

Relatoria Seminário

Repensando a Prevenção

**24 DE
JUNHO
2021**

Relatoria Seminário Repensando a Prevenção

Introdução

Essa relatoria é fruto do seminário “Repensando a Prevenção”, promovido pela Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) e realizado no dia 24 de junho de 2021. O seminário faz parte de um conjunto de dois seminários previstos nas atividades do projeto “Combinando a Prevenção”, com o apoio do “Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis” do Ministério da Saúde (DCCI/MS). Em linhas gerais o seminário buscou refletir sobre a história de prevenção do HIV e da AIDS no Brasil, procurando compreender como está o campo hoje no país e os desafios para o futuro. Os palestrantes abordaram os últimos 40 anos das políticas de prevenção. Nesse esforço, foram pontuadas questões relativas aos movimentos sociais, as comunidades afetadas, as comunidades científicas e médicas, além das políticas implementadas desde o surgimento da epidemia até o presente. Também foi abordado os atuais entraves e dificuldades enfrentadas pelo distanciamento governamental e respectivo enfraquecimento das estruturas de saúde pública no Brasil. Seguem os principais argumentos e reflexões dos convidados e convidadas do seminário:

Abertura: Reflexões sobre a construção histórica da prevenção do HIV/AIDS

Richard Parker
Diretor-Presidente da ABIA

Bloco I – Link Youtube: <https://youtu.be/we8WnaohWkQ>

Parker inicia o evento dando boas-vindas e agradecendo a presença de todos e todas. Ele destacou a iniciativa da ABIA para fazer o seminário e repensar a prevenção, destacando o grupo de palestrantes e que esperava, em breve, se reunir presencialmente com todos e todas. Para Parker, o objetivo do dia seria um trabalho coletivo e sem a perspectiva de apresentações polidas, mas focado na criação de um espaço para a discussão de ideias sobre a prevenção e para pensar os desafios e caminhos para o futuro. O importante seria o papel coletivo na construção do conhecimento e no compartilhamento de ideias.

Em sua apresentação, Parker resgata as lições históricas obtidas através das práticas comunitárias e significados culturais que figuraram durante os primeiros 10 anos da epidemia e presentes, especialmente, entre as comunidades mais afetadas. Assim, ele destacou alguns pontos relacionados: as práticas comunitárias; os significados culturais; as intervenções comportamentais; os programas estruturais; e os métodos biomédicos. A expectativa era que ao longo do dia alguns desses pontos fossem debatidos pelos palestrantes.

Parker apresenta, de modo resumido, as 4 grandes fases históricas relacionadas à resposta da prevenção de HIV/AIDS no Brasil, desde seu começo até o presente. A primeira fase (1984-1992) teve início com a criação do Programa de AIDS de São Paulo e com as organizações das primeiras ONGs/AIDS, sendo o GAPA/SP a primeira em 1985. Esse período é marcado pela prevenção entre as comunidades afetadas, as primeiras campanhas governamentais (não muito eficazes), as iniciativas estratégicas das ONG/AIDS e termina com as campanhas que acabaram sendo identificadas como “terroristas” (explorando o medo e o pânico coletivo) e divulgadas durante o governo Collor, sendo um dos pontos baixos no enfrentamento da epidemia no país. Destaca-se nessa fase as duas abordagens que Parker entende por aquelas mais importantes da epidemia no mundo, que foram articuladas e não desenvolvidas pelos especialistas e técnicos, mas pelas comunidades mais afetadas: o conceito de sexo mais seguro e o conceito de redução de danos. Até hoje esses conceitos são utilizados pelas comunidades para orientar a prevenção do HIV. Houve também as primeiras campanhas de mídia, as primeiras iniciativas das ONG/AIDS (materiais), a criação do primeiro dia mundial de AIDS e encerrando esse período com as campanhas mal concebidas pelo governo (“se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar”).

A segunda fase (1992-2010), que durou quase duas décadas, foi o período de sucesso no desenvolvimento de programas de prevenção, tanto pelo Estado quanto pela sociedade civil,

com diversas iniciativas. Nessa fase houve o surgimento das estratégias governamentais mais efetivas, com ampla participação das ONGs/AIDS e outras organizações da sociedade civil. Esse período também foi marcado, no final dos anos 2000, pelo declínio gradual das abordagens estruturais e pelo começo das abordagens de prevenção biomédica, como, por exemplo, as campanhas de tratamento como prevenção que começaram a apagar a sexualidade como um tema fundamental para o enfrentamento do HIV.

Essa fase atravessou os governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC) e Lula, com uma continuidade importante. Na primeira metade dos anos 1990, aconteceram as primeiras intervenções em grande escala, com financiamentos razoáveis e com parcerias, além da tentativa de desenvolver um estilo brasileiro de se fazer intervenções (mobilizando comunidades) e com a integração das intervenções comportamentais para estruturais. A reestruturação do então Programa Nacional de AIDS no Ministério da Saúde proporcionou, após o governo FHC, um upgrade no final de 1990 e começo dos anos 2000 do trabalho a nível governamental, abarcando os princípios dos Direitos Humanos (DH) para pensar a prevenção. Assim, esse período pode ser conhecido como a “época de ouro” das intervenções de ONGs/AIDS e outras organizações da sociedade civil. Foi nesse bojo que houve a crítica dos chamados “grupos de risco” e houve uma mobilização de cientistas sociais e ativistas para o emprego do conceito da vulnerabilidade social, abrindo a possibilidade de mudanças estruturais para pensar a epidemia. Houve também um trabalho de inclusão no sistema educacional brasileiro de uma abordagem na prevenção (Projeto Educaids – desenvolvido por entidades da sociedade civil). No final da década de 1990 e começo dos anos 2000, surgiram trabalhos que ligavam a educação e o enfrentamento do estigma e da discriminação (questões estruturais). Contudo, entre 2007 e 2008, teve início uma transição para a prevenção biomédica, acarretando um declínio gradual de abordagens estruturais.

A terceira fase (2011-2018), teve início com uma crescente onda conservadora e com um período marcado por retrocessos e censuras de campanhas governamentais. A prevenção começa a ser contestada e houve a importação de modelos internacionais, com ênfase em abordagens biomédicas (Testar e Tratar, Tratamento como Prevenção etc.). As novas ideias de prevenção foram tratadas de forma simplória, havendo a perda da mobilização social e que havia sido tão forte no Brasil. No final dessa fase, houve a tentativa de retomada do protagonismo, de 2016 a 2018, com o resgate dos Congressos de Prevenção (por exemplo, a edição de 2017, realizada em Curitiba), sendo parcialmente bem-sucedida e focada na ideia de prevenção combinada.

Na última fase, de 2019 até o momento, não há clareza para onde está caminhando a epidemia. A prevenção do HIV está sendo integrada à estrutura do Estado, juntamente com outras questões crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Há também uma crise profunda na sociedade civil e no contexto político, com a falta de recursos e distinguindo-se de outras épocas, como os empréstimos do Banco Mundial para o governo

brasileiro estruturar o programa de AIDS na década 1990 e anos 2000, com um silêncio em torno da prevenção e sem a ousadia de outras épocas.

Parker aponta que os principais objetivos deste seminário, aqui relatado, seriam de gerar reflexão em torno de alguns aspectos da história da AIDS, sobretudo para o pensamento crítico e o compartilhamento de ideias para o futuro. Conclui indicando a apresentação do desenvolvimento de um *Policy Brief*, texto que apresenta de forma objetiva e resumida a análise e sugestões para a prevenção do HIV, sobre o que a ABIA entende por prioridades para avançar nesse campo no futuro e que será publicado no final do ano. A pergunta principal do dia foi: como chegamos até aqui?

Prevenção como uma prática comunitária

Veriano Terto
Vice-presidente da ABIA

O participante indicou que sua apresentação parte do que viveu dentro do movimento social de AIDS, ressaltando a sua primeira inserção no ativismo em questões sobre homossexualidade e AIDS desde 1980, quando ingressou no Grupo Somos Rio em 1980 e desde 1989 com participação na ABIA e no Grupo Pela Vidda/RJ. Terto trouxe reflexões de ações que tentaram politizar tanto a prevenção, quanto alguns temas que a AIDS levantava. Assim, como primeira experiência, cita o início da prevenção comunitária realizada por grupos gays de São Paulo e Bahia entre 1983/1984, quando ainda se estava descobrindo que a AIDS era causada pelo vírus HIV. Por já abordarem na época a prevenção de outras ISTs, por exemplo, esses grupos tiveram capacidade de perceber que o HIV era transmitido pelo sexo, enfrentando ainda a discriminação e o preconceito muito fortes naqueles anos, mas que também coincidiam com o período de abertura democrática do país. Assim, a AIDS era um problema clínico de saúde, mas também um problema político e que deveria ser enfrentado para além das políticas de identidades propostas a cabo pelos grupos identitários.

A partir das pessoas que militaram no começo nos primeiros grupos gays da década de 1980, surgiram as primeiras ONGs voltadas à prevenção de HIV/AIDS. Como exemplo, Terto citou o GAPA/SP (Grupo de Apoio à Prevenção da Aids), fundado em 1985 em parte composto por ex-militantes do Grupo Somos/SP. Citou também a ABIA, fundada oficialmente em 1987, que teve entre os seus fundadores pessoas de grupos gays, como o Grupo Atobá. Terto, que iniciou sua militância dentro do movimento gay no início dos anos 1980, se engajou no movimento de AIDS no final daquela década. Neste sentido, ele indicou a importância de ir além da política de identidade para a criação de uma movimentação política e intersetorial mais ampla para o enfrentamento da AIDS.

A partir da segunda metade dos anos 1980, começaram a surgir as primeiras ONGs/AIDS e que trouxeram uma articulação com setores e pessoas mais progressistas dentro do sistema de saúde. Como exemplo, Terto cita a Casa Brenda Lee e que tinha uma relação muito próxima com o nascente Programa Estadual de AIDS de São Paulo, destacando a importância da articulação de redes intersetoriais e interdisciplinares e que inauguraram uma política de solidariedade. Ele cita que o primeiro cartaz de prevenção do GAPA/SP foi criado em 1985 por Darcy Penteado, um renomado artista plástico engajado no então movimento homossexual da época. Em sua visão, toda esta articulação intersetorial ajudou a criar uma metodologia de prevenção baseada na solidariedade e em rede para o enfrentamento do HIV/AIDS.

O primeiro grande desafio dos anos 1980 foi abordar o tabu do sexo e a sexualidade; já o segundo, para Terto, foi a questão do sangue (transfusão e infecção do HIV por via sanguínea). Isso trouxe, novamente, uma grande movimentação entre as ONGs/AIDS e entidades médicas/científicas, como também a parceria com outras ONGs/associações de hemofílicos, mobilizando também a população brasileira que precisava de transfusão de sangue. No começo da epidemia de AIDS, não havia o controle do sangue pelo Estado, já que o sangue transfundido era comercializado. A denúncia desta situação politizou a doação e a transfusão de sangue no país, sendo debatida na Assembleia Constituinte entre 1987 e 1988. Terto lembrou do sociólogo Betinho, que dizia que a AIDS criminalizou a transfusão de sangue, pois este procedimento sem controle levava as pessoas à morte. O debate sobre o sangue levou a aprovação da Lei 7.649, de 1988, que versa sobre a obrigatoriedade da testagem de sangue coletado para HIV, Sífilis, Hepatite e Doença de Chagas, incentivando esse debate no Congresso Nacional e na sociedade como um todo. A partir dessa lei, a transmissão do HIV por via sanguínea começou a cair drasticamente e, por outro lado, reforçou-se a ideia de solidariedade, de participação social e da politização da prevenção.

Terto destacou ainda que, no final da década de 1980, houve a participação de lideranças religiosas no movimento de AIDS. Citou como exemplo a presença no primeiro Conselho de Curadores da ABIA, de representantes de diferentes religiões. Citou ainda a criação do ARCA (Apoio Religioso Contra AIDS - ISER), que procurava mobilizar religiões de diferentes matrizes para enfrentar a AIDS.

Nos anos 1990, houve ainda o surgimento dos programas de redução de danos, voltados para os usuários de drogas e construídos de modo horizontal, trazendo uma mobilização política dos próprios usuários de drogas para realizarem a prevenção e para criarem suas próprias ONGs e casas de apoio. Na mesma década, as religiões afro-brasileiras também começaram a trabalhar com a prevenção, valorizando aspectos culturais próprios, além de debaterem religião e tradição. Realizaram um esforço original contra o estigma, ao juntar diversas concepções sobre saúde e doença e mostrando o impacto das questões estruturais na vulnerabilidade ao HIV, como o racismo. No mesmo período, ainda no âmbito comunitário, também houve um contramovimento no campo da prevenção, chamado internacionalmente de *barebacking* e iniciado por setores das comunidades gays norte-americanas. Este movimento apontava para os limites da medicalização, criticava a perspectiva asséptica/higienizante da prevenção sobre os corpos homossexuais masculinos e trouxe para o debate público as questões relacionadas ao prazer, ao desejo e de como mantê-los na epidemia.

Em relação aos anos 2000, Terto apontou vários paradoxos. Por um lado, houve avanços tecnológicos e biomédicos (ampliando a prevenção), mas, por outro, houve uma despolitização, a persistência do estigma, o avanço de um modelo verticalizado, prescritivo, fragmentado (modelo biomédico) e atomizante da prevenção. A ideia de formar redes e de

politizar a prevenção se perdeu. A falta de recursos destinados às iniciativas comunitárias encolheu o movimento social de AIDS, havendo assim um empobrecimento intersetorial, interdisciplinar e com pouca participação comunitária, pouco diálogo com experts/especialistas e a ausência da comunidade nos debates sobre as novas tecnologias de prevenção. Ou seja, houve um distanciamento entre a ciência e a comunidade, sendo que as pessoas com HIV atualmente ainda são vistas como “perigosas” e como vetores de transmissão. Para ele, seria necessário retomar a solidariedade, a intersetorialidade e a interdisciplinaridade de forma ativa, resgatando o trabalho em rede.

A história da prevenção entre gays e outros HSH

Thiago Pinheiro
Pesquisador do Núcleo de Pesquisa em
Direitos Humanos e Saúde da População LGBT (NHUDES)
da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa (SP)

Pinheiro apresentou uma síntese do resgate da história da prevenção sexual do HIV direcionada aos gays e homens que fazem sexo com homens (HSH) no que tange as políticas públicas e os movimentos sociais. Seu objetivo foi abordar uma retrospectiva histórica com expectativa de investigar a possibilidade de um melhor resultado no controle da epidemia. Como poderia ter sido a prevenção para os grupos mais atingidos? A ênfase na população gay e HSH foi a escolha em função de terem sido pautados desde o começo da epidemia, mas que também permitiu pensar sobre o que foi feito em relação aos outros grupos.

A expectativa de um melhor resultado no decorrer da epidemia foi sustentada em três pontos. O primeiro seria a associação feita entre HIV e homossexualidade, seja na ideia estigmatizante de “grupos de risco”, de uma “peste gay”, além da ideia de uma epidemia concentrada, sendo os HSH um dos grupos mais impactados. Esse grupo sempre esteve presente na discussão da AIDS e nem sempre isso foi traduzido em ações direcionadas. O segundo ponto, seria a atuação de gays e grupos LGBTs com uma atuação fragmentada/hesitante em alguns momentos, mas que sempre tiveram envolvidos com o movimento de AIDS e com atenção direcionada à prevenção para os grupos mais atingidos (gays). Já o terceiro ponto seria identificar os recursos teóricos e técnicos ao longo da epidemia. Nos primeiros anos houve o desenvolvimento de um arcabouço da Reforma Sanitária no país, oferecendo uma perspectiva política e de direito à saúde. Houve também a perspectiva da vulnerabilidade com base nos DH e que trouxe uma dimensão multidimensional do HIV com a inclusão do estigma, da discriminação e da violência homofóbica como fatores que contribuem para o aumento da exposição ao HIV, como parte do trabalho preventivo.

Para Pinheiro, na configuração atual da epidemia ainda se pode ver a crescente participação dos HSH no perfil epidemiológico e com um agravamento das desigualdades internas, como nas questões regionais e nas questões relacionadas à cor de pele. Ao se fazer a análise das ações de prevenções ao longo do tempo houve a identificação de distintas dinâmicas, sendo que nas décadas de 1980 e 1990 houve a demora da resposta governamental e quando ela começa a ser feita, foi limitada a abordagem da prevenção entre gays e HSH. Isso foi visto nas campanhas do Ministério da Saúde e sem menção direta a esse grupo, como também faltou a abordagem do estigma, da discriminação e da violência homofóbica. As iniciativas de prevenção entre gays e HSH foram feitas, no primeiro momento, pelos ativistas e pelo trabalho comunitário. Nesse sentido, as ONGs acabaram, e ainda tem, um papel crucial na prevenção. Nesse período, houve a consultoria de ativistas em alguns

projetos governamentais e financiamento de ações que foram realizadas pelas ONGs/AIDS para grupos específicos.

Nos anos 2000 houve uma mudança de posicionamento governamental com o alinhamento de algumas pautas, como da saúde LGBT e luta contra a discriminação nos governos FHC e Lula. Nesse período também houve uma continuidade de trabalhos, com a reestruturação de políticas públicas e de política de AIDS no país, com tentativas de responder demandas do movimento social que identificava a epidemia concentrada e que chamava atenção para repensar a prevenção, em especial na comunidade LGBT.

Começam a serem feitas campanhas na grande mídia e direcionadas para gays, abordando tanto a prevenção para esse público, quanto o discurso contra a homofobia. Em contrapartida, nesse período já começa a surgir resistência por parte de movimentos conservadores em relação às campanhas. Houve a elaboração de políticas importantes, como o “Brasil Sem Homofobia” (2004) – que não faz referência ao HIV – o “Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e DSTs entre Gays, HSH e Travestis” (2007), que durou pouco e foi arquivado em função de mudanças no cenário político. O pensamento de que esta demanda poderia ser abarcada por uma política mais ampla e que foi implementada, em 2012, pela “Política Nacional de Saúde Integral de Pessoas LGBTs”, reforçou o silêncio para uma abordagem ao HIV. Houve diferentes esforços e produtos, com avanços significativos para a prevenção e direcionados aos gays e HSH, mas que foram insuficientes e que não foram capazes de reduzir a concentração da epidemia nesta população ou de responder às principais questões dos atores desse campo.

Pinheiro aponta, em especial, a lacuna de investimentos e a crise na prevenção a partir de 2010, afetando o governo e o movimento social e acarretando um distanciamento desses atores. Isso levou à redução dos programas e do financiamento para a AIDS (principalmente pela crise financeira global), além do término dos empréstimos do Banco Mundial para o governo brasileiro aplicar na resposta à AIDS. A realidade levou a um subfinanciamento para o enfrentamento do HIV no Brasil, semelhante ao que já acontecia no SUS. Como resultado, as ONGs/AIDS passaram por uma escassez de recursos, com dificuldades frente à burocratização para solicitar e empregar os poucos recursos disponíveis, implicando assim numa desmobilização do movimento social e na diminuição na participação desses atores na formulação dos discursos e nas atividades de prevenção. Com relação às novas tecnologias de prevenção, no âmbito da prevenção combinada, o governo vai se afastando do discurso comunitário, dos movimentos sociais e adota modelos importados e advindos do CDC americano (*Centers for Disease Control and Prevention*). Com isso, houve uma desarticulação da resistência que o Brasil fazia à pressão externa para a adoção de modelos de prevenção importados, resistência esta que foi característica das três primeiras décadas da epidemia.

O afastamento do governo dos movimentos sociais tem relação com o crescimento da frente conversadora no Congresso Nacional, que fomentou retrocessos, restrições e desafios. Essa relação vem com o aumento, desde 2010, de fundamentalistas religiosos no Congresso

e com a agenda conservadora da moralidade sexual, afastando o governo das questões de prevenção e em clara oposição ao movimento LGBT e ao combate à LGBTfobia. Pinheiro conta que até mesmo no governo da presidenta Dilma Rousseff começou a ficar ambígua a abordagem dessas questões, sobretudo com as negociações com os conservadores e dando o exemplo da suspensão do kit de materiais educativos anti-homofobia, resultante de um trabalho entre o MEC, a UNESCO e os ativistas. Mesmo tendo sido aprovado por autoridades nacionais no campo da educação, o kit foi finalmente considerado inadequado pela presidência da república e pelos setores conservadores, acarretando o recuo dessa iniciativa. Contudo, vale ressaltar algumas conquistas como, por exemplo, a aprovação e regulamentação da união estável e do casamento civil de pessoas no mesmo sexo, como também a aprovação da lei que criminaliza a homofobia e a transfobia. Por outro lado, há registros de discursos homofóbicos por parte de integrantes do governo e com tentativas de institucionalizar a homofobia ou repatologizar a homossexualidade/transexualidade e tendo, como exemplo, o embate no Conselho Federal de Psicologia, que finalmente resistiu às investidas de repatologizar a homossexualidade. Por fim, Pinheiro entende que esse cenário conservador impactou negativamente a prevenção, já que imobilizou ou refreou políticas e ações, com contenção nas campanhas e pavimentou o desmonte das políticas de HIV por parte do Ministério da Saúde e Governo Federal.

Da prevenção comunitária para os programas “formais”. Como chegamos até aqui? Reflexões sobre a história da prevenção de HIV e AIDS

Dulce Ferraz
Pós-doutoranda na Université Lumière Lyon 2,
na França, e editora executiva da Revista Global Public Health

Ferraz inicia sua fala destacando o que são programas “formais” na resposta à AIDS e na prevenção do HIV. Ela sugere que nesta apresentação usemos esta nomenclatura para nos referirmos a iniciativas formuladas e aplicadas por programas nacionais, estaduais e municipais de AIDS, no SUS, nas escolas e em outras instituições. A apresentação teve como foco as iniciativas voltadas para os serviços de saúde. No que tange à resposta social da AIDS no Brasil, Ferraz trouxe um resgate histórico da abordagem construída a partir dos anos 1980, destacando ter sido uma construção conjunta dos movimentos sociais (resposta comunitária) e de profissionais de saúde que estavam na luta da Reforma Sanitária e pela construção do SUS. A resposta à AIDS se beneficiou desses movimentos e dos ideais da redemocratização do Brasil. Para ela, tanto a construção do SUS, quanto a mobilização comunitária contribuíram para que a AIDS incorporasse o referencial dos DH e que também abarcasse algumas noções centrais para o tipo de resposta que foi construída, como: cidadania; solidariedade; entre outras que foram aparecendo.

Ao pensar nos serviços, Ferraz assinalou como se deu a formalização processual da resposta programática à AIDS no Brasil na criação de estruturas formais pré SUS. Em 1983, teve início a criação do primeiro programa governamental de AIDS no estado de São Paulo, posteriormente houve a criação do Programa Nacional, assim como de outros programas em diversas capitais e estados brasileiros. O cuidado para as pessoas vivendo com AIDS era, basicamente, hospitalar. Com isso, houve a oportunidade de se criar os Serviços Especializados em AIDS (SAEs) e a estruturação dos primeiros COAs (Centros de Orientação e Aconselhamento), que depois viraram CTAs (Centros de Testagem e Aconselhamento). Destaca-se a importância da triagem dos doadores de sangue, feita no âmbito dos serviços de saúde, e que era crucial no começo da epidemia, permanecendo importante para o controle do HIV via transmissão sanguínea.

A partir dos anos 1990 o processo de operacionalização do SUS avança, com marcos importantes como a Lei 8142, chamada de Lei de Participação Social, que estabelece os Conselhos e Conferências de Saúde e no SUS, reiterando a construção participativa do Sistema. Outro marco é a Norma Operacional N. 96, que definiu a operacionalização do SUS e a atribuição dos estados, municípios e União. O financiamento foi outro elemento importante, com o estabelecimento das fontes de financiamento do Sistema e, posteriormente, a criação de mecanismos específicos para financiamento dos programas

de AIDS. A resposta programática à AIDS vai avançando e o governo passa a ter o papel de financiador (p. ex: Projeto Previna, de 1998, um dos primeiros projetos com participação de ONGs) e criador de algumas campanhas, enquanto as ações eram realizadas pelos movimentos sociais. Nesse período, começa a distribuição de preservativos, a ampliação dos serviços de testagem/aconselhamento e a chegada dos primeiros antirretrovirais. O governo aposta no cuidado integral das pessoas vivendo com HIV/AIDS e contraria uma postura internacional, que preconizava que países em desenvolvimento só fizessem prevenção e não o tratamento (momento mais emblemático da AIDS no Brasil). A prevenção era muito concentrada nos CTAs, mas isto não deve ser considerado pouco se pensarmos no papel estratégico que esses serviços tiveram para que as pessoas conhecessem seus diagnósticos de forma gratuita, sigilosa e anônima, ao mesmo tempo que acessavam conhecimentos sobre as formas de transmissão, prevenção e tratamento.

Ferraz destacou que a partir da metade dos anos 1990 e, mais intensamente, no começo dos anos 2000, a participação dos serviços de Atenção Primária à Saúde na prevenção do HIV e de outras DSTs passou a ser preconizada. Isso teve relação com as mudanças dos padrões epidemiológicos que eram observadas, como as tendências que foram chamadas de heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização da epidemia. O crescimento dos casos entre as mulheres e, conseqüentemente, da transmissão vertical do HIV, foi o principal motivador para que se buscasse inserir a prevenção como atribuição da Atenção Básica. Houve também uma aproximação do movimento feminista na temática da AIDS no Brasil e no mundo, sendo que a própria Conferência Mundial da Mulher, Cairo – 1994, assinala ações de prevenção do HIV como prioridade nos serviços. Além disso, entendia-se que a Atenção Básica seria estratégica para ampliar a cobertura das ações de prevenção, dada a capilaridade da sua rede de serviços. Como exemplo, Ferraz cita projetos e documentos importantes e que orientavam as ações de prevenção do HIV na Atenção Primária, como os Cadernos de Atenção Básica, o Projeto Nascer, a Política de Saúde da Mulher (com uma lista de ações a serem incorporadas pela Atenção Primária) e o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (pensado na articulação da escola e da Atenção Básica no território).

Ferraz trouxe o plano das ideias e intenções do que seria a prevenção e as atribuições da Atenção Primária à Saúde (APS), que focava em intervenções voltadas à prevenção da transmissão sexual e vertical do HIV. A capilaridade da rede permitiria a ampliação da cobertura no acesso da população às ações de prevenção, otimizando os recursos financeiros e humanos, fazendo com que a prevenção pudesse chegar a um número maior de pessoas. Ferraz destaca que não havia nessas normativas orientações para articulação dos serviços de Atenção Básica com as iniciativas comunitárias de prevenção. Além disso, a transposição das normativas para o campo das práticas, sobre a forma como a prevenção poderia acontecer dentro dos serviços, também requeria outros investimentos da gestão que nem sempre estiveram disponíveis. Os referenciais da vulnerabilidade e dos DH foram ferramentas teóricas importantes, que contribuíram para tensionar as práticas de prevenção entendidas como ações políticas e pedagógicas, visando à criação de

espaços dialógicos e à emancipação das pessoas para a prevenção (cada um construindo sua estratégia). Embora essas ideias tenham chegado aos formuladores de políticas e aos movimentos, transformando-se em referenciais para diversas normativas sobre a prevenção, a operacionalização de práticas coerentes com esses referenciais mostrou-se desafiadora não só nos serviços de saúde, mas também dentro deles.

Ferraz compreende que este é um desafio que deve ser também compreendido a partir da análise dos modelos tecnológicos da APS, que, apesar de avanços importantes, ainda são frequentemente marcados por problemas como a centralização do saber biomédico, a insuficiência de profissionais e serviços, a sobrecarga assistencial e a invisibilização de grupos marginalizados, além de problemas estruturais (falta de profissionais, sobrecarga assistencial etc.). Ela indagou sobre como podemos superar a prescrição normativa, seja nos serviços e nas comunidades e com os desafios em ambas.

A partir de 2010, a chegada das novas tecnologias de prevenção e da ideia de prevenção combinada trouxe novos desafios e possibilidades para a prevenção, especialmente para os serviços de saúde. As novas tecnologias – PEP, TasP, PrEP – invadiram o cotidiano dos serviços, porém sem resolver a necessidade de desenvolvimento de ferramentas que deem conta das dimensões psicossociais da prevenção. Atualmente, Ferraz está participando de estudos demonstrativos, como o Estudo Combina, que está ofertando PEP em 6 serviços de saúde em 5 municípios no Brasil. Já foram realizadas 59 entrevistas em profundidade e a relação entre PEP e estigma tem sido analisada. No estudo, as pessoas tinham medo de serem classificadas como uma pessoa vivendo com HIV pelo uso de antirretrovirais e de serem discriminadas; o medo da PEP foi identificado pela possibilidade de revelar certas características da vida sexual (principalmente para a família), como o trabalho sexual e a homossexualidade, além de haver relatos de experiências de estigmatização no trabalho e nos serviços de saúde. Por isso, para além da oferta dos medicamentos nos serviços, a oferta das estratégias medicamentosas de prevenção requer ferramentas para o cuidado psicossocial e intervenções estruturais para enfrentamento do estigma. Os entrevistados no estudo relataram algumas estratégias para se protegerem da estigmatização, tais como esconder os antirretrovirais e não contar para ninguém o uso da PEP, o que mostra que o estigma contribui para manter esses meios de prevenção pouco conhecidos da população em geral.

Sobre os desafios atuais no novo contexto da Covid-19, Ferraz enfatizou a necessidade de se estudar os impactos da pandemia na resposta ao HIV. A pandemia trouxe mudanças para a organização dos serviços, com redução da oferta de serviços e expansão do uso de telessaúde, por exemplo, além de ter agravado problemas estruturais do SUS, como o subfinanciamento e a financeirização da saúde. Esses fatos, somados a mudanças no comportamento sexual durante a pandemia que têm sido observadas em diversos estudos, que podem ter impactos imediatos e potencialmente de médio prazo nas práticas de prevenção, assim como no acesso e uso de serviços.

Em relação às ideias para se avançar na prevenção, Ferraz indicou que o fundamental é a manutenção do SUS e o seu fortalecimento, algo que, embora se torne cada dia mais desafiador, deve ser entendido como indispensável. Do ponto de vista das práticas, é preciso investir no aprimoramento da oferta das tecnologias preventivas medicamentosas e de diagnóstico (teste), entendendo o papel fundamental de mediadores do acesso à prevenção que os serviços de saúde exercem atualmente. Neste processo, a abordagem orientada pela compreensão da vulnerabilidade e voltada à promoção dos DH persiste como um referencial importante, que pode qualificar esta mediação programática no sentido do fortalecimento das pessoas para a decisão autônoma e informada sobre a prevenção. Por fim, é necessário retomar as intervenções estruturais urgentemente, o que só será possível com a parceria da gestão, dos serviços, dos movimentos sociais e da academia.

Considerações

Kátia Edmundo
Especialista em promoção da saúde comunitária e
Diretora Executiva do CEDAPS - Centro de Promoção da Saúde

A debatedora começou a sua fala questionando: “Como chegamos até aqui e como continuaremos a partir daqui?”. Foi a primeira provocação para a mesa e Edmundo trouxe os principais pontos apresentados pelos participantes. Para ela, Parker também fez uma provocação ao pensar sobre os desafios a partir do percurso histórico da AIDS, indicando as prioridades e sonhos que foram construídos no decorrer dessa trajetória. Terto falou sobre a agenda da construção dos movimentos sociais e que faz parte da história da AIDS, que se aglutinaram a partir dessa causa. Já Pinheiro chamou atenção para o conjunto técnico e de recursos teóricos que se pode lançar mão na construção do percurso para onde caminharemos: “Como chegamos até aqui?”. Isso também contemplaria todas as análises críticas feitas ao longo do percurso da epidemia, com todas as polêmicas e desafios, compreendendo o processo de construção do movimento de AIDS e Inter movimentos que dialogavam com a causa na perspectiva do próprio serviço e da política pública.

Para Edmundo, dentro dos recursos também foram muito mencionados os recursos comunitários, que de alguma maneira foram provocando e criando, tanto do ponto de vista do discurso quanto do ponto de vista das práticas, as oportunidades e potencialidades para que pudessem ser enfrentados coletivamente e que convergiam para uma causa comum: a AIDS. Nessa perspectiva, para ela ainda existe um movimento muito invisível e presente nas grandes favelas, quilombos e aldeias, que transversalizam todas as pautas e que pode ser encontrado no interior dos territórios e no local em que a sinergia dos fatores negativos pulsa e busca suas estratégias e seus desafios. Edmundo mencionou um termo que Ferraz usou na sua apresentação, que são as ferramentas necessárias para o enfrentamento da epidemia. Entretanto, há desigualdades sociais vivenciadas por muitas pessoas e a vulnerabilidade estrutural presente no cotidiano, nas ausências e, sobretudo, nas violações acarretadas pela presença do Estado e que viola os direitos das pessoas no campo da segurança pública, como também uma série de políticas que não chega nesses espaços.

Nesse sentido, Edmundo trouxe para o debate os serviços de saúde, como abordado na apresentação de Ferraz, pensando em quanto o estigma e a discriminação atravessam o cotidiano dos serviços e como seria importante o enfrentamento a partir da aproximação dos recursos comunitários e governamentais para que se possa dar um passo além. Ela reconheceu que muitas experiências e tentativas foram feitas, mas seria necessário olhar para os recursos teóricos, técnicos, comunitários, além das ferramentas e da ideia do cuidado psicossocial, importante para uma população que está cada vez mais sofrida com todos os atravessamentos e desigualdades vividas. Assim, Edmundo questiona em como podemos pensar, por um lado, em aprofundar as intervenções estruturais necessárias e,

por outro, criar pontos para que de fato se tenha uma resposta à AIDS apoiada nos sonhos históricos que foram construídos ao longo do tempo.

Finalizando sua fala, Edmundo lembra de um documento antigo relacionado às possíveis lições aprendidas sobre a prevenção do HIV. Para ela, há uma lição que serve para todos no contexto do imediatismo da pandemia da Covid-19, que precisa ser trazida à cena e que seria o engajamento da comunidade e das pessoas afetadas como atores centrais no movimento da construção de respostas, que se intensificaria a oportunidade de participação social. Ela também lembrou de um texto do professor Victor Valla, indicando que a crise de interpretação em relação à participação pode ser nossa, podendo ser diversificada a forma de olhar as diferentes potencialidades de participação existentes e, quem sabe, de construir uma agenda comum. Outra lição seria o marco dos DH, que parece óbvio e sendo necessário ser recolocado como prática cotidiana, além da linguagem/mensagem e da necessidade de alinhamentos entre quem fala e quem escuta. Esse é um aprendizado da resposta à AIDS e que precisa ser lembrado nos dias de hoje. Há também o elemento da escala, pois é necessário chegar aonde as pessoas de fato estão para incorporar todo o conhecimento acumulado da resposta brasileira ao HIV, buscando cobertura, ampliação e intensidade das ações. Edmundo deixou uma reflexão acerca da ideia de que a prevenção deve ser para a vida toda, sendo uma mensagem que precisa ser ressignificada culturalmente, contextualizada o tempo inteiro e não só por questões epidemiológicas, mas por questões sociais, culturais e políticas. Seria um esforço que precisa estar presente no cotidiano e praticado por diferentes atores no Brasil.

Abertura: A Pedagogia da Prevenção: Sexo mais seguro, redução de danos e a mobilização das comunidades e das pessoas

Richard Parker
Diretor-Presidente da ABIA

BLOCO II - Link Youtube: <https://youtu.be/zraQ4XeeOGY>

Na segunda parte do evento, Parker indicou que as apresentações terão como foco a prevenção combinada a qual na última década é um dos paradigmas para conceitualizar a prevenção tanto no Brasil, como no mundo. A sua apresentação abordou a prevenção como prática comunitária, a biomedicalização e os seus limites, como também a necessidade de se reinventar uma pedagogia da prevenção e da prevenção combinada.

Na primeira parte, relacionada à prevenção como prática comunitária no começo da epidemia, abordou-se o sexo mais seguro (inaugurado pelas comunidades gays) e a ideia de redução de danos (idealizada a proposta pelos usuários de drogas injetáveis), que demonstra a participação das comunidades afetadas. Ambas as abordagens podem ser utilizadas tanto no contexto de uso de drogas quanto do sexo, pois a redução de danos é uma forma de negociar prática sexual de forma a minimizar a vulnerabilidade ao risco. Para Parker, esses conceitos foram fundamentais e são importantes até hoje. Uma das novidades na prevenção é a PrEP, mas que está disponibilizada para uma fatia pequena da população, ou seja, possui um acesso limitado. Por isso, o sexo mais seguro e a redução de danos é o que a grande maioria das pessoas vulneráveis ao HIV utilizam para se proteger da infecção. Assim, não se pode desvalorizar as práticas low tech, pois ainda são as mais importantes diante da vulnerabilidade.

Outro ponto importante do começo da epidemia, e que foi esquecido ao longo dos anos, é a relação entre prevenção e política. Essa relação seria fundamental no contexto do sexo mais seguro e que começou como um exercício de solidariedade, com a ideia de proteger os seus parceiros e a comunidade e que virou uma forma de resistência ao estigma, à discriminação e à opressão política que vem desde o começo da epidemia. Assim, a prevenção perdeu o eixo quando saiu das mãos das comunidades e foi apropriada pelas autoridades sanitárias e especialistas científicos. Parker indicou que muitos professores de Saúde Pública erraram quando falaram para as pessoas o que podiam ou não fazer na prevenção ao HIV, o que ele chama de “educação bancária”. Esse termo foi desenvolvido originalmente por Paulo Freire e caracteriza uma forma de prevenção, ou seja, quando o especialista “deposita” na mente das pessoas a informação dita “correta”. Um exemplo dado por Parker seria a Covid-19, pois as pessoas possuem outros interesses que as mobilizam mais do que a prevenção. Isso ressurgiu com a biomedicalização da prevenção e com as novas tecnologias biomédicas, que de alguma forma utilizam a “educação bancária”.

Na segunda parte da sua apresentação, Parker abordou a biomedicalização e os seus limites. Ele enfatizou que a ABIA vem tentando trabalhar a prevenção de forma mais cultural e comunitária, incluindo as intervenções comportamentais, estruturais e biomédicas (normalmente citadas na prevenção combinada). Quando esta tendência se reforçou no final da primeira década dos anos 2000, começou a se falar do Tratamento como Prevenção, PrEP, PEP, Testar e Tratar, entre outras estratégias e metodologias a serem utilizadas em combinação. O UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS) propôs a prevenção combinada como política a partir das estratégias biomédicas, mas Parker lembrou que não poderiam cair no esquecimento as intervenções comportamentais e estruturais, que continuam importantes. Sem mudanças comportamentais e estruturais, torna-se mais complicado o uso das estratégias biomédicas na prevenção do HIV, como a PrEP.

A pedagogia da prevenção, abordada pela ABIA em 2015, foi uma forma de falar sobre a falta de um modelo pedagógico no sentido da educação popular de Paulo Freire, especialmente para dar embasamento político para a realização da prevenção combinada. Havia também confusões sobre as combinações, com uma visão simplista de combinar duas formas de prevenção, como no caso de alguns “tecnocratas” que ainda apostavam na “pedagogia bancária” como forma de propor as novas metodologias biomédicas. Os slogans simples não ajudaram, como: Testar e Tratar; Tratamento como Prevenção (TcP); Cascata de Cuidados, entre outros.

Na terceira parte, foi abordado que a prevenção combinada foi uma ideia para superar o “desperdício da experiência” da AIDS, noção desenvolvida por alguns autores como Boaventura, Parker e Seffner, pois os ensinamentos produzidos pelo movimento de AIDS ao longo da epidemia haviam sido esquecidos. A prevenção combinada parecia a “venda” de um produto, no entanto haveria a necessidade de uma mobilização comunitária para a sua apropriação pela população. Para isso, buscou-se algumas lições do passado quando a prevenção foi parte de uma luta política e tinha como princípio a solidariedade. A mobilização comunitária e a conscientização coletiva são processos complexos e políticos, que precisam ser construídos conjuntamente. Parker destacou a importância dos DH ao longo da história da epidemia, mas que foram desaparecendo no discurso oficial da epidemia. Os programas que tentavam trabalhar, de alguma forma, com os DH no mundo para enfrentar o estigma e a discriminação foram se extinguindo progressivamente. Para ele, seria necessário retomar a importância dos DH porque as conquistas resultantes da resposta à epidemia eram vinculadas à capacidade de defender tais direitos.

Seria necessário reinventar o sexo mais seguro no século XXI e Parker lembrou que esse conceito já existe há mais de 40 anos, mas muita coisa mudou. O sexo mais seguro foi criado antes da internet e dos recursos digitais e, por isso, é necessário trazê-lo para esse século e adequá-lo para o presente (era digital). Também seria necessário o acesso às caixas de ferramentas disponíveis, sendo que em muitos países, como no Brasil, o acesso a todas

as ferramentas não é garantido com política pública e leis. O acesso à prevenção vem se transformando em um problema, quando é um direito fundamental do cidadão e quando é imperativo retomar a luta contra o estigma, o preconceito e a discriminação. Deve-se promover o acesso à tecnologia no cotidiano das comunidades de base, sendo esta uma questão fundamental. Todos esses pontos podem ser considerados como critérios e que devem ser pensados para a prevenção no futuro.

Para Parker, a prevenção deve ser pensada de forma emancipatória, devolvendo o lugar de controle da prevenção para as comunidades mais afetadas. Além disso, deve-se reconhecer que a maior expertise sobre a sexualidade reside nos próprios indivíduos. Compreender o que pensam as comunidades afetadas é uma forma de respeitar as suas experiências, com a prevenção como uma fonte de conhecimento legítima. Terminando sua apresentação, Parker destacou que o sexo mais seguro é um exercício de solidariedade, uma prática comunitária e uma forma de resistência, sobretudo nos tempos difíceis com o surgimento de movimentos conservadores de extrema-direita, com o estigma e a discriminação endossados por agentes governamentais e lideranças políticas. Isso realça a importância da solidariedade, da participação e da ação comunitária.

Repensando a prevenção. Rio das Prevenções

Juan Carlos Raxach
Coordenador da Área de Promoção da Saúde e Prevenção da ABIA

Como falar com e para as comunidades acerca da prevenção combinada? Para responder a essa questão, Raxach propõe a dinâmica do “Rio da vida” e que surgiu após uma conversa com Parker sobre a pedagogia da prevenção. É uma representação visual formada por várias fases históricas da prevenção e seus desdobramentos através da abstração metafórica de um rio, desde o seu nascimento e fazendo todo o percurso que, por muitas vezes, não é fácil.

O “Rio das Prevenções” foi pensado a partir da sua própria história, pois Raxach acompanhou o percurso da prevenção por ser uma pessoa que há 35 anos vive com HIV. A intenção do “Rio das Prevenções” é que as pessoas se apropriem e possam dialogar, contar a história da prevenção no Brasil e criar o seu próprio rio. O “Rio das Prevenções” tem seu início nos anos 1980, com o advento da epidemia de AIDS e que trouxe a ideia do sexo mais seguro, cuja primeira parte vai até a chegada da camisinha externa, mais conhecida como camisinha masculina. Ele pontuou que a comunidade teve um papel fundamental na criação e implementação de estratégias para realizar a prevenção. Por isso, destacou a importância da participação comunitária.

No início da epidemia nos anos 80, Raxach morava em Cuba, que tinha um sistema de saúde bem estruturado e no caso da AIDS, baseado em política senatorial. Mesmo isolados em sanatórios, a partir do debate sobre sexo mais seguro, redução de danos e uso da camisinha, as pessoas vivendo com HIV/AIDS cubanas conseguiram criar um grupo de prevenção de pessoas vivendo com HIV logo no início dos anos 90. Isso permitiu que a própria comunidade criasse a sua forma de falar sobre prevenção. Em Cuba, eles inicialmente foram proibidos pelas autoridades em saúde de terem relações sexuais e foi através da participação comunitária que foi validada as informações sobre prevenção, criando o entendimento de que sexo ia além da penetração e do uso do preservativo. Isto significou uma abertura nas severas políticas de controle do HIV e melhor qualidade de vida para as pessoas vivendo com HIV/AIDS. Sexo seguro, redução de danos e camisinha foram as primeiras estratégias criadas pela comunidade para a prevenção do HIV, sendo que tanto a camisinha quanto o sexo mais seguro não foram fáceis de serem implementados no mundo. No Brasil, falar e aceitar a camisinha, antes mesmo da “ditadura” pelo uso, era difícil como estratégia de prevenção.

Na década de 1990, precisamente em 1993, foi criada a camisinha interna e chamada também de camisinha feminina, mas que não gerou um grande impacto na prevenção na maioria dos países que a adotaram. Por outro lado, a camisinha interna também teve pouca divulgação para que realmente fosse incorporada como método de prevenção pela

comunidade, especialmente em função do machismo. A profilaxia pós-exposição (PEP) foi criada em 1996, mas controlada pelos profissionais de saúde. Destaca-se que no começo da epidemia os cuidados eram paliativos ao invés de qualquer intervenção médica. Assim, a PEP favoreceu uma espécie de exercício de poder aos profissionais de saúde, porque ela não era para qualquer pessoa na época, havia uma seleção feita pelos profissionais. Houve um processo de intervenção do movimento social para que a PEP não ficasse somente nas mãos dos profissionais de saúde, mas que também beneficiasse a comunidade. Até os dias de hoje nem toda a população tem acesso a essa profilaxia, sendo difícil de se achar na rede pública de saúde. A própria comunidade criou uma estratégia de divulgação para o acesso à PEP (lugares onde ela está disponível, como acessar etc.). No SUS, a informação de acesso a essa profilaxia ainda não é clara.

Para Raxach a prevenção da transmissão vertical começou nos anos 2000 e com grande eficácia, mas que continua sendo um problema no Brasil. Apesar das ferramentas para o impedimento da transmissão vertical, a responsabilidade é colocada no outro para a proteção. O acesso tanto ao pré-natal quanto ao serviço de saúde seria fundamental para a prevenção. Atualmente ainda há um patamar relacionado à transmissão vertical do HIV no país, mas que não deveria existir. Raxach também cita a circuncisão masculina proposta como método de prevenção a partir de 2007, mas que não é um método implementado no Brasil, porque o país possui uma epidemia concentrada. A circuncisão só vindo sendo implementada como política de prevenção em países com epidemia não-concentrada em grupos específicos e de transmissão do HIV via relações heterossexuais.

A profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) começou a ser implementada no mundo em 2012, mas se tornou um problema porque tem contemplado somente uma parte da população. O Brasil se coloca como um país que distribui a PrEP, mas para Raxach isso não seria uma verdade pelo acesso ainda limitado à profilaxia. Mesmo o Brasil participando de amplas pesquisas sobre a PrEP, com pesquisadores voluntários brasileiros no âmbito do SUS, o acesso a essa profilaxia não é simples. Um ano depois, em 2013, foi implementada pelo Ministério da Saúde a política "Testar e Tratar", que preconiza a realização da testagem e o início imediato de uso dos antirretrovirais para aqueles com teste positivo de HIV. Foi uma política implementada sem diálogo com a comunidade, como se fosse simples para aqueles/as com um diagnóstico recente iniciar o tratamento com antirretrovirais imediatamente após o diagnóstico. Hoje em dia, Raxach pondera se essa política se tornou mais fácil. Pouco depois, em 2015, chegou a vez da política "Tratamento como Prevenção" (TcP), se juntando e se confundindo como aquela de "Testar e Tratar". Para ele, esqueceram da saúde de forma mais integral e olharam somente para a prevenção em busca do I = I (indetectável = intransmissível). Já em 2018 foi lançado o autoteste para a detecção da infecção pelo HIV, sendo que todos estes elementos apresentados fazem parte da prevenção combinada.

Raxach apresentou nesta sessão a "caixa de ferramentas da prevenção combinada", exibindo a sua imagem e tendo na base/alicerce do desenho as ferramentas estruturais,

importantes para qualquer estratégia. No meio, as ferramentas comportamentais/barreiras físicas e no topo as ferramentas médicas (biomédicas). Por fim, ele trouxe algumas questões importantes sobre o tema:

- Quais métodos de prevenção podem ser combinados, de acordo com a situação de vida e comportamentos sexuais das pessoas? Pode-se utilizar o “Rio das Prevenções” conjuntamente com a experiência das pessoas;
- Em que medida as possíveis escolhas são informadas? Se o que as pessoas querem fazer em prevenção realmente é conversado e negociado ou simplesmente resultado de prescrições e imposições;
- Como no Brasil as novas políticas de prevenção e tratamento são implementadas e como o acesso a novos antirretrovirais para tratamento e prevenção serão incorporados em nosso protocolo? No momento existem medicamentos mais promissores e fáceis para a adesão, mas há pouco debate sobre a incorporação desses novos medicamentos no Brasil;
- Voz, experiências e necessidades das pessoas mais vulneráveis são atualmente ouvidas nos debates e nas políticas e ações públicas de prevenção e tratamento? Por muitas vezes, as políticas de “Testar e Tratar” e 90-90-90 foram impostas e sem a participação ampla das pessoas interessadas nesse assunto. Como exemplo, Raxach cita a inclusão do tratamento de HIV na Atenção Básica, que foi algo muito importante, porém a territorialização pode ser também uma barreira para a sua implementação;
- Como o estigma, a discriminação e o preconceito continuam como grandes obstáculos para a prevenção e o tratamento? Isso acontece até hoje para quem recebe o diagnóstico de HIV, com as mesmas questões ou talvez um pouco modificadas, mas o sentimento e a vivência da experiência continuam iguais.

Em tempos de trevas, ousar é preciso...

Vagner de Almeida
Coordenador de projetos (HSH) jovens e LGBT da ABIA

Almeida inicia sua fala ressaltando a gravidade dos retrocessos sociais e políticos no Brasil. Coloca como exemplo: desde o começo da epidemia, na década de 1980, houve grandes avanços no campo de HIV/AIDS, porém este campo atualmente está passando por terríveis retrocessos. Os anos de 1990 seriam a “era de ouro” da resposta ao HIV/AIDS, mas para Almeida foi uma época de “bijuterias de luxo” porque nunca houve realmente uma “era de ouro” no decorrer da epidemia, somente épocas de avanços significativos, porém não completos ou definitivos.

A ousadia da ABIA ao longo de sua história permitiu a criatividade, sendo que Almeida exibiu diversos materiais publicados pela instituição em sua apresentação. Ele destacou que em 1993 teve início um projeto sobre homossexualidades para HSH, que respondia a uma invisibilidade social desse grupo, principalmente de muitos que chegavam a ABIA nessa época e relatavam que só existiam em lugares fechados e confinados. A ABIA abriu uma oportunidade para que os jovens, principalmente de periferias, como a Baixada Fluminense, se reunissem e discutissem sexualidade, gênero e saúde. O que se debatia eram todas as questões/interrogações em torno do HIV e da AIDS, pois muitos vinham desesperados, não sabiam o que estava acontecendo, não tinham para onde ir, relatando falta de medicamentos, falta de camisinha e de conhecimento de forma geral. Por isso, na ABIA abriu-se a possibilidade de discutir sobre a sexualidade das pessoas que eram marginalizadas, o que correspondia a uma época em que muitas pessoas tinham necessidade de falar. Por outro lado, havia grupos gays que não queriam falar sobre AIDS, por isso a importância da ABIA era ressaltada.

A década de 1990 trouxe resquícios da década passada, do início da epidemia e de uma época mais repressiva em termos de costumes. Havia, assim, “espiões” que circulavam na ABIA e que denunciavam o trabalho realizado em jornais e outros veículos. Nesse momento, Almeida apresentou uma nota que foi publicada na antiga “Coluna do Swann” do jornal “O Globo” (1994), que dava a entender que eram praticadas orgias e encontros sexuais na antiga sede da ABIA. Foi a partir de suas próprias campanhas abordando a sexualidade e o sexo que a ABIA pode ousar. Ao se trabalhar com o Guia de Sexo Mais Seguro, de 1993 a 2020, houve sempre o comprometimento em trazer informações atualizadas sobre HIV/AIDS para diversas populações, e que continuam nos recentes guias para HSH, mulheres cis, mulheres trans/travestis sobre sexo, prazer e saúde, além de um quarto guia que está sendo produzido sobre homens trans.

Atualmente o governo não fala sobre sexualidade e não permite que ela seja falada nas escolas, o que releva a importância do material desenvolvido pela ABIA e que está sendo

distribuído no Brasil. Nesses materiais a ABIA trabalhou com voluntários, desenvolvendo essa metodologia no país. Para ele é difícil conseguir voluntários para desenvolver um trabalho de arte, mas a ABIA conseguiu a partir da ajuda dos/as participantes, deixando o seu agradecimento para todos/as. A partir das oficinas e dos grupos focais que foram realizados para o desenvolvimento dos materiais, seja em áudio ou visual, que também foi desenvolvido um trabalho com fotografia e que deixou as pessoas exercitarem o ato de fotografar como forma de expressão. Isso fez com que os materiais tenham um significado importante, pois trabalha a autoestima das pessoas.

Almeida conseguiu coordenar um “programa marginal” na década de 1990 na ABIA, já que caminhava na contramão de programas formais e que vinham prontos e impostos por agências e governos. Na ABIA, sempre foi importante o trabalho com a diversidade, combatendo o estigma, a discriminação e de promoção da autoestima. Foi a partir da contramão dos programas formais e sem tecnicismos (ao comparar com os dias atuais) que a ABIA conseguiu fazer diversas produções e que ainda estão sendo produzidas, mesmo com uma sociedade cada vez mais repressora. Almeida mostrou como os guias foram feitos e elaborados, destacando a facilidade de aplicação junto à população e sendo explícitos na mensagem veiculada. Ele relatou a dificuldade de se fazer o guia das mulheres cis, mas valorizou a ajuda das profissionais do sexo, o que foi considerado de suma importância para elas no ambiente de trabalho. Já o guia para as mulheres trans/travestis foi considerado importante pelas lideranças daquelas que eram trabalhadoras do sexo, pois muitas não possuem o conhecimento atualizado e correto sobre as formas de prevenção.

Almeida expôs algumas fotos dos ensaios fotográficos para os guias, além de informar o site para o acesso virtual de todo o material. Ele ressaltou que os materiais precisam ser acessados/alcançados pelas populações que estão sendo silenciadas e que vivem em ambientes marcados por diferentes tipos de violências estruturais, principalmente agravados em função da Covid-19 e com o atual governo. Almeida acredita que em 2021 a população está “sapateando em cacos de vidro”, mas que este momento vai passar. Ele abordou a campanha da ABIA que produziu máscaras para a prevenção da Covid-19 com os dizeres “solidariedade”, “viva a vida” e “silêncio = morte”. Finalizando a sua apresentação, Almeida citou que todo o silenciamento dos dias atuais pode resultar em morte, seja pela Covid-19 ou pela invisibilidade da AIDS.

Considerações

Sandra Filgueiras
Mestre em Saúde Coletiva, trabalhadora do SUS na
Gerência de IST/AIDS – SES/RJ e na Atenção Primária à Saúde

Filgueiras destacou a vontade de estarmos na contramão das forças conservadoras e de como isso é importante. Ela indicou que todos os palestrantes reforçaram os avanços biomédicos no campo da AIDS, mas que os avanços sociais são insuficientes e os retrocessos são evidentes nesse campo. O estigma, a discriminação e o preconceito continuam na nossa sociedade, inclusive dentro do SUS. Em sua visão, há profissionais solidários/dedicados ao outro e que trabalham a partir da concepção ampliada de saúde, que entendem a saúde como um direito, como aqueles que criam barreiras de acesso e de cuidado tanto na gestão quanto na atenção direta.

A partir de sua pesquisa de mestrado, Filgueiras ressaltou o desconhecimento das tecnologias de prevenção ao HIV pela população, como a PEP e a PrEP, por conta da divulgação insuficiente e pelos profissionais que não indicam a PEP sexual. Isso ocorre com os profissionais que recriminam a forma como o outro vive a sua sexualidade ou mesmo aqueles que liberam a profilaxia com medo de serem processados, mesmo sem indicação para prescrição, enquanto outra estratégia de prevenção poderia ser mais adequada. Todos esses fatores mostram uma carência de diálogo com o usuário, com a equipe, com a sociedade civil e com outros setores que não fazem parte do bojo da saúde. Para ela, o diálogo seria uma ferramenta essencial na construção do cuidado integral das pessoas no tratamento, levando a reflexão sobre os seus “riscos” e a prevenção viável, ou seja, o diálogo pode ser utilizado na adesão à vida.

Esquentando o debate, Filgueiras questionou os caminhos que precisam ser desbravados e quais precisam ser retomados para que todas as abordagens relacionadas às estratégias e às tecnologias de prevenção ofertadas/combinadas sejam utilizadas, de fato, em benefício das pessoas e respeitando o direito à saúde e à saúde sexual de todos/as. Para Filgueiras, defender o SUS e os princípios da universalidade, integralidade e equidade seriam também uma forma de defender uma política de AIDS pautada nos DH, na solidariedade e na participação social. Por fim, expressou indignação de tudo o que está se passando com o Brasil, apontando vários temas, como o racismo, o feminicídio, o conservadorismo, entre outros, mas que está estimulada com as recentes manifestações e pela retomada do povo à rua. Ela ressaltou que o SUS é revolucionário e que precisamos que ele continue sendo, como a política de AIDS e que precisa ser resgatada.

Esboços dos *Policy Briefs* sobre prevenção combinada, adesão e as pedagogias da prevenção e do tratamento

Gabriela Calazans
Pesquisadora do Departamento de Medicina
da Faculdade de Medicina e integrante do Núcleo de Estudos
para a Prevenção da AIDS (NEPAIDS), ambos na USP

Calazans apresentou o desenvolvimento dos resumos de políticas da ABIA em 2021. Ela abordou brevemente o que significa um *policy brief*, com informações objetivas sobre um determinado assunto conjuntamente com recomendações para o planejamento, o monitoramento e a avaliação de ações e políticas de saúde, mobilizando os tomadores de decisão a aprimorar as práticas. Para esses documentos, a ABIA trabalhou com grupos de especialistas, que abarcaram pesquisadores, ativistas/comunidade e profissionais/gestores no âmbito da AIDS, o tripé que configura o campo da AIDS no Brasil. Entre os desafios para a elaboração do documento estaria o “para quem” ele seria endereçado, com clareza de que esperamos poder incidir sobre o planejamento de políticas estaduais e municipais, podendo mobilizar redes mais difusas de atores da sociedade civil e operadores locais de políticas de saúde e intersetoriais. Outro desafio seria a mobilização e análise de conjuntura para reforçar as alianças e a sustentabilidade das ações, lembrando do início do movimento de AIDS e do processo de redemocratização do Brasil.

Calazans apresentou uma síntese dos debates com os grupos de especialistas. O problema a ser abordado nos resumos de políticas é a marca da epidemia de AIDS no Brasil, caracterizada como concentrada em grupos mais vulneráveis, com ênfase em homens gays, outros HSH e mulheres trans e travestis (invisibilizadas dentro dos HSH nas análises epidemiológicas), sobretudo entre os jovens. Tal epidemia funda-se em três faltas: na inequidade, ou nas desigualdades sociais; no desrespeito aos DH; e no desfinanciamento das políticas sociais. Para Calazans, esse cenário provocou uma profunda vulnerabilidade programática que se expressa: no desmonte do SUS, das políticas de AIDS e dos serviços de saúde; na fragilidade gerencial das gestões para lidar com planejamento, monitoramento e avaliação das ações e com educação permanente no âmbito das políticas de prevenção; no desconhecimento sobre prevenção combinada; na rotatividade de técnicos e gestores; no desfinanciamento do SUS e das ONG/AIDS; na perda dos espaços de diálogo, participação e controle social, bem como de comunicação no SUS. Este cenário traz diversos desafios, como o acesso à informação, aos serviços e aos recursos preventivos, a adesão (PEP, PrEP e Tratamento como Prevenção), em um contexto marcado por desigualdades sociais e pelos impactos da Covid-19, como a sobrecarga dos serviços de saúde, a pauperização das pessoas atendidas, acarretando insegurança, inclusive, alimentar.

Foi reforçado nesse debate a possibilidade de incidir sobre a determinação política da epidemia de AIDS, reafirmando o acesso universal como um valor à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento; compreendendo a resposta à AIDS como baseada em direitos e na participação social; reivindicando a manutenção do SUS como central para a adesão e a prevenção combinada. Propõem-se, assim, a adoção da linguagem e do discurso dos direitos humanos, para nomear caminhos que integrem a vulnerabilidade social – o impacto da perda progressiva dos direitos mínimos que afeta imediatamente e diretamente o acesso e a adesão – e a vulnerabilidade programática, que afeta a qualidade dos serviços.

Na discussão da prevenção combinada, para Calazans, há uma crítica à abordagem corrente: com ênfase excessiva na dimensão biomédica, abordagens prescritivas (discurso técnico), ausência de diálogo com os jovens (escola, família, mídia e mundo virtual), desinstitucionalização das ações de educação para sexualidade e tendência a homogeneização dos métodos preventivos (desconsiderando uma hierarquia da proteção assegurada por eles). Entre os especialistas, houve discussão sobre o termo “prevenção combinada” e que ainda está em disputa (com críticas) e sendo necessária uma reflexão sobre a linguagem e conceitos que orientam as ações de prevenção (risco, vulnerabilidade, populações-chave), sendo de suma importância a sua interface com as relações de poder. Por isso, Calazans chama atenção para a importância do trabalho numa abordagem interseccional e que articule gênero, raça, sexualidade, classe e território. Também seria importante a articulação do conceito de vulnerabilidade com os DH como instrumento de análise e intervenção social.

Pretende-se com estes resumos de políticas favorecer e mobilizar capacidades de respostas, por meio de uma pedagogia da prevenção dialógica, fundamentada na educação popular, com metodologias que permitam co-construir a prevenção entre técnicos e as pessoas para quem se dirigem as ações e com ênfase radical na dimensão comunitária da prevenção (trabalho em rede). Os debates também abordaram a ideia de redução de danos como princípio para a prevenção, mas Calazans fez uma provocação e nomeou como “redução de riscos”, a partir da vida das pessoas, em diferentes momentos de vida e tipos de relações, sendo importante a escuta sobre o que se sabe e o que se entende sobre as práticas sexuais (saindo da “educação bancária”). Para ela, seria necessário articular redução de riscos com redução de vulnerabilidades, bem como reestruturar a prevenção combinada, tomando a dimensão estrutural (iniquidades, processos de discriminação e estigmatização) como o centro da estratégia, sem abandonar as outras dimensões. Assim, a ideia seria propor ações fundamentadas no princípio da equidade para promover a justiça social, considerando sexualidade, gênero, raça, classe e território como marcadores importantes para o acesso e a adesão; realizando um manejo sobre o “temor do estigma” sobre os jovens, a sexualidade, o HIV e a AIDS; e, por fim, promovendo articulação intersetorial para a construção de redes de suporte social.

Nas recomendações de políticas, Calazans trouxe a possibilidade da indicação de duas ações diferentes e complementares. Para a população geral, ações articuladas e institucionalizadas de educação e saúde, e para as populações mais vulneráveis, ações mais focadas e intensivas, como a PrEP e a PEP. A defesa foi por um pacote mínimo de recursos preventivos para que todas/os tenham acesso à prevenção de forma universal e para a normalização de recursos, como os testes de HIV/ISTs, a PrEP e a PEP. Em sua apresentação, Calazans destacou as ações de comunicação em diferentes meios, mas houve o reconhecimento da limitação de acesso à internet da população e, por isso, a necessidade de se trabalhar também com os meios tradicionais e disponíveis nos serviços de saúde, assegurando comunicação direta e suporte à comunicação nas pontas. Para o grupo, é fundamental favorecer o acesso à prevenção combinada, por meio de processos de trabalho como o acolhimento dos jovens em espaços amigáveis, conjugar diagnóstico e tratamento no mesmo momento, ampliando os cenários (virtuais, serviços, comunidades, ONG, escolas, grupos de usuários, aplicativos de pegação, grupo no WhatsApp etc.), adotando estratégias de educação entre pares e articulando com a comunidade local. Também foi enfatizada a necessidade de se ampliar o acesso à PrEP, simplificando-o, distinguindo da prescrição de tratamento de HIV, com algumas estratégias que ampliem este acesso também na Atenção Básica.

Ao abordar adesão e pedagogia do tratamento, Calazans argumentou que o termo adesão foi mais usado na década passada, havendo novas configurações deste debate na literatura mais recente a partir das discussões sobre vinculação, retenção ao serviço e navegação. O grupo de especialistas apontou haver forte determinação social e programática da adesão ao tratamento, o que também se articula com processos de estigmatização e sofrimento psicossocial. A adesão configura-se como um problema para uma parcela pequena dos usuários dos serviços, aqueles mais vulneráveis socialmente, que demandam mais dos serviços. Compreende-se que há mudanças históricas sobre o que é compreendido como adesão, que se relaciona às mudanças no tratamento para HIV. Há, ainda, uma dimensão moral de abordagem da adesão, que se expressa na dicotomia entre “maus” e “bons pacientes” manifesta pelos profissionais de saúde. Os especialistas criticaram a abordagem corrente sobre tratamento e adesão fundada em um modelo médico-centrado. Discutiu-se, assim, que algumas tecnologias podem se constituir em armadilhas, quando adotadas em perspectiva reducionista – como, por exemplo, condicionar a adesão ao tratamento ao exame de carga viral – ou quando impostas aos usuários sem uma decisão informada e a singularização do cuidado.

Nas recomendações, Calazans trouxe alguns pontos importantes e debatidos pelos especialistas:

- Garantia dos princípios da boa qualidade na Atenção à Saúde (integralidade, individualização, coordenação do cuidado e acesso);
- Singularização do cuidado com conhecimento aprofundado dos determinantes do adoecimento e do agravamento de cada usuário sob a responsabilidade das equipes;

- Reorganização do trabalho dos serviços de HIV/AIDS, com atenção aos recém-diagnosticados e àqueles em abandono, promoção da vinculação dos usuários às equipes e não aos médicos, o acolhimento das urgências e a garantia do cuidado;
- Proposta IMA, de incentivo, monitoramento e apoio, para a pequena porção de usuários que têm dificuldades na adesão ao tratamento de HIV e retenção aos serviços (10% mais graves e 10% que estão na “corda bamba” da adesão);
- Monitoramento, no âmbito dos serviços de HIV/AIDS, no acesso à renda, ao trabalho, aos direitos, à seguridade social, aos crimes de homofobia e à violência contra a mulher;
- Consulta médica anual para os demais usuários, com atendimento de intercorrências e retirada dos medicamentos na farmácia do serviço. Atendimento online e diversas estratégias adotadas no contexto da pandemia de Covid-19 e que poderiam ser incorporadas aos serviços.

24 DE
JUNHO
2021

Relatoria Seminário

Repensando a Prevenção

Anexo - Programação

- 9:30-10:00 **Abertura**
Richard Parker
- 10:00-11:00 **Primeira Mesa Como chegamos até aqui?:
Reflexões sobre a história da prevenção de HIV e AIDS**
Coordenação da mesa: Richard Parker
Palestrantes:
Veriano Terto Jr. (prevenção como uma prática comunitária)
Thiago Pinheiro (a história da prevenção entre gays e outros HSH)
Dulce Ferraz (da prevenção comunitária para programas formais)
- 11:00-11:15 **Intervalo Café**
- 11:15-12:00 **Discussão**
Kátia Edmundo (para levantar a bola)
- 12:00-14:00 **Intervalo Almoço**

14:00-15:00 **Segunda Mesa**

Prevenção Combinada:

O estado da arte (incluindo limitações e armadilhas)

Coordenação: Veriano Terto Jr.

Palestrantes:

Richard Parker (a pedagogia da prevenção combinada)

Juan Carlos Raxach (Rio das Prevenções)

Vagner de Almeida (guias sobre sexo mais seguro para o século XXI)

15:00-15:15 **Intervalo Café**

15:15-16:00 **Discussão**

Sandra Filgueiras (para levantar a bola)

16:00-17:00 **Próximos Passos**

Coordenação: Angélica Basthi

Gabriela Junqueira Calazans (apresentação do esboço dos policy briefs)

Veriano Terto Jr. (discussão e fechamento)

Richard Parker (discussão e fechamento)

Relatoria: Carla Rocha Pereira; Clara Faulhaber; Veriano Terto Jr.



Av. Presidente Vargas nº 446 – 13º andar –

Centro – RJ – CEP: 20071-907

Tel. 21 2223-1040 – e-mail: abia@abiaids.org.br

Nosso site: www.abiaids.org.br

Visite também:

Observatório Global de Políticas de AIDS

(GAPW, sigla em inglês): www.gapwatch.org

Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual (GTPI):

www.deolhonaspontentes.org.br

Observatório de Sexualidade e Política

(SPW, sigla em inglês): www.sxpolitics.org

Projeto Diversidade Sexual, Saúde e Direitos entre Jovens:

www.hshjovem.abiaids.org.br

Esta publicação tem a cooperação da UNESCO no âmbito do Projeto 914BRZ1138, o qual tem o objetivo de contribuir para eficiência da gestão por resultado, aprimoramento da governança, da resposta nacional às IST, aids, hepatites virais, com foco na prevenção e educação em saúde, bem como na ampliação do acesso e qualidade dos serviços prestados às populações vulneráveis.

As indicações de nomes e a apresentação do material ao longo deste livro não implicam a manifestação de qualquer opinião por parte da UNESCO a respeito da condição jurídica de qualquer país, território, cidade, região ou de suas autoridades, tampouco da delimitação de suas fronteiras ou limites. As ideias e opiniões expressas nesta publicação são as dos autores e não refletem obrigatoriamente as da UNESCO nem comprometem a Organização.