadores de IST a procurar prontos socorros, farmácias ou a automedicação. Como as mulheres são muitas vezes assintomáticas para as IST, em consultas em que não for realizado exame ginecológico, essas infecções podem passar despercebidas. Por fim, as próprias questões sociais que envolvem as IST, como preconceitos e discriminações, por parte de alguns profissionais e de outros usuários, inibem os portadores de IST a buscar esse atendimento.

A assistência às IST pode ser realizada de forma integrada pela Estratégia Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e serviços de referência regionalizados. A ESF, pelas suas características, pode facilitar o acesso ao cuidado e a busca de parceiros sexuais, já que os Agentes Comunitários de Saúde possuem vínculos de confiança com a população atendida, enquanto as UBS e os serviços de referência desempenham papel fundamental para o tratamento adequado.

Deve-se entender que o atendimento imediato de uma IST não é apenas uma ação curativa; é também uma ação preventiva[2], na medida em que interrompe a cadeia de transmissão e pode evitar o surgimento de outras complicações. Além disso, estudos demonstram que portadores de algumas IST apresentam maior risco para se infectarem pelo HIV, bem como se o portador do HIV tiver alguma IST, maiores são as chances de transmissão do HIV para os seus parceiros sexuais[5].

Ao agendar a consulta para outro dia, os sintomas e sinais que levaram a busca de tratamento podem desaparecer, desestimulando o retorno do usuário ao serviço. Isso pode acarretar uma evolução da infecção para formas mais graves e ainda manter ou ampliar a cadeia de transmissão. A espera prolongada por atendimento, o agendamento para uma nova data, a falta de medicamentos para tratamento imediato, a discriminação e a ausência de confidencialidade são fatores que podem contribuir para a exclusão do usuário do sistema.

No caso das gestantes, o tratamento das IST é ainda mais significativo, pois algumas delas podem ser transmitidas para os bebês, acarretando sérios problemas de saúde na criança, e nos casos mais graves, abortos ou má formação do feto. A equipe da unidade,

responsável pelo pré natal, deve esforçar-se no sentido não apenas de tratar a gestante, mas de buscar e acolher o seu parceiro, possibilitando que o mesmo possa sentir-se confortável para realizar o tratamento adequado, prevenindo assim a reinfecção e a transmissão vertical destas doenças.

As ações de prevenção às IST/AIDS devem ser pautadas pelo respeito à escolha individual das pessoas, pelo sigilo e pela orientação isenta de julgamento moral.

Referências Bibliográficas

1. FERRAZ, Dulce Aurélia de Souza e NEMES, Maria Ines Battistella. Cogestão e prevenção das DST/Aids na atenção primária: contribuições desde o referencial dos direitos humanos e da vulnerabilidade. Temas psicol. [online]. 2013, vol.21, n.3, pp. 735-749. ISSN 1413-389X. http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.3-EE04PT.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 196 p. il. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 85-334-1107-3. bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad18.pdf
3. DST/Aids e rede básica: uma integração necessária/Ivone Aparecida de Paula, Ione Akemi Guibu (organizadoras) São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde. 2007. 137 p. ISBN: 978-85-99792-04-9.
4. Prevenção e Controle das DST/HIV na Comunidade: Manual do Agente Comunitário de Saúde/Coordenação Nacional de DST e Aids. - Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 80p.:il. color.http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/49prevencao_controle_manual.pdf
5. Boletim Epidemiológico, C.R.T. – DST/AIDS. C.V.E., Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2013. ANO XXX Nº 1, período de 1º de Julho de 2012 a 30 de Junho de 2013 – Anual - ISSN 1984-641x.
6. Masculinidades e Prevenção às DST/Aids – Ivone Aparecida de Paula, Patrícia Helena Vaquero Marques, Renata Galli Barbosa (organizadoras) – São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2012.

Juntos na prevenção das DST/AIDS - articulação de políticas públicas no território

São Paulo concentra a maior população do Brasil, sendo mais de 42 milhões de habitantes distribuídos em 645 municípios. Em São Paulo se encontram o maior e o menor município do Brasil. Em um extremo, a capital, com mais de 12 milhões de habitantes e, no outro, o município de Borá, com pouco mais de 800. Sejam quais forem os aspectos considerados, os números deste Estado serão sempre impressionantes. Possui o maior parque industrial e é responsável pela maior produção econômica do país. Mas essas características não refletem a diversidade e a desigualdade que se desenvolve no cotidiano dos lugares. Os municípios paulistas são diferentes em histórias e possibilidades, tendo inúmeras variáveis que se expressam nos territórios: o grau de urbanização; o porte demográfico; a capacidade orçamentária e financeira; as características do sistema produtivo local; as condições sociais e econômicas da população; as demandas dos usuários das políticas públicas; o nível de cobertura e a qualidade dos serviços públicos; a capacidade de participação da comunidade na gestão local; a presença de movimentos sociais; a capacidade técnica, política e administrativa das diversas áreas de governo; o compromisso pessoal e profissional dos agentes institucionais em contribuir pela transformação das ações públicas. Considerar essas variáveis no planejamento, articulação e execução das ações locais de prevenção das DST/Aids é premissa para o êxito e a sustentabilidade das ações.

Partindo dessa premissa, e com o intuito de desenvolver novas possibilidades de prevenção, ampliando o acesso às informações, aos insumos e aos serviços de saúde nas comunidades socialmente vulneráveis, o Programa Estadual de DST/Aids, por meio da Área de Prevenção, construiu uma estratégia que prevê a articulação entre vários equipamentos sociais nos territórios em contextos de vulnerabilidade.

A concepção de território aqui é compreendida a partir de três aspectos básicos: político, cultural e econômico. No aspecto político, pode-se considerar o território como o local onde as relações de espaço-poder se estabelecem. Nestas relações, o território é visto como um espaço delimitado e controlado, por meio do qual se exerce um determinado poder, podendo estar relacionado ao poder político do Estado, ou de lideranças comunitárias que emergem a partir destas relações. Na concepção cultural ou simbólico-cultural o território é definido a partir do conjunto de representações e subjetividades que se enraízam em partes do espaço territorial, dando-lhe identidade. Nesse sentido, o território é visto como produto da apropriação e da valorização simbólica de um grupo em relação ao seu espaço vivido, que é o que lhe dá o sentimento de pertencimento[1].

São nos territórios que adolescentes, jovens, adultos e idosos, entre mulheres e homens gays, bissexuais, travestis, transexuais, profissionais do sexo e pessoas em uso de

drogas, criam vínculos afetivos, moram, se relacionam, namoram, transam, trabalham e se encontram no dia a dia, os territórios podem ser mais dinâmicos por receberem também populações flutuantes ou migratórias, ou seja, populações com trânsito esporádico, que utilizam o território como dormitório por motivo de trabalho, estudo ou turismo. Muitas vezes adolescentes e jovens gays, travestis, transexuais e pessoas que usam drogas não freqüentam o serviço de saúde do entorno ou procuram atendimento apenas esporádico. A urgência no alcance dessas populações se mostra imperativa quando nos deparamos com a atual tendência epidemiológica da AIDS que aponta para um crescimento de casos entre jovens. O número de casos de Aids entre jovens paulistas de 15 a 29 anos de idade elevou-se de 2,8 em 2007 para 3,3 casos por 100.000 habitantes/ano em 2013. Entre os jovens do sexo masculino de 15 a 19 anos de idade a incidência passou de 2,4 casos para 4,1; entre aqueles com 20 e 24 anos, houve elevação de 16,5 para 26,7 por 100.000 habitantes/ano, respectivamente. Em 2007 ocorreram 302 casos de homens de 15 a 24 anos e em 2013, foram 546 casos [2].

Os jovens com essa faixa etária estão no final do Ensino Fundamental II, no Ensino Médio, na Educação de Jovens e Adultos ou no Ensino Superior. Importante salientar que adolescentes de 13 a 15 anos também aparecem como tendência crescente de casos. Ou seja, a escola é um *locus* privilegiado para a realização de ações de prevenção, pois é onde os jovens estão em processo formativo e se concentram, entre outros pontos de encontro que podem ser identificados no território.

O trabalho no território prevê o estabelecimento de uma rede intersetorial e intersecretarial envolvendo equipamentos e serviços disponíveis no próprio território: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Organização não Governamental (ONG), Associações Amigos do Bairro, Escolas, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), etc., para implementar a atenção à saúde, ampliando o acesso das populações mais vulneráveis aos serviços de saúde e diversificando as ações de prevenção às IST/Aids. Nessa metodologia a articulação entre a Atenção Básica e os Programas de DST/AIDS é fundamental para construção de redes de cooperação na comunidade que possam integrar os vários atores, ampliando e potencializando as ações de Prevenção.

Para promover a reflexão sobre questões como sexualidade, diversidade, direitos sexuais e reprodutivos das pessoas, bem como para o planejamento e disseminação das ações de prevenção no território, foram construídos procedimentos que possibilitam a implantação da estratégia de forma gradual e participativa. Estes procedimentos prevêem a participação de representantes locais das Secretarias de Educação Municipal e Estadual, desde o princípio, já que são parceiros fundamentais no processo da construção da estratégia. Os procedimentos básicos para a implantação da estratégia são:

Oficina de prevenção às IST/AIDS para os profissionais da ESF, possibilitando o alinhamento conceitual e instrumentalizando os agentes comunitários de saúde (ACS) [3,4]

a realizarem abordagens de prevenção na comunidade, dando ênfase também a prevenção da sífilis congênita e a divulgação dos locais de testagem do HIV/Sífilis e Hepatites, incentivando a disponibilização de insumos de prevenção nas atividades extramuros. Nesta oficina, é desejável que haja presença de representantes das escolas do território, para garantir a construção conjunta.

Oficina "Mapa Falante[5] Digital: Metodologia de diagnóstico e gestão de Informação para prevenção ao HIV/AIDS e promoção em saúde em territórios vulneráveis urbanos". Trata-se de uma oficina para aplicação da metodologia Mapa Falante, com a participação da gerência da unidade de saúde, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, e que consiste no mapeamento, por parte dos agentes, de locais de encontro e sociabilização das populações vulneráveis no território, bem como a identificação de possíveis parceiros – estabelecimentos comerciais e instituições diversas – para a implantação das chamadas Estações de Prevenção[6].

Estas são reconhecidas pela comunidade como locais onde estão disponibilizados gratuitamente preservativos, materiais informativos, informações básicas de prevenção, divulgação do Disque DST/Aids 0800 162550, divulgação dos locais que realizam testagem do HIV/Sífilis e Hepatites e onde podem ser divulgadas atividades e outras campanhas realizadas pelo serviço de saúde. Importante salientar que a participação de profissionais da educação possibilita que conheçam o método e como poderá ser implantando posteriormente nas escolas.

- Reuniões e oficinas de prevenção junto às lideranças comunitárias, sensibilizando-as para a importância das intervenções na comunidade e o papel estratégico das mesmas na articulação das ações no território. Este procedimento é fundamental para a implantação das estações de prevenção nos estabelecimentos identificados.
- Implantação das estações de prevenção, a partir do mapeamento realizado e dos estabelecimentos identificados. Os agentes comunitários e técnicos do Programa Municipal de DST/Aids, estabelecem contato com os responsáveis pelos locais, e no caso de aquiescência dos mesmos, instalam displays com preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante, em pontos de fácil acesso para a população. Os agentes têm papel importante no abastecimento contínuo desses locais para que não haja falta do insumo. A quantidade necessária de cada insumo nas estações vai se delineando no decorrer do tempo, cabendo ao Programa Municipal de DST/Aids, adequar sua grade de preservativos de acordo com a demanda.
- Construção do mapa online "Juntos na Prevenção" através da plataforma Mootiro Maps. O mapa ficará disponível para gestores, trabalhadores da saúde/educação e para a própria comunidade, mostrando os locais onde são realizadas as ações estratégicas e onde estão disponibilizados insumos de prevenção (camisinhas masculinas, femininas, gel lubrificante e teste para o HIV e sífilis).

- Apresentação da estratégia para os profissionais nas escolas do território, na Associação de Pais e Mestres[7] e no Conselho de Escola[8]. **Este procedimento é fundamental para a implantação da estação de prevenção dentro do espaço escolar.**
- A partir da aprovação das instâncias escolares e da escola ser reconhecida como parceira na comunidade para prevenção das IST/Aids, realizar rodas de conversa com professores e adolescentes do 9º ano do ensino fundamental e do Ensino Médio com a participação dos agentes comunitários de saúde, nos temas: Direitos Humanos, Saúde Sexual e Reprodutiva, Prevenção das IST/AIDS, Estigma e Discriminação, Diversidade Sexual, Racismo, Violência contra a mulher e Gestação na Adolescência; e oficinas de confecção de displays para preservativos e de cartazes para serem expostos nas áreas comuns escolares.
- Certificação que legitima a parceria do Programa Estadual de DST/Aids – SP e da Coordenação Municipal de DST/Aids com a Unidade de Saúde, com a Escola e com ONGs e um Selo de Parceria entregue aos estabelecimentos comerciais que estão na luta contra a AIDS no território. Estes certificados serão disponibilizados pelo Programa Estadual de DST/Aids, aos municípios que fizerem adesão a estratégia.

A comunicação entre profissionais de saúde, agentes comunitários e comunidade é algo fundamental para que essa estratégia seja eficiente, assim foi criado um grupo na rede social Facebook "Juntos na Prevenção das DST/Aids" onde as várias questões que compõe o cotidiano nos territórios podem ser discutidas.

Alguns pontos são importantes para a consolidação da estratégia:

1. É fundamental que haja disponibilidade contínua de insumos de prevenção. A grade de preservativos (feminino e masculino) deve ser adequada regularmente e fazer parte da pauta mensal de ações programáticas da gestão, bem como a visita periódica dos ACS nos estabelecimentos para abastecimento sistemático.
2. Devem ser discutidas formas de abordagem e divulgação que reforcem a gratuidade do preservativo, como por exemplo, a fixação de cartazes nos locais indicando essa gratuidade e divulgação boca a boca.
3. É importante promover espaços de discussão com os ACS contemplando as questões relacionadas às IST e demandas de pessoas vivendo com HIV na comunidade, lembrando que sexualidade, diversidade sexual e direitos humanos são pautas das oficinas e das discussões de casos. Essas discussões fortalecem os agentes comunitários de saúde e promovem segurança nas abordagens individuais.

4. O Grêmio Estudantil participa de todo o processo de implantação e execução das ações no âmbito escolar e é responsável por multiplicar as informações na perspectiva da Educação entre Pares - processo no qual os adolescentes e jovens atuam como facilitadores e multiplicadores de ações junto a outros adolescentes e jovens(9). O Grêmio Estudantil responde, também, pela organização do "Cantinho da Prevenção" – espaço físico na escola onde são disponibilizados preservativos(10) e cartazes. Este espaço pode ser utilizado para comunicação de diversas atividades relativas à saúde, planejamento reprodutivo e outras informações pertinentes como a divulgação da Lei nº 10.948 de 05/11/2001(11) contra homofobia e da resolução de 13/05/2014 (12) que regulamenta a utilização do nome social na escola.

Referências Bibliográficas:

1. Território e territorialidade: abordagens conceituais – Eugênia Maria Dantas e Ione Rodrigues Diniz Morais.
2. São Paulo, Secretaria Estado da Saúde. Boletim Epidemiológico CRT – PE – DST/Aids/CVE. São Paulo, 2014.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação nacional de DST e AIDS. Departamento de Atenção Básica. Prevenção e Controle das DST/AIDS na Comunidade – Manual do Agente Comunitário de Saúde. Brasília, 2001.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília, 2009
5. São Paulo, Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, Instituto do Legislativo, Fundação Seade. O Estado dos Municípios 2008 – 2010, Índice Paulista de Responsabilidade Social – Região Metropolitana de São Paulo, Edição 2012.
6. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Prevenção das DST/HIV/AIDS em Comunidades Populares. Brasília, 2008
7. Decreto nº 12.983 de 15/12/1978 que estabelece o estatuto padrão das Associações de Pais e Mestres.
8. São Paulo. Secretaria de Educação. Cartilha Conselho de Escola, São Paulo, 2014.
9. UNICEF, Revista Viração, Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto. De Jovem para Jovem – Educação Entre Pares. São Paulo. 2008.
10. São Paulo, Secretaria da Saúde. Resolução Conjunta SS/SE nº 01 de 11/10/2011. Diário Oficial do Estado de São Paulo de 12/10/11, São Paulo, 2011.
11. São Paulo. Lei nº 10.948 de 05 de novembro de 2001. Diário Oficial do Estado de 06/11/2001, São Paulo, 2001
12. São Paulo. Resolução SEE de 13/05/2014 (parecer CEE 143/14). Diário Oficial do Estado de 14/05/2014, São Paulo, 2014.

Transmissão vertical da sífilis/HIV em mulheres em uso de crack

No estado de São Paulo foram registrados 18.360 casos de gestante com sorologia positiva para o HIV no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2012. Do total desses casos, 32,7% residem no Município de São Paulo, seguido pelos GVEs de Campinas, Santos, Santo André, Mogi das Cruzes e Ribeirão Preto. Estes GVEs juntos representaram aproximadamente 60,21% dos casos notificados no Estado. O menor percentual de notificações (0,3 %) pertence aos GVEs de Presidente Venceslau, Jales e Itapeva.

Um dos objetivos da vigilância da infecção pelo HIV na gestante, parturiente ou puérpera é acompanhar continuamente o comportamento da infecção nessa população, visando o planejamento e avaliação das medidas de prevenção e controle da transmissão vertical do HIV.

Entre as crianças com aids, menores de cinco anos de idade, a maior parte dos casos é devida a transmissão vertical. Nestas crianças, a taxa incidência reduziu quatro vezes, entre 2001 e 2007, passou de 9,2 para 2,2 crianças menores de cinco anos por 100 mil crianças menores de cinco anos, respectivamente. No entanto, em 2008, observa-se um crescimento de 25% da incidência, provavelmente devido à melhora na captação dos casos trazida pelo relacionamento dos bancos de dados de laboratório e medicamentos (SICLOM e SISCEL) do Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. Apesar da melhor captação, há evidências de uma estabilização na taxa de incidência no período de 2010 a 2012. A ocorrência de aids em uma criança com menos de cinco anos de idade sugeri diagnóstico tardio da criança infectada pelo HIV; abandono no seguimento de crianças expostas ou infectadas; ausência de pré-natal materno; baixa cobertura ou falta de adesão a TARV durante a gestação, contribuindo para a transmissão vertical. Estas situações podem estar diretamente relacionadas a mulheres com alta vulnerabilidade, como as que vivem em situação de rua, em uso de drogas, parceiras de homens em uso de drogas ou mulheres de outros grupos com menor acesso. Estas barreiras são mais difíceis de serem superadas para a eliminação da transmissão vertical do HIV.

Com relação à sífilis na gestação, sabemos que é um agravo diagnosticado principalmente na atenção básica, durante a assistência do pré-natal que é o momento importante e oportuno para a prevenção da sífilis congênita (SC). Conforme esperado, as Unidades Básicas de Saúde são responsáveis por grande parte das notificações (72%). No entanto, 15% dos casos são notificados tardiamente por hospitais e maternidades. Profissionais de vigilância epidemiológica e de serviços de saúde têm apontado o aumento do número de casos de sífilis em gestantes pertencentes a grupos mais vulneráveis (mulheres em uso de drogas lícitas e ilícitas, profissionais do sexo, moradoras de rua, migrantes, privadas da liberdade, adolescentes, parceiras sexuais de homens pertencentes a grupos mais vulneráveis, entre outras).

E ainda, apesar de todos os esforços, a sífilis congênita constitui-se em um grave problema de saúde pública para o Estado. De 1987 a 2015 (até 30/06/2015) foram notificados 24.108 casos de sífilis congênita (SC) no estado de São Paulo. Nos últimos sete anos o número de casos elevou-se 3,7 vezes, passou de 805, em 2007, para 2.989 casos de SC, em 2014 e, a partir de 2010, o aumento foi de aproximadamente 25%, de um ano para o outro. A taxa de incidência de SC (TISC) apresentou elevação de 2,4 vezes, quando comparado o ano de 2010 a 2014, passou de 2,0 para 4,8 casos por mil nascidos vivos, respectivamente. Adicionalmente, foi observado aumento de 3,5 vezes no número de óbitos por SC, quando comparado os anos 2010 e 2014 (passou de 10 para 35 óbitos), merecendo destaque a elevação de 40% entre 2013 e 2014 (de 25 para 35 óbitos). Em 2014, dos 2.989 casos de SC, 307 (10%) corresponderam a natimorto ou aborto. Chama atenção o aumentado de 53% destes eventos, entre 2013 e 2014 (de 201 para 307 abortos/natimortos).

Algumas considerações devem ser realizadas para a interpretação dessa elevação na TISC no ESP:

- As equipes de saúde que fazem assistência ao parto e vigilância epidemiológica vêm apresentando um esforço relevante de captação e notificação de casos, estimuladas por várias ações para a redução da transmissão vertical da sífilis no Estado. Esse esforço, que ocorre nos níveis municipal, regional e estadual contribuiu para a redução da subnotificação com a consequente elevação no número de casos conhecidos;

- O pré-natal é o momento mais importante para evitar a SC. Em 2014, observa-se que 25% (N=745) das mães que tiveram filhos com sífilis congênita não realizaram o PN. No entanto, apesar de 75% (N=2.244) terem realizado o pré-natal, com oportunidade para o diagnóstico e tratamento da sífilis durante a gestação, cerca de 47% delas realizaram diagnóstico de sífilis no parto ou após, ou seja, ainda há importante deficiência no diagnóstico oportuno da sífilis na gestação.

- A ocorrência de possível elevação da prevalência de sífilis adquirida em mulheres em idade reprodutiva e, em especial, em grupos mais vulneráveis (mulheres em uso de drogas lícitas e ilícitas, privadas da liberdade, profissionais do sexo, mulheres em situação de rua, adolescentes, parceiras sexuais de homens pertencentes a grupos mais vulneráveis, entre outros). Estas mulheres em situação de alta vulnerabilidade apresentam, adicionalmente, maior dificuldade de início e/ou seguimento do pré-natal, reduzindo as oportunidades de diagnóstico e tratamento adequado da sífilis na gestação;

- As inúmeras perdas de oportunidade de diagnóstico, tratamento e seguimento adequados no pré-natal, que levam as gestantes e seus parceiros infectados com o Treponema Pallidum a não serem diagnosticados, ou não receberem o tratamento correto, em momento oportuno.

A ocorrência das IST nesses grupos considerados mais vulneráveis para ambas as infecções, caminha lado a lado com a maior ocorrência de gestações não planejadas e dificuldade na adesão ao atendimento pré-natal. Esses dois problemas juntos exigem

a adoção de abordagens mais eficientes e específicas para esses diferentes grupos populacionais. Assim faz-se necessário aumentar os esforços para ampliar o acesso das gestantes em uso de crack e outras drogas e parceiras de homens em uso de drogas, ao diagnóstico e tratamento da Sífilis e da infecção pelo HIV e paralelamente intensificar as ações de prevenção da transmissão vertical destas infecções nessa população.

É importante produzir material educativo adequado para o trabalho com essa população com linguagem clara e objetiva.

Para essa população algumas ações estratégicas são fundamentais como:

- Aumentar a testagem do HIV e da Sífilis em mulheres em situação de rua e uso de crack;
- Identificar as gestantes HIV positiva e encaminhá-las aos SAE para realizar o pré-natal;
- Identificar e tratar as mulheres com sífilis;
- Identificar e tratar o(s) parceiro(s) sempre que possível;
- Priorizar o teste rápido para sífilis e HIV, para estas gestantes e oportunizar o tratamento com Benzetacil. Trabalhar na linha da abordagem sindrômica do casal – se a gestante tem sorologia reagente para sífilis – tratá-la e tratar o parceiro;
- Orientar uso de preservativos masculino e feminino e disponibilizá-los;
- Implementar formas de adesão das gestantes em uso de crack aos serviços, realizando busca extra-muros, propondo recepção das gestantes nas unidades de serviço, mesmo fora da agenda, etc.;
- Orientar planejamento reprodutivo, oferecendo o implante sub-dérmico (com duração de 3 anos ou 5 anos);
- Investigar no pré-natal e na maternidade, o desejo da mulher em uso de crack e outras drogas, de ficar com a criança ou dá-la em adoção, garantindo a escolha sem coerção;
- Fortalecer rede de apoio familiar nucleada e/ou ampliada, para os cuidados com a gestante e com o bebê, após o nascimento;

Para abordar as questões relacionadas a populações mais vulneráveis, principalmente aquelas em situação de rua, como é o caso da maioria das gestantes em uso de crack e outras drogas é preciso articulação com outras áreas além da saúde. Algumas instituições, como a Secretaria de Desenvolvimento Social, tem trabalhos específicos com população de rua, em horários alternativos, o que pode facilitar o acesso das gestantes ao início e manutenção do pré-natal, uma vez que as ações das unidades de saúde ficam restritas ao horário comercial.

Além da articulação com outras instituições é importante considerar a intersecção com outras políticas públicas federais e estaduais como: plano de enfrentamento do crack e outras drogas ; estratégia de saúde da família ; rede cegonha; plano estratégico

do PEDST/AIDS – SP eixo III - eliminação da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV; linha de cuidado da gestante no Sistema Único de Saúde (SUS) – Secretaria de Estado da Saúde (SES) - SP; política estadual de álcool e drogas.

Articulações importantes para viabilização da proposta:

- Articulação com as áreas técnicas de Atenção Básica, Saúde da Mulher, Saúde Mental e Saúde do Adolescente, o Programa de Tuberculose, Programa de Hepatites Virais, da Secretaria da Saúde;
- Articulação com CRAS (Centros de Referência de Assistência Social) e CREAS (Centros de Referência Especializada de Assistência Social), da Secretaria do Desenvolvimento Social;
- Articulação com a Coordenação Estadual de Políticas sobre Drogas, da Secretaria da Justiça;
- Articulação com a Polícia Militar, Polícia Civil e Guarda Civil Metropolitana;
- Articulação com Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e Conselhos Tutelares.

A linha de cuidado para as gestantes em uso de crack e outras drogas deve incluir outros equipamentos sociais como: serviços não governamentais que possam acolhe-la , Casas de Apoio, que realizam atendimento e/ou acolhimento de adolescentes gestantes, gestantes HIV positivo e mulheres em uso de drogas.

Embora questões sobre drogas não sejam novas capacitar profissionais do pré-natal e maternidades para o manejo das gestantes em uso de crack e outras drogas, é fundamental para ampliar seus olhares para as demandas e especificidades desta população.

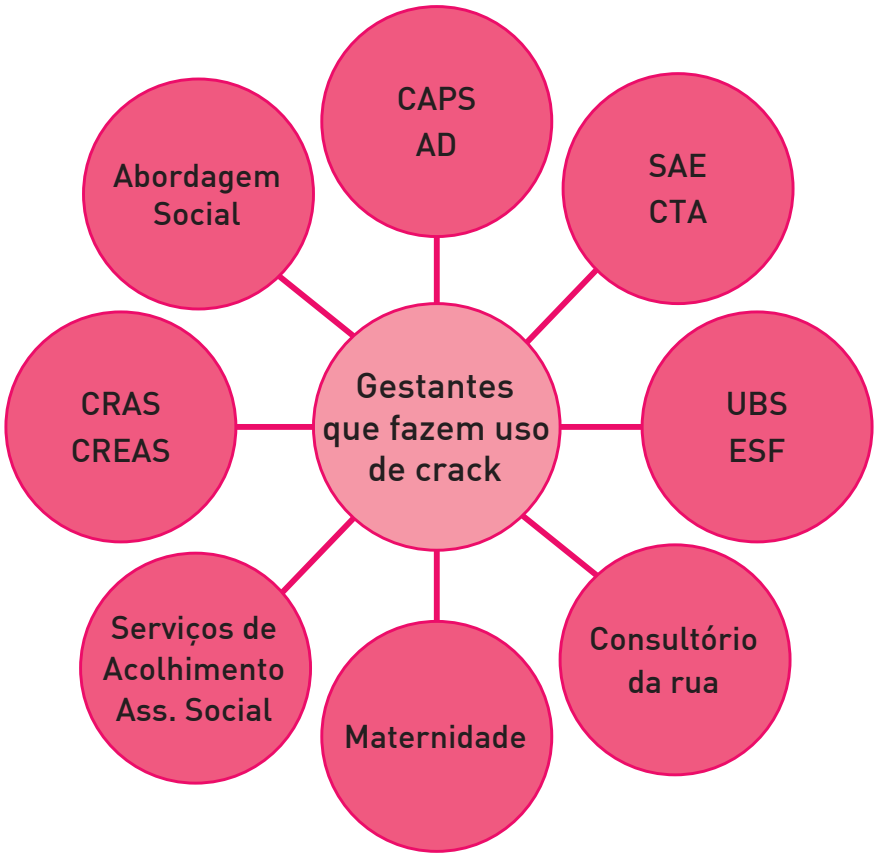
A oferta de insumos deve ser implementada quer nos serviços de saúde, quer em ações extra-muros, as vezes os profissionais se questionam sobre a oferta de preservativos para pessoas em uso de drogas, lembrar que essas pessoas não estão permanentemente sob efeito da droga e que ter informações sobre formas de se proteger das infecções sexualmente transmissíveis é essencial.

Importante: Para discussão das ações é fundamental o envolvimento das diversas áreas da saúde: DST/Aids e Hepatites Virais, Atenção Básica, Saúde da Mulher, Saúde Mental, Humanização, Tuberculose, além das políticas intersetoriais, em especial da Assistência Social.

Identificar os pontos de atenção e proteção dessa população, constituídos por serviços vinculados ao SUS (Sistema Único de Saúde) e SUAS (Sistema Único de Assistência Social), além do Sistema de Garantia de Direitos (Ministério Público, Defensoria Pública, Justiça e Conselhos) a fim de buscar efetividade no atendimento. Estes pontos constituem a rede de proteção e atenção, sendo que a articulação deve ser

discutida entre seus gestores, a fim de estabelecer o fluxograma para os atendimentos, considerando o ideal que em qualquer dos pontos que a mulher e/ou gestante acessar, será inserida neste fluxo.

Rede de atenção a saúde e proteção social



Referências Bibliográficas

- Coordenação do Programa Estadual de DST/AIDS. 2012. *BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO C.R.T. – DST/AIDS. C.V.E.* Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Ano XXIX, nº 1. Disponível em www.crt.saude.sp.gov.br.
- Coordenação do Programa Estadual de DST/AIDS. 2014. *BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO C.R.T. – DST/AIDS. C.V.E.* Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Ano XXXI, nº 1. Disponível em www.crt.saude.sp.gov.br.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2009. *Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.* Brasília: MDS. Disponível em www.mds.gov.br
- Secretaria Nacional de Segurança Pública. 2012. *Crack é Possível Vencer Compromisso de Todos.* Brasília: Ministério da Justiça. Disponível em www.mj.gov.br

- Nappo , Solange Aparecida. *Comportamento de risco de mulheres em uso de crack em relação às DST/AIDS.* São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2004.
- Casatti, Gilzaneide F. Da Silva. *Projeto de Intervenção Social com Gestantes e/ou Puérperas, Em uso de Drogas Lícitas e/ou Ilícitas.* São Paulo: Ensaios e Ciência, Vol. 15, nº 01. 2011.
- Ministério da Saúde. *PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011.* Brasília: Ministério da Saúde. Legislação. Disponível em www.ms.gov.br

Diretrizes estaduais para desenvolver ações de prevenção das IST/AIDS voltadas às mulheres profissionais do sexo

A reflexão sobre a organização da atenção e ampliação do acesso à saúde de mulheres profissionais do sexo, busca a qualificação nas abordagens, sejam grupais ou individuais, nas unidades de saúde ou em ações extramuros.

Para construir e implantar ações permanentes, dentro do quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos, é importante a articulação com áreas que envolvam a saúde integral, principalmente as Áreas de Saúde da Mulher, Atenção Básica e DST /AIDS e com a Secretaria de Desenvolvimento Social. Buscando políticas públicas às quais as mulheres têm direito; e com as áreas de Segurança Pública, visando à diminuição da violência contra essas mulheres, tanto por parte dos próprios policiais quanto por parte de seus clientes e/ou companheiros.

Esta articulação se faz necessária para o acesso destas mulheres à proteção da Lei Maria da Penha, contribuindo para que as delegacias sejam sensibilizadas e prestem atendimento humanizado às mulheres profissionais do sexo além de encaminhamentos adequados para a rede de atenção a vitimas de violência.

É importante salientar que exploração sexual, que é considerada crime no Brasil, é uma coisa e prostituição é outra. Esse texto focará a prostituição voluntária.

O exercício da prostituição no Brasil não é crime. O que configura crime, segundo a legislação penal brasileira vigente, é a indução e a exploração da prostituição, a manutenção de estabelecimentos em que ocorra exploração sexual e o tráfico de pessoas para fins de exploração sexual. A prostituição voluntária, de pessoa maior e capaz que consente validamente no ofício, não pode ser considerada forma de exploração sexual. Apenas a prostituição forçada deve ser considerada exploração(1).

Vale lembrar que prostituição é uma atividade legal e passou a ser considerada uma profissão a partir da inclusão, pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), sob o número 5198-05. O reconhecimento de contratos de trabalho da profissão, porém, ainda não é possível porque, pelas leis brasileiras, a prostituição não é crime, mas tirar proveito dela, seja de que forma for, é. Isso significa que manter casas de prostituição, viver às suas custas ou mesmo induzir alguém a esse tipo de trabalho são considerados crimes (artigos 228/229/230 do Código Penal) - desse modo, a atividade de "cafetão"ou a figura do "patrão" é ilegal. A prostituição sem intermediários, portanto, é um direito[(2)].

Como a prostituição não é crime, o direito de locomoção de profissionais do sexo, desde que não fira outros direitos, não pode ser limitado ou proibido em virtude de eventuais desconfortos de pessoas que se sentem incomodadas com a atividade. Em razão disso, profissionais do sexo não podem ser obrigadas(os) a mudar seu "ponto"

ou a sair de locais públicos, como ruas, avenidas, praças. Também não podem ser impedidas(os) de utilizar equipamentos públicos, como banheiros, para o uso comum a que eles se destinam.[2]

As profissionais do sexo são alvo do preconceito tanto da população, quanto por parte dos serviços, o que pode dificultar a implantação de ações de promoção à sua saúde. A resistência dos proprietários dos locais de trabalho sexual, que receiam a interferência da Vigilância Sanitária e da Polícia pode dificultar o acesso das profissionais do sexo às ações propostas pela saúde.

Para qualificar a abordagem voltada às mulheres profissionais do sexo realizadas nos serviços de saúde e nos locais de trabalho pode-se recorrer às recomendações nacionais e diretrizes estaduais, algumas ações e experiências do estado de São Paulo, assim como a estudos para subsidiar as reflexões e construção dos planos de ação local.

É importante o engajamento político dos gestores/profissionais de saúde e a promoção da mobilização de grupos de mulheres, para que estas sejam ouvidas e coloquem suas demandas. Entende-se que desta forma podemos reduzir as vulnerabilidades no que se refere às infecções sexualmente transmissíveis, especialmente a AIDS.

Profissionais do sexo e a questão das IST/AIDS no estado de São Paulo

Profissionais do sexo apresentam alta prevalência (5%) de infecção pelo HIV, comparada a população geral (0,56)[(3).] Isto torna esse segmento populacional prioritário para as ações de prevenção das IST/AIDS, incluindo a promoção da auto estima e dos direitos, que fazem parte das estratégias de prevenção das IST e do HIV/Aids desde 1983, ano da implantação do Programa Estadual de DST/AIDS.

Assim como em todo território nacional, em São Paulo a construção de uma política pública voltada para essa população está engajada na defesa de direitos, na ampliação da participação social enquanto meio para garantia da cidadania e no compromisso com o princípio da equidade e da universalidade do SUS.

Uma das estratégias de prevenção do Programa Estadual DST/AIDS é o fortalecimento da descentralização das ações de prevenção e assistência das IST/Aids para a Rede de Atenção Básica[(4)]. Entre os vários eixos das discussões a nível local, é destacada a atenção voltada às pessoas que exercem a prostituição e a necessidade de ampliação do acesso desse segmento populacional. Além disso, discute-se a obrigatoriedade dos serviços de saúde implantarem o nome social no cadastro das suas usuárias mulheres transexuais e travestis[(5).]

Em 2008 foi construído, em conjunto com a Área Técnica da Saúde da Mulher e sociedade civil, o Plano Estadual de Enfrentamento da Epidemia das DST/Aids entre as

Mulheres[6], tendo como uma de suas metas reavaliar as estratégias e elaborar proposta de estruturação de ações de prevenção e assistência às IST/Aids para mulheres profissionais do sexo e seus parceiros, na rede básica de saúde, SAE e CTA.

Diretrizes estaduais de prevenção das IST/AIDS para mulheres profissionais do sexo

Em 2010, com a inclusão da profilaxia pós-exposição sexual no cardápio da prevenção[7], foram rediscutidas as ações básicas que devem ser ofertadas pelos serviços de saúde, descritas nos 9 itens abaixo:

1. Realizar o mapeamento dos locais de trabalho

É fundamental realizar mapeamento do território e identificar os pontos de prostituição para planejar as ações de prevenção e disponibilizar os insumos de maneira contínua.

2. Abastecer estes locais com insumos de prevenção (preservativos masculinos/femininos e gel lubrificante) e material educativo;

Com o mapeamento dos locais de trabalho, o serviço de saúde dimensiona a quantidade mensal de preservativos que disponibilizará nestes locais. O gerente da unidade tem autonomia para articular com a comunidade a melhor forma de abastecimento. Os locais podem ser abastecidos semanalmente por agentes de prevenção, agentes comunitários de saúde e demais profissionais que possam realizar essa função ou, na falta destes profissionais, o próprio responsável pelo local de trabalho e/ou as próprias mulheres podem retirar a quantidade necessária na unidade e abastecer o local de trabalho.

Os profissionais que atuam nas unidades de atenção à saúde, podem ir a campo para realizar um atendimento voltado à promoção da saúde e direitos das mulheres prostitutas, não há um papel de fiscalização ou de vigilância, mas sim um papel educador, promotor de saúde, facilitador do acesso aos insumos de prevenção e ao atendimento médico para garantir a saúde e bem estar destas mulheres.

3. Realizar abordagem voltada ao parceiro sexual fixo;

É importante planejar ações voltadas para essa população alcançando também seus parceiros fixos, ou seja, considerando relacionamentos em situações conjugais[8] ou que podem envolver companheiros estáveis e até mesmo clientes antigos.

Assim, quando se aborda uma mulher em relação às IST/Aids e realiza-se o aconselhamento, o ideal é incentivar a reflexão da exposição de risco sexual tanto nas relações sexuais comerciais e casuais quanto nas relações sexuais fixas. É comum, na abordagem da mulher profissional do sexo, foca-se apenas nas suas práticas sexuais comerciais, o que aumenta sua vulnerabilidade, desta forma corre-se o risco de desconsiderar que seu parceiro fixo pode ser seu infectante e vice-versa. Então lembrar de perguntar: "Como você está se prevenindo de doenças transmitidas pelo sexo, como a sífilis, a herpes, o HPV e a Aids nas relações com o seu companheiro/ namorado ? " ou " Como você está protegendo seu companheiro/ namorado das IST/Aids na hora do sexo ? ".

A abordagem da população masculina pode ser feita através da elaboração de folders ou folhetos com informações sobre prevenção de IST/AIDS e sobre as ações do serviço de saúde voltada para os homens, disponibilizando-os nos locais de acesso desta população. É fundamental a promoção de ações contínuas de prevenção das IST e oferta de testagem de HIV, Sífilis e Hepatites para homens clientes ou parceiros sexuais de mulheres profissionais do sexo.

4. Ofertar testagem para detecção do HIV

É importante que além do teste anti-HIV tradicional, todas as unidades de saúde da Rede Básica ofertem o teste rápido de detecção do HIV para a população vulnerável do seu entorno e enfatizem essas ações para profissionais do sexo e seus parceiros sexuais.

5. Facilitar o acesso a vacinação da hepatite B

A vacina de hepatite B está disponível para a população na faixa etária de 0 a 49 anos de idade, porém para mulheres que exercem a prostituição e outras populações mais vulneráveis, não há restrição de idade, portanto essas mulheres precisam ter essa informação e precisam saber que a unidade de saúde oferece a vacina.

É importante ser cuidadoso na abordagem de pessoas com faixas etárias maiores, quando se investiga se o sujeito é profissional do sexo ou não, ou faz parte de outros grupos vulneráveis, para não expor as pessoas desnecessariamente a situações constrangedoras.

6. Ampliar o acesso a camisinha masculina/feminina, gel lubrificante e material educativo;

Para ampliar o acesso é interessante que estes insumos estejam dispostos em displays, que podem ser artesanais, como por exemplo, preservativos em caixas de papelão tanto nos serviços de saúde quanto nos locais de trabalho, sobre balcões ou nos consultórios, de forma que as pessoas possam retirar a quantidade que desejam. Afinal, cada um tem uma dinâmica sexual, alguns fazem sexo com mais freqüência do que outros e no caso de

mulheres profissionais do sexo a freqüência diária é grande, portanto a quantidade mensal pode ultrapassar as expectativas pessoais, assim sendo a oferta através de displays facilita para que essas mulheres adquiram quantos preservativos necessitarem.

7. Encaminhar para realização da profilaxia pós-exposição sexual (PEP SEXUAL)

A PEP SEXUAL é uma das estratégias de prevenção da infecção pelo HIV, que consiste no uso de antirretrovirais que devem ser tomados, por 28 dias, após uma relação sexual de risco.. Quando exposto a essa situação o indivíduo deve procurar o quanto antes, um serviço de saúde preferencialmente nas primeiras 2 horas após o ato sexual e no máximo até 72 horas, para iniciar a PEP, considerando que quanto antes a pessoa iniciar o uso do medicamento mais chances ela terá de não se infectar.

Para obter informações sobre a PEP Sexual consultar o site www.crt.saude.sp.gov.br ou ligar para o Disque DST Aids 0800 16 25 50,

Esta profilaxia é indicada nas seguintes situações:

- Relação sexual desprotegida com parceiro sexual portador do HIV/Aids.
- Relação sexual desprotegida com parceiro sexual que desconheça ser portador do HIV ou não.
- Em casos de rompimento do preservativo.
- Em casos de violência sexual

É muito importante, pela natureza de sua ocupação, que as mulheres profissionais do sexo estejam bem informadas sobre a PEP, para que quando forem expostas as situações descritas acima, procurem, a tempo, um serviço para recebê-la.

É fundamental que os profissionais da unidade de saúde conheçam a PEP SEXUAL e o fluxo municipal para a prescrição desta profilaxia e informem as mulheres profissionais do sexo sobre esse fluxo. É muito importante que as mulheres profissionais do sexo tenham conhecimento da PEP para que possam acessá-la no momento oportuno.

8. Realizar ações de planejamento reprodutivo

A unidade de saúde precisa realizar ações específicas de planejamento reprodutivo com as mulheres profissionais do sexo, pois são mulheres que podem apresentar gestações não planejadas com maior freqüência que as demais mulheres. É fundamental informá-las sobre todos os métodos anticoncepcionais, priorizando aquele que mais se adequa ao seu cotidiano, enfatizando o preservativo como dupla proteção, ou seja, proteção das IST/ Aids e proteção em relação a uma gestação não planejada. Também é importante providenciar a disponibilização da pílula do dia seguinte na unidade para ser distribuída

sem prescrição médica [9], além de anticoncepções injetáveis e implantes subdérmicos para aquelas que desejarem anticoncepcional de longa duração.

9. Realizar exames ginecológicos periódicos

Em relação a essa questão, apresentamos trechos do relato da médica ginecologista Dra. Rute Loreto do município de São Paulo que trata desse tema de uma forma mais específica e de fácil entendimento. Esse relato foi feito na Videoconferência estadual "Mulheres profissionais do sexo e prevenção das IST/Aids: trabalhando as vulnerabilidades", conforme segue:

"...é necessária incorporação de condutas acolhedoras, sem intervenções desnecessárias.... não focar porque é profissional do sexo, apenas na questão da IST, devemos manter a integralidade desta atenção, lembrarmos que elas têm família, a maioria delas tem marido e esse marido é ciente da sua situação, têm filhos.... compartilhar também as tomadas de decisões que elas possam ter que podem diferir das condutas que nós estamos acostumados a ter, respeitando a privacidade, a dignidade que é essencial para que mantenhamos o vínculo com essa mulher. Quando fazemos a anamnese nós oferecemos também informação e cuidados preventivos, procedemos aos exames clínicos, exames complementares que são muitas vezes da medicina geral.... muitas vezes são vítimas de agressão, precisam estar em Pronto Socorro, elas têm que ter consciência sobre toda essa questão da saúde delas.... e o aconselhamento e testagem é naturalmente oferecido, sempre.... a frequência do Papanicolaou é proposta a cada seis meses, a colposcopia muitas vezes complementa isso, então é um procedimento que a gente muitas vezes pesa um pouquinho mais... e o teste rápido, mas é importante falar que essas profissionais muitas vezes tem um uso prevalente de preservativo.... Então muitas vezes elas estão mais protegidas do que a população das mulheres não profissionais do sexo. Elas costumam estar vulneráveis no momento que elas não usam o preservativo com os maridos ou com os companheiros que elas consideram união estável e é aí que elas estão mais expostas como qualquer mulher. Então, tudo o que eu falei anteriormente é para que possamos fazer um aconselhamento efetivo, e criar uma confiança que visa proporcionar a pessoa, condições para que ela mesma avalie seus riscos, eu jamais vou conseguir elencar os inúmeros momentos em que ela está vulnerável, ela mesma tem essa consciência. Então, todo o tempo que estamos atendendo essa mulher, estamos percebendo (ela e nós) os riscos e vulnerabilidades dela (social, individual e programática). Tentando promover um aconselhamento, oferecer sorologias, vacinação, notificando muitas vezes uma sífilis ou outra doença que seja compulsória e discutindo o tratamento dos parceiros, isso é bem delicado, mas elas sempre ajudam, até pedem para encaminhar os homens para a unidade, são multiplicadoras junto à população masculina também.... Então essa consulta não pode ser de 5 minutos.... muitas vezes por uma questão de necessidade, elas adicionam um preço e tiram a proteção da camisinha para fazer as práticas sexuais que

os clientes pedem. E é interessante que quem pede sempre é o homem....vulnerabilizando as mulheres principalmente em relação a sífilis, que está muito prevalente, temos muita preocupação com a transmissão vertical da sífilis e elas tem bastante consciência disso.... interessante isso porque elas trabalham como multiplicadoras de informação, por elas terem tanta consciência em termos de prevenção. Nós mantemos no nosso dia a dia nosso tratamento pela abordagem sindrômica das IST.... aqui vale um parênteses, as profissionais do sexo têm uma dificuldade maior de utilização de protocolos que incluam cremes vaginais, por exemplo, então nós temos que ter um pouquinho de bom senso na hora de executar protocolos com elas que não sejam compatíveis com o dia a dia da profissão delas, respeitá-las porque afinal elas tem isso como forma de sobrevivência.... Nós temos que lembrar que é muito importante que a gente aborde IST sim.... Eu gostaria de lembrar sempre a questão da sífilis que está muito prevalente e que é secular e, que pode vir a provocar uma sífilis congênita.... também temos uma abordagem bem frequente que é das hepatites, lembrando que temos a vacina para a hepatite B. Outra questão importante, no Brasil temos uma crescente incidência do câncer de mama, por favor, pedir mamografia para essas mulheres assim que possível.... nós temos, ainda, muita neoplasia intraepitelial de alto grau nos resultados de Papanicolaou que tem que ser lembradas. Essas mulheres precisam ser imunizadas assim como nós, e é muito importante lembrar-se da vacina de Tétano.... Em relação à Atenção Básica enquanto gestora desse cuidado, eu gostaria de falar que é perfeitamente viável uma unidade básica de saúde atender essas mulheres e incluí-las num atendimento normal da unidade, basta um pouquinho de adequação, fazendo valer o princípio da equidade em relação à questão do agendamento. Nossa experiência na unidade é que nós tendemos a acolhê-la no momento em que ela está lá, no momento que ela chega, ela será atendida com a sua dúvida, sua queixa e não deverá ser incluída numa agenda sob condicionamento.... muitas delas trabalham num período estendido, elas não conseguem acordar tão cedo para colher sangue no laboratório, então essa adequação é necessária e viabiliza bastante o atendimento. Fora isso o atendimento é normal..."

O estudo realizado por Matos et al (2013) mostra que a desinformação das mulheres profissionais do sexo em relação aos sinais e sintomas de IST ainda é muito grande. Mais de um terço não considerou ou não soube informar que dor abdominal, dor e ardência ao urinar, inchaço na virilha, feridas/úlcera na genitália e coceira são sugestivos sinais/sintomas de IST. Esses achados evidenciam a necessidade de maiores investimentos visando a identificação de sinais e sintomas de IST para essa clientela, contribuindo assim para o diagnóstico precoce, melhor prognóstico e interrupção da cadeia de transmissão desses patógenos[10].

Sobre o acesso a pílula do dia seguinte

O PE-DST/Aids-SP enfatiza a ampliação do acesso da pílula do dia seguinte[9] para evitar gravidez não planejada e a ênfase do preservativo como dupla proteção, orientações que devem sempre estar presentes nos atendimentos face a face e em grupos junto as mulheres que exercem a prostituição.

Sobre o uso de tampões

Segundo Dra. Naila Santos, na mesma videoconferência, "em relação ao uso do tampão, essa é uma questão bastante discutida com a Área da Saúde da Mulher e bastante complicada porque a prostituta improvisa um tampão (com algodão, gaze, espuma de colchão etc) para bloquear o fluxo menstrual e poder trabalhar, esses tampões são um meio de cultura para bactérias e frequentemente essas mulheres desenvolvem doença inflamatória pélvica por causa do uso de tampões, o PE-IST/AIDS já pensou em várias alternativas para discutir com as profissionais do sexo essa questão, como também já pensou em propor o uso do diafragma (que colocado no colo do útero, evitaria a descida do fluxo menstrual) mas o sangue ali parado no diafragma também funciona como meio de cultura para bactérias. Então o que tem se discutido com a Área da Saúde da Mulher é que os serviços de saúde não podem orientar essas mulheres a usarem qualquer tipo de tampão, nem que seja tampão esterilizado. Uma alternativa que se tem pensado, mas que ainda não se conseguiu viabilizar do ponto de vista financeiro, é o uso de anticoncepcionais que suprimam o fluxo menstrual, isso seria uma alternativa possível para as mulheres que são profissionais do sexo e que não podem parar de trabalhar no período menstrual."

Uma boa alternativa seria o acesso a anticonceptivos de longa duração sub-dérmicos.

Reconhecemos que há muito que ser feito para garantir direitos e diminuir a vulnerabilidade desta população tanto em termos sociais quanto individuais e, principalmente programáticos, por isso há compreensão de que uma política voltada para profissionais do sexo é um processo. Enfatizamos a necessidade de engajamento político dos gestores locais, envolvimento dos profissionais de saúde e de participação social desta população para uma resposta satisfatória.

Materiais produzidos pelo programa estadual de DST/AIDS voltados as mulheres profissionais do sexo

FOLHETIM **ZONA LIVRE** e **SALTO ALTO** – materiais publicados entre 2000 e 2004, em formato de folhetim, construídos com a participação das prostitutas e travestis da região

da Luz do município de São Paulo. O Programa Estadual conduziu grupos de discussão com vários temas relacionados à cidadania, à autonomia e à saúde desta população que culminou na construção deste material específico.

VÍDEO " E você, o que você pensa sobre isso" - Lançado no IX Congresso Brasileiro de Prevenção das DST/Aids e apresentado na IV Mostra de Experiências da Atenção Básica e Saúde da Família, para ilustrar discussões relacionadas a ações de prevenção das IST/Aids voltadas para mulheres em geral, incluindo mulheres profissionais do sexo, para ser utilizado nas salas de espera dos serviços de saúde e grupos de mulheres (ex: grupos de planejamento reprodutivo). Disponibilizado no link https://www.youtube.com/watch?v=nnMYAMhp3oE

VIDEOCONFERÊNCIA "Mulheres Profissionais do Sexo e Prevenção das DST/Aids" – Em 2012 foi realizada videoconferência sendo que o conteúdo é indicado para uso em cursos e capacitações nesta temática específica objetivando a promoção de debates e reflexões que levem a construção de estratégias e organização de fluxos institucionais. O conteúdo deste material poderá ser acessado através do site da TecReg da Fundap, através do link

http://www.escolasdegoverno.sp.gov.br/videoconferencias/videoteca/viewvideo/1155/vc-qmulheres-profissionais-do-sexo-e-prevencao-das-IST--aids-22062012

FOLDER "Dicas para mulheres profissionais do sexo": Em 2014, o Programa Estadual de DST/Aids em conjunto com o município de Bragança Paulista conduziu rodas de conversas com as mulheres profissionais do sexo bragantinas para a construção de um material informativo específico para essa população e o fruto dessa atividade contribuiu para a elaboração de um material que traz inovações gráficas no que se refere a orientações sobre o uso do preservativo masculino e feminino, além de incorporar informações importantes relacionadas a práticas sexuais e acessórios como, por exemplo, prevenção das IST/Aids na utilização de vibradores. É um material voltado especificamente para a questão da saúde das mulheres profissionais do sexo levando-se em consideração a vulnerabilidade do contexto do sexo comercial. Folder disponibilizado no link http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/publicacoes/materiais/folhetodicasparamulheresprofissionaisdosexo.pdf

Referências Bibliográficas

1. RODRIGUES, T C. O tráfico internacional de pessoas para fim de exploração sexual e a questão do consentimento. Faculdade de Direito (FD), USP, SP, 2012.
2. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Núcleo Especializado de combate a Discriminação, Racismo e Preconceito, 2013. Material disponibilizado no link http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/0/PROFISSIONAIS_SEXO.pdf

3. Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Damacena GN, Barbosa Junior A, Kendall C. Analysis of data collected by RDS among sex workers in 10 Brazilian cities, 2009: estimation of the prevalence of HIV, variance, and design effect. J Acquir Immune Defic Syndr. 2011;57(Suppl 3):S129-35.
4. Secretaria de Estado da Saúde, Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, PAULA, I A; GUIBU I A (organizadoras). DST/Aids e Rede Básica: uma integração necessária, São Paulo, 2007.
5. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, Decreto nº 55.588 de 17/03/2010, *que dispões sobre o tratamento nominal das pessoas transexuais e travestis*, Disponibilizado no link *http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2010/decreto-55588-17.03.2010.htmls órgãos públicos do Estado de São Paulo, São Paulo, SP*
6. Secretaria de Estado da Saúde, Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo. Plano de Enfrentamento da epidemia de Aids e outras DST entre as mulheres. Disponível no link http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/acoes-programaticas/plano-estrategico-2012-2015/planoestrategico20142015.pdf
7. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV – 2008*, Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
8. SÃO PAULO, Secretaria de Estado da Saúde, Coordenadoria de Controle de Doenças, Programa Estadual de IST/Aids, Centro de Referência e Treinamento IST/Aids. Conjugalidade e Prevenção das DST/Aids. Série: Prevenção às DST/Aids, 2010.
9. Brasil. Ministério da Saúde, *Protocolo de Utilização do Levonorgestrel na Anticoncepção hormonal emergência*. 2013. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_utilizacao_Levonorgestrel_anticoncepcao_hormonal_emergencia.pdf
10. Matos MA, Caetano KAA, França DDS, Pinheiro RS, Moraes LC, Teles AS. Vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que comercializam sexo em importante rota de prostituição e turismo sexual. Rev Latino-Americana de Enfermagem Jul-Ago 2013. Disponível no link www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0906.pdf

Acesso e a universalidade da prevenção às IST/AIDS sob a ótica das relações étnico-raciais: notas sobre a promoção da equidade em saúde

I - Introdução

Com o avanço das ações de promoção da igualdade racial e combate ao racismo, os movimentos sociais pautaram o SUS e, assim expandiu-se a discussão técnica e política sobre o impacto do racismo na saúde. No que tange a AIDS, sabe-se que as questões genéticas não fazem parte deste cenário, mas o processo histórico provou que ao longo dos anos, as questões comportamentais presentes na sociedade como um todo, estão condicionadas às condições socioeconômicas e, ancoradas nos ideais e posturas que estão presentes, quer seja no imaginário popular, onde pretos e brancos são tratados de forma desigual pela e na sociedade, ou no impacto real das relações étnico-raciais na saúde, onde a diversidade existente entre os diferentes sujeitos é tida como uma questão central da igualdade e por fim, sustenta equivocadamente a idéia de que "somos todos iguais".

Analisar estas questões no eixo equidade em saúde para atenção a saúde integral da população negra significou ao longo dos anos, constatar por meio de pesquisas e outras intervenções das entidades e redes negras que, na medida em que o tratamento ofertado a população no bojo da sociedade atual é pautado pela lógica do racismo, as desigualdades vão se alastrando e por fim, geram doenças de todos os tipos e não necessariamente, respostas eficazes para as desigualdades colocadas também no universo do tratamento e da mortalidade. Foi, portanto, fundamental entender que o enfrentamento a epidemia deu-se de forma singular, sobretudo porque as respostas locais e nos diversos movimentos sociais, diferenciam-se. Estas devem, portanto, considerar que também no âmbito da sociedade civil, fio condutor desta resposta tida como modelo, também está posto o desafio das interfaces entre aids e racismo, o que mudaria consideravelmente a resposta aplicada.

Assim, é importante lembrar que os passos dados em resposta à epidemia, também se deram desconectados do debate sobre a promoção da equidade em saúde, até que surgiram os dados coletados a partir do quesito raça/cor e os primeiros registros e análises sobre o tema na literatura. Com isto, é fundamental entender a complexidade do processo de trabalho e buscar saber quem é o paciente que estamos atendendo, o que ele traz consigo em sua bagagem, quais os elementos que ele traz em sua história que pode ser compreendido como um alimento ou símbolo de conforto diante da problemática do qual é parte.

É essencial o diálogo, a escuta qualificada e a revisão das práticas, inclusive no que tange o aconselhamento, mas este processo não pode se dar a partir "de mim" quando

direcionado para o outro, pois o outro tem que ser parte deste processo e visto como um sujeito de fato e de direito.

Se a transversalidade aparece no processo histórico como uma das melhores estratégias de gestão, é também no universo das interfaces que encontraremos inúmeras das possibilidades de cooperação mútua, logo alcançar aos Oito Objetivos do Milênio, por exemplo, principalmente no que tange a promoção da saúde, combatendo a aids, a malária e outras moléstias, implica em gerar oportunidades de construção conjunta de diagnóstico situacional e planejamento estratégico, assim envolvendo os diferentes atores políticos com interesse no tema e, mais do que isto, monitorar coletivamente os passos pactuados e os resultados obtidos com o processo de trabalho, que por sua vez, deve pautar-se em valores e princípios "que em muitas vezes não são os meus, mas são o da população que se quer alcançar com as ações pactuadas no terreno das articulações para a atenção a saúde.

A Conferência de Durban contra o racismo, tal como seu plano de ação, cuja avaliação deu-se recentemente "convida os Estados, as organizações governamentais e não governamentais, as instituições acadêmicas e o setor privado a aperfeiçoarem os conceitos e métodos de coleta e análise de dados; a promoverem pesquisas, intercâmbio de experiências bem sucedidas e a desenvolverem atividades promocionais nesta área; a desenvolverem indicadores de progresso e de participação de indivíduos e dos grupos em sociedade que estão sujeitos ao racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata(…)". Tal resolução ainda que não expresse e, vai falar disto mais na frente em seu texto primeiro, se aplica também no terreno do direito a saúde e, por conseguinte nos aspectos mais diversificados da assistência e da melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com AIDS e nesse ínterim, as condições de vida das pessoas de cor preta, parda, branca, amarela ou a população indígena.

Para a prevenção de doenças como as sexualmente transmissíveis, por exemplo, é fundamental o debate sobre novas tecnologias e inovação em saúde e nesse cenário, não se pode ignorar a diversidade e as adversidades que existem no cotidiano da sociedade.

O desafio que está posto é a resposta institucional às demandas apresentadas até aqui, frente à dificuldade das pessoas e instituições compreenderem que a discriminação, o pré-conceito racial e o racismo institucional agregam perdas significativas na prevenção e na assistência, fator este, que diferencia-se nos territórios e na análise das vulnerabilidades. Sendo assim, é urgente a releitura da sinergia gerada pela idéia de que somos todos iguais e, que a universalidade dá conta do serviço prestado à população, em toda a sua diversidade.

É urgente a ampliação do debate sobre saúde da população negra, considerando as iniquidades colocadas no cenário do direito e da promoção da saúde, envolvendo cada vez mais os experts, lideranças e profissionais de outras áreas, com vistas para o impacto das desigualdades nas condições de vida, o que ampliaria o leque de possibilidades em

prevenção e também, na assistência aos sujeitos, que como diria Rui Barbosa são iguais "porém diferentes".

II - O que dizem os dados epidemiológicos?

Os boletins epidemiológicos de DST/Aids tanto o nacional como o estadual apresentam dados com o recorte étnico racial, porém é necessário analisá-los para entendermos o problema e para definir e monitorar as ações de prevenção e assistência, buscando construir indicadores que permitam acompanhar o impacto do racismo nas questões étnico raciais. O boletim epidemiológico do Estado de SP tem informações muito interessantes sobre gênero, escolaridade, faixa etária e raça cor, por exemplo, em relação a gestantes infectadas com HIV e distribuição dos usuários de CTA de 2005 a 2012, mas essas informações não estão cruzadas e apresentam apenas o número de casos e a proporção pelo total, de casos.

O que precisamos saber para poder identificar o problema e agir sobre ele?

Por exemplo, a distribuição dos usuários de CTA proporcional à população por raça/cor, fazendo cruzamentos com gênero, escolaridade e faixa etária. Trabalhar com cruzamento de raça/cor com escolaridade pode ser muito interessante. Um estudo realizado pela SVS[5] mostrou que quanto maior a escolaridade maior a taxa de homicídio em jovens negros, o que põem por terra a teoria de que a causa das diferenças entre as taxas de mortalidade são condições sócio econômicas, será que o mesmo acontece com Aids, sífilis... será? Ou talvez acabemos por descobrir que a escolaridade não faz diferença, afinal, pode haver diferenças por raça/cor com pessoas de mesma escolaridade.

Outro exemplo: o estudo da taxa de incidência de gestantes com sífilis por raça/cor e faixa etária, assim podemos saber se há diferenças significativas por razões relacionadas à cor e como essas diferenças se comportam em relação a gestação na adolescência.

Algumas informações apresentadas pela Vigilância Epidemiológica do Programa Estadual de DST/Aids no Fórum de Gestores de DST/Aids de 2012 podem nos servir como exemplo sobre a dimensão do problema: a taxa média de incidência de Aids é maior em pretos e pardos e a maior diferença é entre as mulheres, o número de casos de Aids tem aumentado assustadoramente entre as mulheres negras, com picos em 2007 e 2011, conforme mostram as figuras 1 e 2:

5 SOARES FILHO, Adauto. O recorte Etnico Racial nos Sistemas de Informação em Saúde no Brasil potencialidades para a tomada de decisão.

Figura 1 **Fonte:** Apresentação fórum de gestores DST/Aids-SP Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/AIDS.

CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO

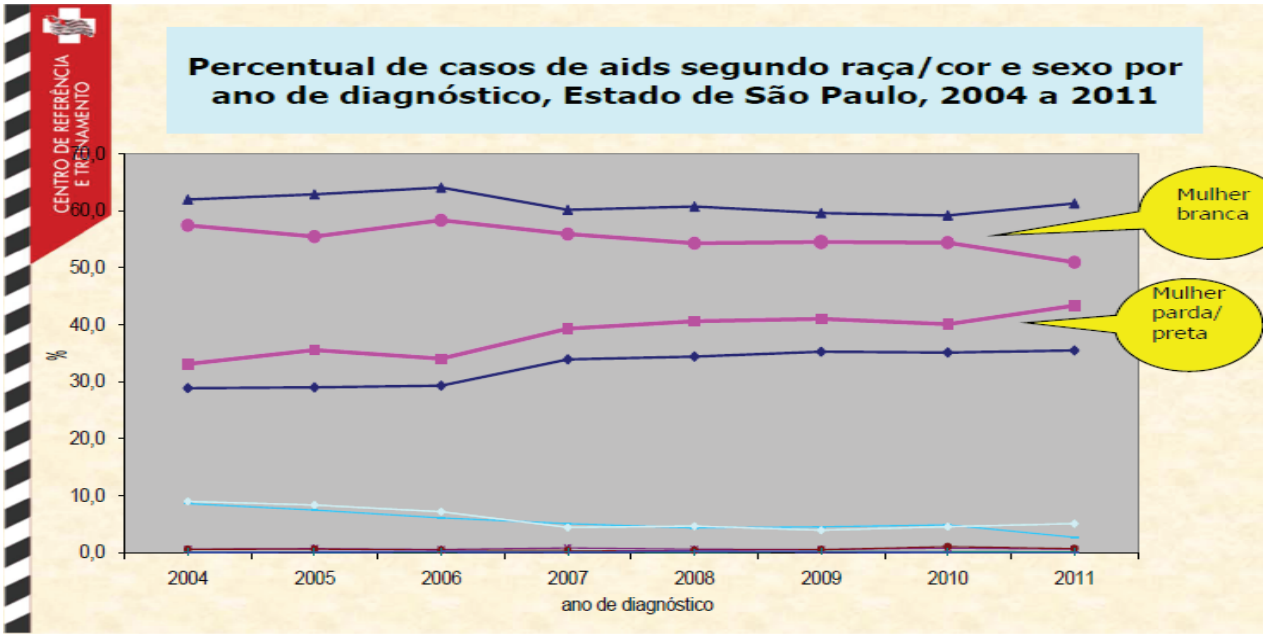
Número médio de casos e taxas médias de incidência de Aids, por sexo, segundo **raça/cor**, Estado de São Paulo 2003-2005

Raça/cor		sexo masculino	sexo feminino	Total
	nº médio casos	2.943	1.596	4.539
Branca	Taxa média de Incidência(1)	22,0	11,1	16,4
	nº médio casos	1.297	853	2.150
Preto+pardo	Taxa média de Incidência(1)	23,0	15,5	18,7
	nº médio casos	29	14	43
Amarela	Taxa média de Incidência(1)	14,8	6,4	10,3
	média anual ESP(3)	4.685	2.731	7.417
Total	Taxa média de incidência(1)	24,3	13,6	18,9

(1) Por 100 mil habitantes-ano.
(3) incluindo ignorados e indígenas.

Fonte: Base Integrada Paulista de Aids-BIP-Aids.

Figura 2 Fonte: Apresentação fórum de gestores DST/Aids-SP Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/AIDS.



No município de São Paulo a taxa de mortalidade por Aids em pretos é praticamente o dobro do que em brancos, como mostra a figura 3

Figura 3 Fonte - Boletim epidemiológico de DST/Aids do município de São Paulo - 2012

Tabela 23. Óbitos por aids e taxa de mortalidade (TM)**, segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2010*.

Raça/Cor	Óbitos por aids	TM
Branca	472	6,9
Preta	97	13,2
Amarela	5	2,02
Parda	265	7,72
Indígena	-	-
Não informado	82	..
Total	**921**	**8,2**

Fonte: SINAN - CCD/COVISA e Fundação SEADE (estimativa populacional)
* Dados preliminares até 30/06/2012, sujeitos a revisão
**Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes-ano.

É compreensível que haja dificuldades em trabalhar com a variável raça/cor, se pensarmos que tradicionalmente a saúde trabalha com a variável sexo, mas ainda não trabalha com gênero... se ainda enfrentamos dificuldades em entender como as desigualdades de gênero impactam a saúde que dirá entender sobre racismo!

Um passo importante já foi dado, temos as informações, os dados estão lá nos bancos, agora precisamos nos debruçar em analisá-las e fazer perguntas:

Por que a taxa de mortalidade por Aids é maior em pretos do que pardos e brancos?

Como se comportam em relação as mulheres as diferenças entre taxas de mortalidade considerando raça/cor e escolaridade?

As condições econômicas explicam os diferenciais de mortalidade e incidência?

Como se comportam as taxas de sífilis por raça/cor e faixa etária?

Como desenvolver ações de prevenção sem considerar esses aspectos?

III - O que diz a legislação

Apesar de termos um arsenal de leis que tratam do assunto ainda temos que comprovar diariamente que existe racismo, particularmente no que tange a área da saúde. A compreensão das pessoas, o censo comum diz que não existe racismo na saúde e que todos devem e são tratados iguais. O tratamento supostamente igualitário por si só revela

o racismo, pois desconsidera as diferenças do pertencimento étnico-racial e coloca todos os grupos sociais no mesmo pacote de ações e intervenções de saúde.

No entanto alguns avanços ocorreram nos últimos anos e a compreensão sobre a pertinência em se lidar com essas questões na saúde cada vez se torna mais visível. Em relação as IST/Aids é importante lembrar que historicamente o programa para enfrentamento da Aids teve que lidar com preconceitos e discriminação em relação aos portadores do HIV. Vale a pena revisitar a Política Nacional de DST/Aids de 1999, tendo por perspectiva os conceitos de prevenção e promoção da saúde. Segundo o documento que traça as diretrizes da política, as ações de promoção e prevenção em IST/Aids têm como referencial teórico à noção do processo saúde e doença como resultado de determinantes sociais, culturais, econômicos, comportamentais, epidemiológicos, demográficos e biológicos. *A operacionalização desses conceitos pressupõe entender que: a epidemia não atinge de maneira uniforme toda a população, e sua distribuição é distinta nos diferentes grupos e regiões do país, apresentando, inclusive, diferenças significativas em uma mesma região, tanto nos aspectos sociais quanto nas vias de transmissão* (Política Nacional de DST/AIDS, 1999, pg.14). Essa percepção não incluía a questão racial, pois se dizia que o vírus não escolhe cor nem situação social, atingindo a todos igualmente, no entanto os dados de mortalidade mostram que não é bem assim.

Revisitando o texto dessa política vamos destacar alguns itens e conectá-los as questões do racismo nas entrelinhas:

- *os grupos devem ser considerados segundo critérios de vulnerabilidade e risco (a população negra, as mulheres, pessoas em situação de pobreza...tem vulnerabilidade e risco diferenciado?);*
- *a participação e a mobilização dos grupos sociais são de fundamental importância para mudança de práticas, atitudes e comportamentos,* o que pressupõem escuta aos diferentes grupos;
- *as ações devem ser dirigidas aos indivíduos, aos grupos específicos e à população em geral, considerando-se os aspectos relacionados à situação de risco e vulnerabilidade (aqui se referem a grupos específicos, provavelmente pensando nos tradicionais, profissionais do sexo, HSH, usuários de droga...* (Política Nacional de DST/AIDS, 1999, pg.14) e, se acrescermos a esses grupos também a dimensão étnico racial?).

O trecho a seguir é primoroso:*"Dessa forma, este componente específico enfatiza a qualidade de vida como condição mínima necessária para que o indivíduo possa ser sujeito de sua cidadania. Tendo em vista essa prioridade, a promoção à saúde resgata o pragmatismo das dimensões sociais, político institucionais e comportamentais, oferecendo elementos para a avaliação objetiva das diferentes situações dos indivíduos em face da epidemia de Aids. Promover a saúde é parte integrante e substantiva de todo o processo de desenvolvimento econômico e social com equidade, e isso representa um desafio para todos aqueles que hoje se encontram na frente de luta contra a Aids. Portanto, a promoção à saúde constitui o alicerce para se alcançar à melhoria da qualidade de vida,*

da cidadania plena, da participação e do controle social sobre as ações do Estado. Nesse aspecto, algumas condições são essenciais para a garantia da promoção à saúde...” . (Política Nacional de DST/AIDS, 1999, pg.14).

As diretrizes enfatizam a promoção de atitudes de solidariedade, não preconceito e não discriminação em relação às pessoas portadoras de HIV/Aids, se igualmente acrescentarmos... em relação a cor da pele... enfatiza também a garantia dos direitos individuais e acesso a rede de saúde... Enfim nada temos a corrigir no texto da Política Nacional de DST/Aids de 1999 além de acrescentar a ele um olhar sobre as questões étnico-raciais.

Analisaremos aqui alguns pontos da Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS (portaria GM 687/2006), das Redes de Atenção a Saúde – RAS (portaria GM 4.279/2010), e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN (portaria GM 922/2009) que agora é lei[6] (Estatuto da Igualdade Racial lei 12.288/2010).

QUADRO 1 – Proximidades das Diretrizes Ministeriais.

PNSIPN – POPULAÇÃO NEGRA	PNPS – PROMOÇÃO DA SAÚDE	RAS – REDES DE ATENÇÃO
Marca Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde. Objetivos específicos I – Garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, em particular nas regiões periféricas dos grandes centros, às ações e aos serviços de saúde;	**Objetivo específico** I – Incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica; II – Ampliar a autonomia e a corresponsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, entre outras);	**Fundamentos da rede de atenção à saúde** Qualidade - um dos objetivos fundamentais do sistema de atenção á saúde e da RAS é a qualidade na prestação de serviços de saúde. A qualidade na atenção em saúde pode ser melhor compreendida com o conceito de graus de excelência do cuidado que pressupõe avanços e retrocessos nas seis dimensões, a saber: segurança (reconhecer e evitar situações que

6 Artigo 6° parágrafo 1 e 2 e Artigo 7o O conjunto de ações de saúde voltadas à população negra constitui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, organizada de acordo com suas diretrizes

II – Garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde; III – Incluir o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social; IV – Identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência, incluindo assédio moral, no ambiente de trabalho; V – Aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS; VI – Melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados desagregados	III– Promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores de saúde, tanto das atividades meio, como os das atividades-fim; IV – Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde; V – Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/ contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde; VI – Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde; VII – Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis VIII – Contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de	podem gerar danos enquanto se tenta prevenir, diagnosticar e tratar); efetividade (utilizar-se do conhecimento para implementar ações que fazem a diferença, que produzem benefícios claros aos usuários); centralidade na pessoa (usuários devem ser respeitados nos seus valores e expectativas, e serem envolvidos e pró-ativos no cuidado à saúde); pontualidade (cuidado no tempo certo, buscando evitar atrasos potencialmente danosos); eficiência (evitar desperdício ou ações desnecessárias e não efetivas), e equidade (características pessoais, como local de residência, escolaridade, poder aquisitivo, dentre outras, não devem resultar em desigualdades no cuidado à saúde). Suficiência - significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população e inclui cuidados primários, secundários, terciários,

por raça, cor e etnia; VII – Identificar as necessidades de saúde da população negra do campo e da floresta e das áreas urbanas e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades; VIII – Definir e pactuar, junto às três esferas de governo, indicadores e metas para a promoção da equidade étnico-racial na saúde; IX – Monitorar e avaliar os indicadores e as metas pactuados para a promoção da saúde da população negra visando reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, estaduais e municipais; X – Incluir as demandas específicas da população negra nos processos de regulação do sistema de saúde suplementar; XI – Monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando à garantia dos princípios antirracistas e não discriminatório; XII – Fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra.	espaços urbanos e rurais; IX – Ampliar os processos de integração baseados na cooperação, solidariedade e gestão democrática; X – Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde; XI – Estimular a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz no País; e XII – Valorizar e ampliar a cooperação do setor Saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou o fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade.	reabilitação, preventivos e paliativos, realizados com qualidade. Acesso - ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado. Deverão ser estabelecidas alternativas específicas na relação entre acesso, escala, escopo, qualidade e custo, para garantir o acesso, nas situações de populações dispersas de baixa densidade populacional, com baixíssima oferta de serviços. O acesso pode ser analisado através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários:

Ao confrontarmos a Política Nacional de DST/Aids com os objetivos da Política de Promoção da saúde e os fundamentos das Redes de Atenção a Saúde podemos perceber a total sintonia com os objetivos da PNSIPN. Portanto a PNSIPN é uma política universal, representa um roteiro para se viabilizar a equidade no SUS, é uma garantia de qualidade da saúde para o conjunto da população, mas não conectada às mudanças de práticas, de contexto e processo e trabalho in lócus.

IV - Existe racismo institucional no SUS?

O racismo institucional é definido como *o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas por causa de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Suas manifestações podem ser identificadas por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho, resultantes da ignorância, da falta de atenção, preconceitos ou estereótipos racistas. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pela ação do Estado, de suas instituições e organizações* (ONU – PNUD – pg9, 2014).

O racismo se manifesta através de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho. Existem duas dimensões e manifestações do racismo institucional, a programática que se refere a situações relacionadas à gestão das ações de saúde e a dimensão interpessoal que enfoca as relações entre pessoas, trabalhador(a) X usuário(a) ou trabalhador(a) x trabalhador(a). A questão dos trabalhadores(as) envolve também a relação com as chefias.

Alguns exemplos de situações que identificam a existência de Racismo Institucional:

Dimensão programática:

- falta de investimentos em ações e programas específicos de identificação de práticas discriminatórias;
- dificuldade na adoção de mecanismos e estratégias de não discriminação, combate e prevenção do racismo, sexismo e intolerâncias.
- falta de investimentos na formação de profissionais;
- dificuldade em priorizar e implementar mecanismos e estratégias de redução das disparidades e promoção da equidade.
- ausência do recorte étnico/racial na produção de informações;
- ausência da população negra nos materiais promocionais

Dimensão das relações interpessoais:

- negligência no atendimento profissional (não olhar, não tocar, oferecer menor número de consultas);
- utilização de expressões depreciativas em relação ao usuário(a) ou trabalhador(a) negro(a);

- atendimento diferenciado a usuários negros e brancos;
- dificuldades em aceitar ser chefiado por profissionais negros.

Identificar a forma como o racismo institucional se manifesta na sua realidade, no seu local de trabalho, nas unidades de saúde e na gestão dos serviços é fundamental para se poder ter um plano de ação e de enfrentamento. Para tanto propomos que se faça um levantamento entre os trabalhadores e gerentes dos serviços e da própria Secretaria de Saúde perguntando se já presenciaram, vivenciaram ou ouviram falar em alguma situação de racismo, preconceito ou maus tratos. As respostas podem ser agrupadas conforme sugestão do quadro 2. Deve-se garantir uma postura ética ao fazer esse levantamento, garantindo sigilo e segurança para os que se proporem a participar. Falar sobre experiências relacionadas ao racismo pode provocar incômodo e causar sofrimento, no entanto o silencio sobre essas experiências fazem com que elas se perpetuem, pois referendam a ideia de que não existe racismo e que vivemos numa democracia racial.

Quadro 2: para identificação do Racismo Institucional[7]

Dimensão Político Programática	Na dimensão interpessoal			
	Gestor(a) Trabalhador(a)	Trabalhador(a) e Trabalhador(a)	Trabalhador(a) e usuário(a)	Usuário(a) e Trabalhador(a)

V - ...e agora, o que fazer? por onde começar?

A PNSIPN prevê uma série de ações desde 2009 no primeiro Plano Operativo e atualmente já foi pactuado o II Plano operativo que em breve será divulgado. Cada município deve elaborar e pactuar seu próprio plano de ação para enfrentamento das desigualdades de gênero e raça. Antes de pensar em qualquer plano é importante que se faça um diagnóstico situacional, um retrato simples, porém efetivo para guiar os primeiros passos. Propomos três fases para esse diagnóstico:

1. Um mapeamento inicial que guiará os passos a seguir e auxiliará na definição das prioridades.
2. Um diagnóstico epidemiológico do município com analise do quesito cor e com dados demográficos, sociais e econômicos. Caso não seja possível por falta de dados no âmbito do município, ao menos uma análise regional que pode ser feita através dos dados estaduais.
3. A identificação da existência do Racismo Institucional.

Para o mapeamento sugerimos o seguinte roteiro[8]:

7 Esse quadro foi elaborado pelo Instituto AMMA psique e negritude que realizaram as oficinas de Identificação e Abordagem do Racismo Institucional em diversos estados.

8 Essas questões foram baseadas no roteiro utilizado no projeto "Participação e Controle Social de Políticas Públicas de

MAPEAMENTO

1. Que instâncias e/ou mecanismos (área técnica, comitês, comissões, programas, reuniões, encontros sistemáticos, e outros) existem no município sobre saúde da população negra?
2. Os formulários utilizados na saúde já contém o quesito cor?
3. Caso seja coletado o quesito cor, está sendo feito da forma correta, utilizando o critério do IBGE1?
4. Existe o programa implantado sobre a Doença Falciforme no município?
5. Caso não exista o programa completo, existe alguém responsável por encaminhar as demandas referentes à Doença Falciforme?
6. A equipe responsável pela Saúde Mental no município trabalha com a questão étnico-racial? Se sim quais as ações que desenvolve?
7. As organizações dos movimentos negros participam do Conselho Municipal de saúde? Se sim, Quais são elas?
8. Considerando os maiores índices de mortalidade por AIDS e as ações desenvolvidas até dado momento, o município tem alguma ação de prevenção em DST/AIDS voltada, especificamente, para a população negra?
9. Tem orçamento/fundos voltados para a questão da saúde da população negra?
10. Existem programas de combate ao racismo institucional?
11. O município e/ou as universidades parceiras fazem algum tipo de investimento em pesquisa sobre saúde da população negra?
12. Quais as ações de prevenção e promoção da saúde que são realizadas pelo município podem impactar e atender as necessidades da população negra?
13. Existem ações interinstitucionais e afirmativas desenvolvidas pelo município?
14. Quais têm sido as iniciativas da sociedade no que dizem respeito à promoção da saúde da população negra?

Após a realização do mapeamento do diagnóstico epidemiológico e da identificação do racismo institucional pode-se partir para o plano indicando quais as prioridades a serem definidas, tendo como orientação os objetivos e diretrizes da PNSIPN:

Destacamos as diretrizes:

Saúde pela População Negra" executado em 2006 pela ONG CRIOLA, em parceria com a SGEP/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde via Fundo Nacional de Saúde.

DIRETRIZES DA PNSIPN

1. Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde;
2. Ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde;
3. Incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;
4. Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas;
5. Implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo;
6. Desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades.

Ao desenhar o plano de ação é vital estabelecer indicadores de monitoramento, bem como metas pactuadas com todos os envolvidos. O plano deve ser construído com participação das áreas técnicas do Município e com o CMS. Por essa razão é fundamental partir de um diagnóstico que contenha uma análise epidemiológica, o levantamento sobre Racismo Institucional e o mapeamento.

VI - Conclusão

Depois de elaborado todo o arcabouço e publicizados todos os processos que são destinados ao tema, as ações ainda precisam ser justificadas no cotidiano do trabalho, o que consideramos um entrave, visto que a demanda é real, urgente e negligenciada. Ao par e ao passo, ainda é preciso comprovar diariamente que existe racismo, inclusive nas ações de saúde, que vão da oferta de serviços até a sua má execução. A lógica que domina os espaços interage continuadamente com a compreensão que as pessoas têm, de que aquele é um espaço universal e qualquer medida tem impacto direto na vida das pessoas, o que não é verdade. Se para o censo comum não existe racismo na saúde e que todos devem e são tratados iguais, é fundamental verificar as condições de saúde daqueles que chegam ao sistema e, analisar as condições em que estão os que nele trabalham. Não se trata de ações para a promoção da igualdade racial, mas sim para a promoção da equidade, pois as diferenças são epidemiologicamente diferentes.

O tratamento igualitário por si só, mantém as estruturas como elas são, ofertando o que elas já oferecem e da forma como elas oferecem e, como já vimos neste artigo, desconsidera as diferenças do pertencimento étnico-racial e coloca todos os grupos sociais no mesmo pacote de ações e intervenções de saúde.

Para além de oferecer novas tecnologias em prevenção às IST/AIDS é fundamental estudo das tecnologias e inovações em saúde a partir desse cenário, visto que não se pode ignorar as diferenças acentuadas no processo de trabalho em saúde, que é claro, são parte de um contexto muito maior, que atravessa o cotidiano da sociedade.

Assim, é preciso encarar o principal dos desafios: a organização da resposta institucional às demandas, em resposta à vulnerabilidade programática, para ai sim, encararmos as dificuldade das pessoas e instituições de forma que estas, possam compreender que a discriminação, o pré-conceito racial e o racismo institucional agregam perdas significativas na prevenção e na assistência, fator este, que diferencia-se nos territórios, nas categorias de gênero, nos aspectos socioeconômicos e nos demais campos e bancos de dados que podem ser conectados para uma perfeita análise das vulnerabilidades. A releitura da sinergia destes fatores tem por fim muito a nos dizer, tal como a conexão das diferentes diretrizes e políticas federais.

É tardia a resposta conjunta para estas demandas e a releitura de sua organização técnica e política. A resposta que espera-se deste processo deve surgir de diferentes níveis e instâncias organizacionais, visto que também as Unidades de Saúde tem a sua linha de mando e seu gerenciamento, o que envolve inclusive, o diálogo sobre a sua própria realidade, entre os seus profissionais e nas demais redes de atenção à saúde, instaladas em âmbito local. Assim, o que nos resta é revisitar o processo de trabalho, de forma a reorganizá-lo para atender as reais demandas e necessidades em saúde que nos são apresentadas.

Referências Bibliográficas

- Boletim Epidemiológico do Município de SP 2012. Disponível em: http://www10.prefeitura.sp.gov.br/DSTaids/novo_site/images/fotos/boletim2012.pdf
- Boletim Epidemiológico do CRT, 2012. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-DSTaids-sp/publicacoes/boletim-epidemiologico-crt
- Combatendo o racismo promovendo o desenvolvimento, disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/onu.pdf
- IBGE nota técnica, disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/caracteristicas_raciais/notas_tecnicas.pdf
- LEI Nº 12.288, DE 20 DE JULHO DE 2010. Estatuto da Igualdade Racial, disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm
- MONTEIRO, Celso Ricardo. Religiões Afro-Brasileiras e Saúde da População Negra:

Subsídios para o Processo de Educação Permanente em Saúde no âmbito da Humanização. In Guia do Seminário – IV Seminário Paulista da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde/Humanização e Promoção da Saúde Espiritual, Física e Social. FOP/UNICAMP, 2008.

- OLIVEIRA, Fátima. **Saúde da População Negra**. Brasil – Ano 2001. Brasília – OPAS,2002.
- PARKER, Richard. "Introdução." In: Parker, Richar. (org) Políticas, Instituições e Aids. **Enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Zahar/ABIA, 1997.
- ONU, PNUD, Combatendo o racismo, promovendo o Desenvolvimento, disponível em http://www.unfpa.org.br/Arquivos/onu.pdf acesso em 17/03/2014.
- Política Nacional de DST/AIDS, princípios, diretrizes e estratégias, 1999, disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127698.pdf
- Política Nacional de Promoção da Saúde, disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf
- Política Nacional de saúde Integral da População Negra, disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf
- Redes de Atenção a Saúde, PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010, disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
- SOARES FILHO, Adauto. **O recorte Étnico Racial nos Sistemas de Informação em Saúde no Brasil potencialidades para a tomada de decisão**, in BATISTA, L. E., WERNECK, J. LOPES, F. Saúde da População Negra**,** 2011, cap. 2 pg. 34. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/populacao_negra.pdf
- TAYRA, Angela, **Apresentação fórum de gestores DST/Aids-SP Vigilância Epidemiológica,** disponível em http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/forum2012/Boletim_epidemiologico.pdf

O conceito de vulnerabilidade e as questões étnico-raciais: ações propostas

> *No caso da população negra, o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento coloca o negro brasileiro em condições de vulnerabilidade. Além da inserção social desqualificada/desvalorizada (vulnerabilidade social) e da invisibilidade de suas necessidades específicas nas ações e programas de assistência e prevenção (vulnerabilidade programática), homens e mulheres negros vivem em um constante estado defensivo. Esse efeito cumulativo de desvantagens individuais, sociais e políticas pode provocar comportamentos inadequados, doenças psíquicas e psicossociais, além das doenças físicas (vulnerabilidade individual). (Pinho et al., 2002, p. 278)" (1)*

Em sua tese de doutorado, Batista[2] ao estudar os coeficientes de mortalidade de homens e mulheres no estado de São Paulo, no ano de 1996, segundo sua raça/cor, destacou a discrepância dos coeficientes de mortalidade por AIDS, muito maior nos homens pretos (25,92 por 100.000 habitantes) do que nos homens brancos (14,44/100 mil). Essa diferença se mostrou ainda maior nas mulheres pretas, que apresentaram um coeficiente de mortalidade 11,39/100 mil, mais do que o dobro do mesmo indicador para as mulheres brancas, que foi 4,92/100 mil.

Ao longo dos anos, dados da Vigilância Epidemiológica de AIDS do estado de São Paulo e da Fundação SEADE reiteraram o maior risco da população negra (preta+parda), tanto para adoecer, quanto para morrer de AIDS. Esse risco se acentua quando se estuda separadamente o segmento populacional de pretos e mais ainda quando se realiza a análise por sexo, sendo as mulheres pretas as que apresentam piores coeficientes de incidência e mortalidade de AIDS entre todos os segmentos populacionais[3].

Estudos realizados na cidade de Recife[4] também evidenciam a maior proporção de óbitos das mulheres negras com relação às brancas, em todas as faixas etárias, observando uma maior concentração de óbitos nas negras em idades precoces, sendo que na faixa etária de 20 a 29 anos as causas maternas, externas e por AIDS ocuparam posição de destaque.

Nesse estudo, assim como em muitos outros, as desigualdades raciais são evidenciadas pelos maiores coeficientes de mortalidade da população negra por todas as causas externas, acidentes, suicídios e homicídios e as autoras destacam que apesar da mortalidade por causa externa ser maior entre os homens negros, vem aumentando a proporção de homicídios das mulheres brasileiras, novamente com destaque para as mulheres negras.

É importante ressaltar que a violência, tanto sexual quanto doméstica, está hoje relacionada a uma maior prevalência da infecção pelo HIV(5) . Assim, o combate a essas

formas de violência passa a fazer parte do escopo das ações de prevenção às DST/HIV/Aids. Novamente, no tocante a violência, destacam-se maiores proporções de casos entre as mulheres negras.

É fundamental que os profissionais de saúde possam reconhecer as questões de gênero e raça/cor como fatores determinantes de doenças e da transmissão do HIV/AIDS, para de alguma forma trabalhar os fatores que vulnerabilizam essa população sem, entretanto, discriminá-la.

Diante da complexidade do assunto, é difícil definir estratégias pragmáticas para diminuir a vulnerabilidade da população negra as DST/HIV/AIDS, entretanto é possível recomendar **ações e estratégias para diminuição do racismo institucional e para implementação da prevenção e assistência considerando a questão étnico-racial:**

- Promover seminários/oficinas/encontros com as ONGs que trabalham com população negra e ONGS Aids, para discutir a epidemia de HIV/AIDS entre homens e mulheres negras, publicizando para essas ONGs os dados epidemiológicos disponíveis por raça/cor que demonstram a maior vulnerabilidade dessa população à infecção pelo HIV e à morte por AIDS. O objetivo é sensibilizar e trabalhar em conjunto com o movimento negro e com o movimento de Aids para que essas discussões sejam levadas às comunidades e passem a ser percebidas como importantes para os protagonistas desse cenário epidemiológico.
- Buscar novas formas de comunicação com os jovens negros como p.ex. parceria com youtubers famosos para levar essa discussão.
- Propor a realização de trabalhos de prevenção às DST/AIDS dirigidos a determinados grupos como jovens gays ou HSH pardos e pretos, mulheres pretas e jovens e outras parcelas particularmente vulneráveis da população negra.
- Elaborar material informativo junto aos setores de Vigilância Epidemiológica e Prevenção sobre dados de raça/cor. Divulgar os dados elaborados para os diversos serviços e profissionais.
- Criar ou oportunizar espaços para discussão das questões étnico-raciais locais e regionais nos diversos encontros/eventos da saúde e da educação e demais espaços de aproximação com a população mais jovem.
- Elaborar material informativo – folder/ cartaz/ aplicativos, com conteúdo específico sobre a questão étnico racial e o racismo institucional com dois diferentes enfoques, buscando sensibilizar a população e os profissionais de saúde.
- Capacitar os profissionais dos serviços de saúde para preencher e monitorar o quesito raça/cor , em eventos presenciais ou ensino a distância (EAD). Sensibilizando-as para a importância deste quesito e para aprender a reconhecer e lidar com o racismo institucional.
- Envolver os diversos serviços de saúde nessa discussão, particularmente a Rede

de Atenção Básica, porta de entrada para a população e onde é realizado o pré-natal, serviço onde acessam muitas jovens negras. Estimular a realização de testes anti-HIV em vários momentos na AB, aumentando a possibilidade de diagnóstico precoce e encaminhamento adequado dos portadores de HIV identificados.

- Nos SAEs, implementar a linha de cuidado. Especial atenção à coinfecção HIV/Tuberculose dada à suscetibilidade da população negra a essa infecção e desenvolver propostas voltadas para ampliar a indicação de quimioprofilaxia para infecção latente de Tb, ampliação da oferta de TARV, vinculação e , retenção de pretos e pardos aos serviços, com vistas à diminuição da mortalidade.

Enfim, do ponto de vista da tecnologia médica, não há recursos específicas para a população negra, as propostas de prevenção e medicamentosas são iguais para todos os segmentos étnico-raciais da população. Entretanto, diante dos dados que demonstram, irrefutavelmente, a maior vulnerabilidade da população negra ao HIV/AIDS há que se ter um especial cuidado com esse segmento populacional.

Referências Bibliográficas:

1. Pinho, M.D. *et al. Juventudes, raça e vulnerabilidades.* Revista Brasileira de Estudos de População, v.19, n.2, jul./dez. 2002
2. Batista, LE. *Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte.* Tese de Doutorado, Araraquara, Faculdade de Ciências e Letras da UNESP, 2002.
3. Guibu, IO; Tayra, A; Carmo, MCP. Panorama da AIDS no estado de São Paulo. In: Dados para repensar a AIDS no Estado de São Paulo, resultados da parceria entre Programa Estadual de DST/AIDS e Fundação Seade, 2010.
4. Santos, SM; Guimarães, MJB, Araujo, TVB. *Desigualdades Raciais na Mortalidade de Mulheres Adultas no Recife, 2001 a 2003.* Saúde Soc. São Paulo, vol16, n2, p.87-102, 2007.
5. WHO. Violence against women and HIV/AIDS: critical intersections: intimate partner violence and HIV/AIDS. Disponível em *http://www.who.int/gender/violence/en/vawinformationbrief.pdf*. Acesso em 18/07/2008.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-99792-29-2
9 788599 792292

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-99792-31-5
9 788599 792315