

Alexandre Gustavo Melo Franco de Moraes Bahia  
José Manuel Peixoto Caldas



PREVENÇÃO  
E  
TRATAMENTO  
DE HIV-AIDS  
PARA HSH E  
MULHERES  
TRANS/  
TRAVESTIS

CRISES E  
DESAFIOS



O presente livro é o resultado de um ano de pesquisa – sendo que destes seis meses na Universidade do Porto – mas não encerra a questão. Espera-se aprofundar o problema com mais dados e interlocução no Brasil. Antes de mais nada cabe responder à pergunta: cabe ainda se falar em HIV-AIDS no Brasil? Não seria esse um problema superado, ou ao menos, residual? Nos últimos anos nos acostumamos no Brasil a pensar que esse já não era um problema que merecesse grande atenção, a uma porque teríamos um programa exemplar, reconhecido mundialmente, e, de outro, que, após tantos anos de campanhas e desenvolvimento de tratamentos, a AIDS deixou de ser uma doença mortal para se tornar um problema crônico de um número cada vez menor de pessoas. Sem embargo, estamos mesmo perto do “fim da AIDS”? Como procuraremos mostrar aqui, ainda que haja verdade em algumas das assertivas acima, de outro lado, há que se considerar ou seu anacronismo e/ou ideologia. A AIDS, de fato, se tornou uma doença “somente” crônica (como se isso não fosse ainda um problema), realmente o Brasil foi, entre os anos 1990 e 2000 um exemplo mundial de prevenção e tratamento e é verdade que têm surgido novos medicamentos, inclusive para impedir a possibilidade de contágio – a PrEP, com 95% de eficiência (cf. abaixo). No entanto, há problemas sérios que precisam ser enfrentados: a política nacional deixou de ser um modelo há algum tempo, uma vez que, por exemplo, o país enfrenta uma nova onda de infecções principalmente entre os mais jovens; não há mais grandes campanhas e/ou discussões governamentais sobre prevenção que sejam diretas, abertas e/ou dirigidas para as chamadas populações-chave; muito da retração se dá por cortes de orçamento público devido à “crise econômica” mas também devido ao aumento do conservadorismo na política; os mais jovens não têm usado preservativos (ou adotado alguma outra forma de prevenção ou de redução de risco) com a frequência necessária e que se poderia pensar em um país com a tradição que temos sobre o tema. Estamos, enfim, diante de um grave problema que toca o Direito Fundamental à Saúde e a Saúde Pública-coletiva.



**Prevenção e tratamento de HIV-AIDS  
para HSH e mulheres trans/travestis**



# **Prevenção e tratamento de HIV-AIDS para HSH e mulheres trans/travestis**

**Crises e desafios**

Alexandre Gustavo Melo Franco de Moraes Bahia  
José Manuel Peixoto Caldas



**Diagramação:** Marcelo A. S. Alves

**Capa:** Carole Kümmecke - <https://www.conceptualeditora.com/>

**O padrão ortográfico e o sistema de citações e referências bibliográficas são prerrogativas de cada autor. Da mesma forma, o conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade de seu respectivo autor.**



Todos os livros publicados pela Editora Fi estão sob os direitos da [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR) [https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

---

Alexandre Gustavo Melo Franco de Moraes Bahia; José Manuel Peixoto Caldas

Prevenção e tratamento de HIV-AIDS para HSH e mulheres trans/travestis: crises e desafios [recurso eletrônico] / Alexandre Gustavo Melo Franco de Moraes Bahia; José Manuel Peixoto Caldas -- Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2020.

179 p.

ISBN - 978-65-87340-81-4

DOI - 10.22350/9786587340814

Disponível em: <http://www.editorafi.org>

1. Direito Constitucional; 2. Saúde Pública; 3. Políticas públicas; 4. HIV-AIDS; 5. Trans/travestis; I. Título.

---

CDD: 340

Índices para catálogo sistemático:

1. Direito 340

*Tem muita gente contaminada pela mais grave manifestação do vírus — a aids psicológica.*

*A primeira vez que ouvi falar em aids foi quando Markito morreu. Eu estava na salinha de TV do velho Hotel Santa Teresa, no Rio, assistindo ao Jornal Nacional. “Não é possível” — pensei — “Uma espécie de vírus de direita, e moralista, que só ataca aos homossexuais?” Não, não era possível. Porque homossexualidade existe desde a Idade da Pedra. Ou desde que existe a sexualidade — isto é: desde que existe o ser humano. Está na Bíblia, em Jônatas e Davi (“... a alma de Jônatas apegou-se à alma de Davi e Jônatas o amou como a si mesmo” — i Samuel, i8-), nos gregos, nos índios, em toda a história da humanidade. Por que só agora “Deus” ou a “Natureza” teriam decidido punilos?*

*Mas de coisa-que-se-lê-em-revista ou que só-acontece-aos-outros, o vírus foi chegando mais perto. Matou o inteligentíssimo Luiz Roberto Galizia, que eu conhecia relativamente bem (tínhamos até um vago e delirante projeto de adaptar para teatro Orlando, de Virginia Woolf, com Denise Stoklos no papel principal, já pensou?). Matou Fernando Zimpeck, cenógrafo e figurinista gaúcho, supertalento. E Flávio Império, Timochenko Webbi, Emile Eddé — pessoas que você encontrava na rua, no restaurante, no cinema. O vírus era real. E matava.*

*Aí começaram as confusões. A pseudotolerância conquistada nos últimos anos pelos movimentos de liberação homossexual desabou num instantinho. Eu já ouvi — e você certamente também — dezenas de vezes frases tipo “bicha tem mesmo é que morrer de aids”. Ou propostas para afastar homossexuais da “sociedade sadia” — em campos de concentração, suponho. Como nos velhos e bons tempos de Auschwitz? Tudo para o “bem da família”, porque afinal — e eles adoram esse argumento — “o que será do futuro de nossas pobres criancinhas?”*

*Só que homossexualidade não existe, nunca existiu. Existe sexualidade – voltada para um objeto qualquer de desejo. Que pode ou não ter genitália igual, e isso é detalhe. Mas não determina maior ou menor grau de moral ou integridade. (É curioso, e revelador, observar que quando Gore Vidal vem ao Brasil, toda a imprensa se refere a ele como “o escritor homossexual” mas estou certo que se viesse, por exemplo, Norman Mailer, ninguém falaria do “escritor heterossexual”.) Sim, a moral & os bons costumes emboscados por trás do falso liberalismo – e muito bem amparados pelo mais reacionário papa de toda a (triste) história do Vaticano – arreganha agora os dentes para declarar: “Viram como este vício hediondo não só corrompe, mas mata?”*

*Corrompe nada, mata nada. Acontece apenas que a única forma possível de consumação do ato sexual entre dois homens é mais favorável à transmissão do vírus, que se espalhou nesse grupo devido à alta rotatividade sexual de alguns. E é aí que começa a acontecer isso que chamo de “a mais justa das saias”. Afinal é preciso que as pessoas compreendam que um homossexual não é um contaminado em potencial, feito bomba-relógio prestes a explodir. Isso soa tão cretino e preconceituoso como afirmar que todo negro é burro e todo judeu, sacana.*

*Heteros ou homos (?) a médio prazo iremos todos enlouquecer, se passarmos a ver no outro uma possibilidade de morte. Tem muita gente contaminada pela mais grave manifestação do vírus – a aids psicológica. Do corpo, você sabe, tomados certos cuidados, o vírus pode ser mantido a distância. E da mente? Porque uma vez instalado lá, o HTLV-3 não vai acabar com as suas defesas imunológicas, mas com suas emoções, seu gosto de viver, seu sorriso, sua capacidade de encantar-se. Sem isso, não tem graça viver, concorda?*

*Você gostaria de viver num mundo de zumbis? Eu, decididamente não. Então pela nossa própria sobrevivência afetiva – com carinho, com cuidado, com um sentimento de dignidade – ô gente, vamos continuar namorando. Era tão bom, não era?*

*(Caio Fernando Abreu. A Mais Justa das Saias.*

*O Estado de S. Paulo, 25/03/1987).*

# Sumário

|   |            |
|---|------------|
| <b>Prefacio.....</b>  | <b>11</b>  |
| Pedro Garrido Rodríguez   |            |
| <b>1 .....</b>  | <b>15</b>  |
| <b>Introdução</b>   |            |
| 1.1 Metodologia.....  | 33         |
| <b>2.....</b>   | <b>39</b>  |
| <b>A Política de HIV-AIDS no Brasil</b>   |            |
| 2.1. Histórico da Política no Brasil.....   | 40         |
| 2.2. Situação Atual: na contramão do passado .....  | 71         |
| 2.3. Razões do aumento de casos .....   | 82         |
| <b>3.....</b>   | <b>98</b>  |
| <b>Os Avanços da Política sobre VIH-SIDA em Portugal</b>                                  |            |
| 3.1. VIH-SIDA em Portugal.....  | 99         |
| 3.2. Política Nacional de Combate ao VIH-SIDA.....  | 108        |
| 3.3. VIH-SIDA, Mercado de Trabalho e a Relação de Confidencialidade Médico-Paciente ..... | 118        |
| <b>4.....</b>   | <b>124</b> |
| <b>Propostas</b>  |            |
| 4.1. Algumas boas iniciativas .....   | 134        |
| <b>5.....</b>   | <b>138</b> |
| <b>Considerações Finais</b>   |            |
| <b>Referências .....</b>  | <b>155</b> |



## Prefacio

*Pedro Garrido Rodríguez*<sup>1</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) acredita que hay actualmente 36,7 millones de personas infectadas por VIH en todo el mundo. La mayoría de ellas viven en países con ingresos bajos y medianos. Se calcula que, dentro de este conjunto, alrededor de 1,8 millones son niños, la mayoría procedentes de África subsahariana, que contrajeron la infección a través de su madre durante el embarazo, el parto o la lactancia. Por fortuna, la eliminación de la transmisión de madre a hijo es uno de los aspectos en los que más se ha avanzado en los últimos años y se está convirtiendo en una realidad en muchos países.

Es cierto que desde el inicio de siglo XXI ha habido importantísimos progresos médicos y se ha logrado reducir enormemente la mortalidad de la enfermedad, que en muchos casos ha pasado de ser letal a cronificarse. De hecho, las infecciones por VIH han disminuido en un 39% y las muertes en un 51% en los últimos 20 años. Sin embargo, esto no debería llevar a minusvalorar su gravedad ni su impacto. Continúa siendo uno de los mayores problemas de salud pública mundial, ha acabado con 33 millones de vidas hasta el momento y es factor de riesgo de múltiples enfermedades, como, por ejemplo, la tuberculosis activa.

En el año 2015, la OMS presentó su “Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016–2021”. En conexión con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, plantea el objetivo principal de acabar

---

<sup>1</sup> Miembro del Instituto Jurídico Portucalense de la Universidade Portucalense (Oporto, Portugal) y del Seminario Internacional de Historia Contemporánea de los Derechos Humanos de la Universidad de Salamanca (Salamanca, España).

con la epidemia, acabar con las infecciones y mejorar la vida de las personas ya infectadas. Para lograrlo, advierte del enorme riesgo que conllevaría subestimar la enfermedad y, por el contrario, apela a redoblar los esfuerzos y promover la cooperación internacional: *La epidemia mundial ha alcanzado un punto en el que una respuesta estacionaria —el mantenimiento de la cobertura en los niveles actuales— pronto traería consigo un rebote de las nuevas infecciones por VIH y de las muertes relacionadas con este virus. Una respuesta al VIH que dependa únicamente de las intervenciones, planteamientos y alcance actuales es una invitación al fracaso.*

Los autores plantean en este libro un análisis comparativo sobre las políticas públicas de salud destinadas al tratamiento y la prevención del VIH en Portugal y en Brasil. Lo hacen, además, prestando especial atención desde el periodo de la crisis económica de 2008 en adelante y analizando pormenorizadamente cómo inciden en el objeto de estudio la situación socioeconómica y política del momento.

La lectura de esta obra evidencia un importante trabajo de documentación y síntesis. Los autores han manejado un gran volumen de bibliografía y fuentes. Han analizado con precisión la legislación nacional sobre la materia de ambos países. Especialmente reveladoras son también las informaciones extraídas gracias a las entrevistas llevadas a cabo con los propios profesionales sanitarios. También han mantenido entrevistas con miembros de asociaciones de la sociedad civil y han recogido sus impresiones y sus reivindicaciones principales. Sin duda, contar con el apoyo del Instituto de Saúde Pública (ISPUP) de la Universidade do Porto, es un referente de credibilidad y de calidad.

En el caso de Brasil, se constata un importante aumento de las infecciones durante los últimos años. Aumento que los autores vinculan con múltiples causas, dentro de las cuales tiene especial importancia la reducción de las acciones preventivas, siempre de vital importancia, acontecida dentro de la actual coyuntura política, donde el VIH ha sido relegado a un lugar secundario en materia de salud pública.

Portugal, por el contrario, tras unos años de escasez en la inversión en políticas públicas provocada por la crisis económica, se ha convertido durante los últimos años en un ejemplo a nivel mundial en el tratamiento y prevención de la enfermedad y referencia de buenas prácticas para diversos países, entre los que se encuentra Brasil. A esto ha contribuido la reactivación de las políticas de salud pública de los últimos años, como muestra la consolidación del acceso universal a la salud que se está llevando a cabo.

El libro contiene un capítulo en el que se recogen las principales propuestas de buenas prácticas en ambos países y también a escala internacional, algunas de las cuales ya se están aplicando. En este sentido, es fundamental la sensibilización para la prevención a través de todos los medios de los que se disponga. Es crucial tener en cuenta que la situación de vulnerabilidad y/o exclusión social es uno de los principales factores de riesgo. Resulta muy efectivo potenciar la colaboración entre las instituciones y la sociedad civil. En resumidas cuentas, la prevención debe ser combinada y multisectorial.

Esta obra, en definitiva, es el producto de un trabajo arduo, bien armado metodológicamente y ejecutado con gran precisión. Aborda un tema de importancia indudable en materia de salud pública y lo hace desde una perspectiva interdisciplinar, logrando que el derecho y la salud pública se muestren interrelacionados a lo largo de todo el texto, lo que aporta una riqueza que difícilmente se puede encontrar en otro tipo de estudios que abordan la cuestión de forma monográfica.

La lectura atenta de este libro esclarece cuestiones hasta ahora poco o nada conocidas, enriquece el debate científico sobre la cuestión y resulta muy recomendable e inspiradora no solamente para los gestores y profesionales de la salud pública, sino también para los investigadores, así como para aquellos miembros de la sociedad civil interesados en la materia.

Por todo ello, lo recomiendo, expreso mi gratitud a sus autores, los profesores Alexandre Gustavo Melo Franco de Moraes Bahia y José Manuel

Peixoto Caldas, por la invitación para elaborar su prefacio y les doy la enhorabuena.

Salamanca (España), agosto de 2020.

## Introdução

Este é o texto final para o período em que permaneci de licença a fim de realizar meu estágio sênior (pós-doutoramento) junto ao Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto-Portugal, sob a supervisão dos Profs. Drs. José Manuel Peixoto Caldas e José Henrique Barros.

Para a pesquisa, pretendeu-se fazer um estudo comparado entre os sistemas de tratamento para HIV-AIDS (VIH-SIDA) de Brasil e Portugal considerando avanços e retrocessos em ambos países, a partir especialmente dos momentos de crise econômica (atual do Brasil e anterior de Portugal) e avanços recentes no país lusitano desde a chegada ao poder de governos com orientação política diversa do período anterior. A hipótese era que o Brasil vive um período de retrocesso similar –porém mais grave, já que conta com adversidades histórico-culturais mais profundas<sup>1</sup> – ao que seu par passou anos atrás, o que fragiliza e põe em risco o tratamento de milhares de pessoas que vivem com HIV (além do risco do aumento de infecções). Outrossim, trabalha-se com a hipótese de que podemos aprender com a experiência portuguesa, tanto com os retrocessos dos tempos da “Troika” (2011-2015), quanto com a retomada dos direitos sociais atuais. Nesse sentido, parte da pesquisa se deu via estadia na Universidade do Porto, pois tal instituição se mostra como um lócus de excelência, por lá se encontrar o Instituto de Saúde Pública (ISPUP), referência internacional

---

<sup>1</sup> O problema do financiamento da saúde é um dos grandes destaques quando se fala em qualquer política acerca desse direito. Há vasta literatura sobre o problema, v.g.: DRESH (2015), PIOLA (2013) e PINTO; BAHIA; SANTOS (2017).

de proeminência em políticas de saúde – particularmente na questão da epidemiologia –, vinculado àquela Universidade.

Para demonstrar a hipótese foram pesquisados estudos prévios publicados em livros e periódicos, legislações dos dois países, notícias de veículos especializados e conversas com profissionais da área de saúde e organizações não-governamentais. Aliar a análise normativo-institucional, a expertise científica e de pesquisa do ISPUP e a vivência dos profissionais de saúde e dos atendidos pelas políticas constitui, para a presente, um somatório essencial para se fazer um estudo comparado em profundidade, pois que alia pesquisa teórica e prática (THIOLENT, 1986). O contato com profissionais da área foi essencial para testar os dados obtidos de órgãos oficiais e verificar, na prática, problemas por trás dos números.

O presente é o resultado de um ano de pesquisa – sendo que destes seis meses na Universidade do Porto – mas não encerra a questão. Espera-se aprofundar o problema com mais dados e interlocução no Brasil.

Antes de mais nada cabe responder à pergunta: cabe ainda se falar em HIV-AIDS no Brasil? Não seria esse um problema superado, ou ao menos, residual? Nos últimos anos nos acostumamos no Brasil a pensar que esse já não era um problema que merecesse grande atenção, a uma porque teríamos um programa exemplar, reconhecido mundialmente, e, de outro, que, após tantos anos de campanhas e desenvolvimento de tratamentos, a AIDS deixou de ser uma doença mortal para se tornar um problema crônico de um número cada vez menor de pessoas. Sem embargo, estamos mesmo perto do “fim da AIDS”?<sup>2</sup> Como procuraremos mostrar aqui, ainda que haja verdade em algumas das assertivas acima, de outro lado, há que se considerar ou seu anacronismo e/ou ideologia.

A AIDS, de fato, se tornou uma doença “somente” crônica (como se isso não fosse ainda um problema), realmente o Brasil foi, entre os anos 1990 e 2000 um exemplo mundial de prevenção e tratamento e é verdade

---

<sup>2</sup> Concordamos com a questão e com as críticas sobre isso postas por Richard Parker (2015).

que têm surgido novos medicamentos, inclusive para impedir a possibilidade de contágio – a PrEP, com 95% de eficiência (cf. abaixo).

No entanto, há problemas sérios que precisam ser enfrentados: a política nacional deixou de ser um modelo há algum tempo, uma vez que, por exemplo, o país enfrenta uma nova onda de infecções principalmente entre os mais jovens; não há mais grandes campanhas e/ou discussões governamentais sobre prevenção que sejam diretas, abertas e/ou dirigidas para as chamadas populações-chave; muito da retração se dá por cortes de orçamento público devido à “crise econômica” mas também devido ao aumento do conservadorismo na política; os mais jovens não têm usado preservativos (ou adotado alguma outra forma de prevenção ou de redução de risco) com a frequência necessária e que se poderia pensar em um país com a tradição que temos sobre o tema. Estamos, enfim, diante de um grave problema que toca o Direito Fundamental à Saúde e a Saúde Pública-coletiva.

Na agenda de pesquisa contemporânea, mais especificamente, na interface entre o Direito e a Saúde Pública/Coletiva<sup>3</sup>, destaca-se um problema que suscita especial atenção pelos desafios que erige ao Direito Universal à Saúde, tanto no Brasil, quanto em Portugal: uma complexidade que envolve coletivos locais que, apesar de cidadãos formalmente reconhecidos como iguais, são vitimizados por processos sistemáticos de violência estrutural que incluem diferentes expressões de discriminação em função da desigualdade quanto à orientação sexual e à identidade de gênero; um quadro agravado por enfermidades que, ainda que não sejam exclusividade dos LGBT, encontram nesse grupo um número proporcionalmente muito maior de acometidos. A infecção por HIV (VIH), além de

---

<sup>3</sup> Aderimos à definição da importância do enfoque da Saúde Pública para tratar do tema, nos termos da OMS (2016, p. 21): “El proyecto de estrategia se basa en un enfoque de salud pública que busca prevenir las enfermedades, promover la salud y prolongar la vida de la población. **Se procura garantizar el acceso más amplio posible a servicios de alta calidad sobre la base de intervenciones y servicios simplificados y normalizados que puedan ampliarse fácilmente, incluso en entornos donde los recursos son limitados.** El enfoque de salud pública procura lograr la **equidad sanitaria** y promover la **igualdad de género**, conseguir que las comunidades participen e incluir al sector público y el sector privado en las medidas de respuesta. Se promueve el principio de mejorar la salud en todas las políticas mediante **reformas jurídicas, regulatorias y normativas en los casos necesarios**, y se busca mejorar la integración y los vínculos entre los servicios relacionados con el VIH y otros servicios, mejorando tanto su impacto como su eficiencia” (grifos nossos).

outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) – como Hepatites, HPV, sífilis etc.<sup>4</sup> – afeta de forma desigual a população LGBT. Podem ser apontadas várias causas, mas entre elas estão certos “**determinantes sociais de saúde**”<sup>5</sup>, a saber, no caso, a marginalização estrutural pela qual passa essa população em razão de sua orientação sexual/identidade de gênero associadas a outros fatores interseccionados (cor, estrato social, desemprego, escolaridade, etc.); o que os deixa relegados ao obscurantismo e expostos a situações de risco muito maiores, inclusive porque, durante anos, não puderam expressar livremente sua sexualidade ou relações românticas de forma aberta, como será tratado ao longo deste trabalho. Como já abordado pela UNAIDS e outros órgãos em vários documentos, a discriminação estrutural em razão de sexo, orientação sexual/identidade de gênero, cor, renda, etnia, profissão, etc. são fatores que potencializam a maior exposição de alguns grupos – chamados hoje de “populações- chave” (infra) – ao risco de contrair HIV e outras IST<sup>6</sup>. Não se trata mais de se falar em “grupo de risco” (e nem mesmo em “comportamento de risco”) mas em populações vulneráveis.

O fato da população de homens gays ter sido associada à epidemia desde o início ainda provoca ressonâncias quase quarenta anos depois<sup>7</sup> –

---

<sup>4</sup> Por uma questão metodológica a pesquisa é focada em HIV-AIDS, o que não exclui a urgência na revisão das políticas também sobre outras IST.

<sup>5</sup> Usamos a expressão no sentido tratado pelos estudos da Saúde Pública, e.g., BUSS; PELLEGRINI FILHO (2007). Um Documento de referência para os Determinantes Sociais de Saúde é: “Diminuindo Diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde”, fruto da “Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde”, realizada no Rio de Janeiro em outubro de 2011. Nele se lê, por exemplo, que a “maior parte da carga de doenças – assim como as iniquidades em saúde, que existem em todos os países – acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem. esse conjunto de condições é chamado ‘determinantes sociais da saúde’, um termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde. Os determinantes mais importantes são aqueles que estratificam a sociedade – os determinantes estruturais –, tal como a distribuição de renda, a discriminação (por exemplo, baseada em gênero, classe, etnia, deficiência ou orientação sexual) e a existência de estruturas políticas ou de governança que reforcem ao invés de reduzir as iniquidades relativas ao poder econômico. esses mecanismos estruturais que influenciam a posição social ocupada pelos indivíduos são a causa mais profunda das iniquidades em saúde. As discrepâncias atribuíveis a esses mecanismos moldam a saúde dos indivíduos através de determinantes intermediários, como as condições de moradia e psicossociais, fatores comportamentais e biológicos, além do próprio sistema de saúde” (OMS, 2011, p. 2).

<sup>6</sup> Sobre isso, ver, por exemplo: MORAES (2105), MORAES; BAHIA (2014), SOUSA (2017), FERNANDES (2017) e DIAS (2016, p. 15-16).

<sup>7</sup> “[T]he fact that HIV was first identified in gay men indelibly marked the global response, stigmatized those living with the virus, limited effective public health responses in some cases, and drove coercive and punitive ones in others” (BEYRER, 2012, p. 424). A correlação entre discriminação e o HIV será retomada ao longo do texto.

por isso a pesquisa se concentra nos grupos de gays (e outros homens que fazem sexo com homens – HSH) e mulheres trans/travestis – e considera não só as violações gerais de direitos humanos mas, especificamente, a violação do direito à saúde, tanto como prevenção como tratamento.

A respeito de discriminação e estigma, além de legislações que serão apresentadas no decorrer do trabalho, ao se consultar as Constituições dos dois países percebe-se que ambas vedam quaisquer formas de discriminação. Assim é na Constituição portuguesa de 1976:

Artigo 13.º

Princípio da igualdade

1. Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei.
2. **Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de** ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou **orientação sexual**<sup>8</sup> (grifos nossos).

E na Constituição **brasileira** de 1988 traz disposições muito similares:

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:  
(...)

IV - **promover o bem de todos, sem preconceitos** de origem, raça, sexo, cor, idade e **quaisquer outras formas de discriminação**.

(...)

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes (...) (grifos nossos).

O **direito de igualdade**, ao comportar, ao mesmo tempo, **isonomia** (igualdade formal), **equidade** (igualdade material) e **diversidade** impõe

---

<sup>8</sup> Como lembram CANOTILHO; MOREIRA (2007, p. 349), a vedação de discriminação por orientação sexual foi acrescentada ao dispositivo constitucional em 2004 e “pretendeu dar acolhimento a algumas reivindicações das chamadas minorias sexuais quanto ao *direito à identidade sexual* e quanto à proibição da privação de direitos por motivo de homossexualidade”.

não só que todos sejam tratados como iguais perante a lei para algumas situações, que, também, haja políticas de igualação para diminuir desigualdades fáticas para outros casos mas, também, estabelece que às vezes a ação terá que ser reconhecer a existência de certas “diferenças” e que tais não devem ser aplainadas (BAHIA, 2019).

Tais esclarecimentos são particularmente importantes no debate aqui porque ao se falar sobre políticas de prevenção/tratamento de HIV-AIDS para HSH, mulheres trans/travestis a **igualdade reaparece em suas três dimensões**: como isonomia, já que tais grupos têm o direito de ser tratados como cidadãos que são com a mesma dignidade dos demais: como equidade, já que discriminações históricas aumentam o estigma e a discriminação relacionando tais grupos com o vírus/doença, e, logo, são necessárias ações positivas de inclusão e, finalmente, como diversidade, o reconhecimento de que apesar de ser um problema que atinge a todos, tem-se aqui algo que afeta particularmente aqueles grupos citados, o que irá demandar o reconhecimento de sua especificidade e, logo, ações direcionadas que percebam e atuem sobre de forma pontual<sup>9</sup>.

Assim, os sistemas constitucionais de ambos países proíbem que a soropositividade (real/percebida) possa ser utilizada como meio de discriminação/estigma. No entanto, ainda há um caminho longo para se alcançar esse objetivo, pois que se nos anos 1980 o desconhecimento, o sensacionalismo midiático e o medo em torno da doença poderiam explicar o preconceito, passados quase quarenta anos e com toda a informação e tratamento disponíveis, percebe-se que aquele possui outras fontes e se insere num processo de exclusão social de pessoas e grupos específicos e que este processo aumenta a vulnerabilidade e o risco à infecção, como lembram Simone Monteiro e Wilza Villela (2019).

Em que pesem a magnitude e a transcendência dos problemas colocados, a pesquisa em torno deles na interface entre o Direito e a Saúde

---

<sup>9</sup> Em sentido similar CANOTILHO; MOREIRA (2007, p. 342): “no que respeita à *função de protecção* do princípio da igualdade, no sentido de obrigação de discriminações positivas, ele constitui inequivocamente uma *imposição constitucional* de igualdade de oportunidades, cujo não cumprimento justifica a inconstitucionalidade por omissão”.

ainda é incipiente. Destaca-se que, nesse sentido, tanto a proposta de saúde da Constituição Brasileira de 1988 quanto da Constituição de Portugal de 1976 apresentam a questão da universalidade do direito à saúde.

No Brasil, desde a Constituição de 1988, a saúde se tornou um direito de acesso universal e independente de contribuição. Ele é um direito fundamental, de cumprimento progressivo e cogente, sendo vedados o retrocesso e quaisquer tentativas de tentar diminuí-lo, já que protegido como cláusula pétrea (art. 6o, §4º – CR/88). O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das grandes conquistas da atual ordem jurídico-constitucional, o maior sistema público de saúde do mundo em número de atendimentos/procedimentos<sup>10</sup>. Um dos princípios que regem o SUS é o da equidade, fundamental construção para a resposta que o país deu à epidemia – o “**princípio da equidade na saúde**” significa que “o atendimento deve ser feito de acordo com as necessidades de cada pessoa, oferecendo mais a quem mais precisa” (BRASIL, 2017b, p. 33)<sup>11</sup>.

Sobre as implicações do direito universal e gratuito à saúde garantido pela Constituição (arts. 6º e 196-200) vale a pena citar um caso particularmente importante para o presente que foi o julgamento do Agravo Regimental no RE. n. 271.286 pela 2ª Turma do STF (Rel. Min. Celso de Mello, DJ. 24.11.2000), que possui a seguinte ementa:

**PACIENTE COM HIV/AIDS - PESSOA DESTITUÍDA DE RECURSOS FINANCEIROS - DIREITO À VIDA E À SAÚDE - FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS - DEVER CONSTITUCIONAL DO PODER PÚBLICO (CF, ARTS. 5º, CAPUT, E 196) - PRECEDENTES (STF) - RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO. O DIREITO À SAÚDE REPRESENTA CONSEQÜÊNCIA CONSTITUCIONAL INDISSOCIÁVEL DO DIREITO À VIDA. - O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196).** Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o

---

<sup>10</sup> Cf. *e.g.*, GIOVANELLA *et al.* (2018).

<sup>11</sup> Ver também: OMS (2016, p. 38 e ss.), LIONÇO (2008) e VIEIRA; BENEVIDES (2016, p. 6-7).

**Poder Público, a quem incumbe formular - e implementar - políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, inclusive àqueles portadores do vírus HIV, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar.** - O direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas - representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional. **A INTERPRETAÇÃO DA NORMA PROGRAMÁTICA NÃO PODE TRANSFORMÁ-LA EM PROMESSA CONSTITUCIONAL INCONSEQÜENTE.** - O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política - que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro - não pode converter-se em promessa constitucional inconseqüente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado. **DISTRIBUIÇÃO GRATUITA DE MEDICAMENTOS A PESSOAS CARENTES.** - O reconhecimento judicial da validade jurídica de programas de distribuição gratuita de medicamentos a pessoas carentes, inclusive àquelas portadoras do vírus HIV/AIDS, dá efetividade a preceitos fundamentais da Constituição da República (arts. 5º, caput, e 196) e representa, na concreção do seu alcance, um gesto reverente e solidário de apreço à vida e à saúde das pessoas, especialmente daquelas que nada têm e nada possuem, a não ser a consciência de sua própria humanidade e de sua essencial dignidade. Precedentes do STF (grifos nossos)<sup>12</sup>.

Assim, o Brasil, por muitos anos, foi mencionado como uma referência mundial no tratamento de HIV-AIDS. Isso, no entanto, vem mudando

---

<sup>12</sup> Tratava-se de um recurso contra decisão que, em sede de Recurso Extraordinário, havia confirmado acórdão do TJRS que condenou tanto o Estado do Rio Grande do Sul quanto o município de Porto Alegre a fornecerem gratuitamente medicamentos para o tratamento de HIV-AIDS para pacientes sem recursos financeiros. O Agravo foi rejeitado, mantendo-se a decisão dada no RE. Vale mencionar outros casos similares que já haviam sido julgados pelo STF, como, por exemplo, o RE. n. 236.200 e o RE. n. 242.859, além de outros citados pelo Relator, Min. Celso de Mello.

por influências de pelo menos duas ordens<sup>13</sup>: a ascensão de grupos religiosos conservadores na política e, ultimamente, a crise econômica – esta última fez ser aprovada a EC 95/2016 que limitou os (e até permite o retrocesso dos) gastos com saúde<sup>14</sup>. As consequências do primeiro fator, somado ao segundo já resultam em críticas da UNAIDS ao Brasil (ARRUDA, 2012a e 2012b) e, objetivamente, não surpreendente aumento do número de infecções entre os mais jovens – na contramão do que vinha ocorrendo até alguns anos e de boa parte dos demais países – e em dificuldades encontradas por pessoas vivendo com HIV para o acesso pleno ao tratamento – igualmente um dado surpreendente entre nós que tínhamos um modelo tido como referência (ROSA, 2017). Consideramos, com Dworikin (2001) que, sendo um Direito Fundamental, a saúde deve se constituir em um trunfo do qual podem se valer os cidadãos em geral – e as minorias em particular – contra argumentos que fogem à lógica do direito: no caso, argumentos religiosos e/ou econômicos. No Direito razões pragmático-econômicas (como o problema dos custos) não podem definir se, por exemplo, o Estado pode optar entre cuidar da saúde da coletividade em detrimento de uma pessoa/grupo, uma vez que ninguém pode ser usado como meio para se obter fins maiores – essa é, aliás, uma das principais decorrências do princípio da dignidade humana.

Em Portugal, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) é “tendencialmente gratuito” nos termos da Constituição<sup>15</sup>. CANOTILHO e MOREIRA (2007, p. 826) defendem que o direito à saúde estabelece algumas obrigações incontornáveis ao Estado, como, por exemplo, criar/manter o Sistema

---

<sup>13</sup> Há vários fatores que explicam a nova onda de infecções. Iremos tratar de alguns deles. Quando mencionamos dois deles, pois, não limitamos que haja outros, apenas estamos chamando a atenção para fatores que transcendem questões biomédicas, mas que atuam diretamente sobre o problema.

<sup>14</sup> Como já se afirmava em Editorial de publicação da ABIA em 2016: “Outrora modelo para o mundo na resposta à epidemia do HIV e da AIDS, o Brasil de 2016 caminha em retrocesso. Mergulhado na pior crise político econômica experimentada desde a fase pós-democratização, o maior país da América do Sul perdeu a capacidade de construir uma resposta à epidemia utilizando o seu maior trunfo: a experiência dos movimentos sociais. O Brasil deixou de lado a expertise para o amplo diálogo intersetorial, a articulação da saúde com os direitos humanos e a capacidade de atenção aos princípios da universalidade, da justiça e da participação social” (ABIA, 2016, p. 6).

<sup>15</sup> Art. 64º: “1. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. 2. O direito à proteção da saúde é realizado: a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições econômicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito; (...)”.

Nacional de Saúde, que se constituiria em um “serviço público obrigatório de activação necessária e de existência irreversível (se bem que não insusceptível de reforma)”.

Não obstante ser um direito fundamental que impõe obrigações ao Estado, durante os anos de vigência da “Troika”<sup>16</sup>, contrariou-se tal intento ao se majorar as taxas moderadoras<sup>17</sup> para muitas especialidades e procedimentos médicos – via Decreto-lei n. 113/2011. Tal norma que sofreu alterações recentes sob o novo governo de coalisão, à esquerda, mudando alguns aspectos do “Memorando de Atendimento” determinado pelo FMI à época – política conhecida como “Troika”. O atendimento, para a maioria dos casos, é feito segundo a divisão em “cuidados de saúde primários” e “cuidados de saúde secundários”: a entrada no SNS ocorre através da primeira classe, constituída por Centros de Saúde, Postos Médicos e consultórios de algumas especialidades. A segunda classe inclui a maior parte dos tratamentos em hospitais, ambulatorios e internações. É nessa segunda classe que estão os infectologistas (“infeciologistas”), responsáveis pelo tratamento dos pacientes, e não estão disponíveis em todos os hospitais do SNS: quem tem um teste positivo para o HIV (ou VIH, como se diz em Portugal) é encaminhado a um Centro de Saúde e este o encaminha para um hospital de referência (Lei n. 48/1990). Os pacientes têm acesso gratuito às consultas, antirretrovirais, exames e tratamentos relacionados à infecção independentemente de sua condição econômica<sup>18</sup>.

No ano 2000 a ONU lançou os “Objetivos do Milênio”. Vale anotar que quatro deles se relacionam com a saúde sexual e reprodutiva, mencionando especificamente entre tais o combate ao HIV-AIDS. Em 2001 foi aprovada a “Declaração de Compromisso na Luta contra o HIV-AIDS” em

---

<sup>16</sup> Cf. PORTUGAL (2011a) e, sobre o texto do “Memorando de Entendimento”, ver IMF (2011).

<sup>17</sup> Em Portugal, assim como em outros países da União Europeia, considera-se a condição econômica e social do usuário, havendo tabelas de custos que aquele pode ser obrigado a pagar pelo uso do serviço médico. Esses valores são chamados de taxas moderadoras. Sobre o aumento das taxas durante o período da Troika ver MARQUES; MACEDO (2018).

<sup>18</sup> Cf. PORTUGAL (2007), CPLP/UNAIDS (2010), CUNHA-OLIVEIRA; CUNHA-OLIVEIRA; CARDOSO (2016, p. 143). Sobre a situação dos imigrantes ilegais em Portugal e o problema do HIV, ver: DIAS; MARQUES; MARTINS (2014).

que os países assumiam compromissos frente à epidemia que, àquele momento, aumentava entre mulheres e possuía dados alarmantes nos países da África Subsaariana. O que há em comum, no entanto, é que as estratégias contra o crescimento da epidemia envolvem não só ações técnicas para criação/aumento de programas de prevenção, mas também questões envolvendo direitos humanos (como a eliminação de barreiras de acesso a meios de prevenção e criação de normas contra o estigma e a discriminação), inclusive contra a pobreza, já indicada como um fator de risco<sup>19</sup>. Em 2006 o Secretário-Geral da ONU publicou um Relatório fazendo um balanço dos cinco anos da Declaração de 2001. Entre outras questões lembra, baseado no “Informe sobre o Desenvolvimento Humano” de 2005, que a AIDS era a principal causa de retrocesso na história do desenvolvimento humano. Chama a atenção para o aumento de casos entre mulheres e jovens de 15 a 24 anos (mais da metade dos novos casos já eram de jovens). Outro dado preocupante era que os Programas não alcançavam as populações de maior risco: por exemplo, só 9% dos homens homossexuais recebiam serviços de prevenção em 2005<sup>20</sup>.

A Declaração foi renovada na Assembleia Geral da ONU em 2006 em termos similares, mas chamando a atenção para alguns dados que são importantes para nós aqui, como:

8. Expresamos profunda preocupación por el hecho de que **la mitad de los nuevos infectados por el VIH sean niños y jóvenes menores de 25 años y de que los jóvenes carezcan de información y conocimientos en relación con el VIH/SIDA;** (...)

---

<sup>19</sup> Cf. [https://www.unaids.org/sites/default/files/sub\\_landing/files/aidsdeclaration\\_es\\_o.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/aidsdeclaration_es_o.pdf). Ver também UNAIDS (2017c, p. 2): “las actitudes sociales negativas y obstáculos jurídicos, contribuyen a la vulnerabilidad de estos grupos poblacionales frente al VIH y limitan su acceso a los servicios de prevención, pruebas, tratamiento y atención sanitaria”. O mesmo documento lista quais seriam os principais Direitos Humanos envolvidos na questão: “Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y buena calidad de los servicios. No discriminación e igualdad. Privacidad y confidencialidad. Respeto a la dignidad y autonomía de la persona. Participación significativa y rendición de cuentas” (UNAIDS, 2017c, p. 9). No final deste documento a UNAIDS provê um *check list* para que se possa avaliar se as políticas implementadas estão de acordo os princípios (*idem*, p. 34 e ss.).

<sup>20</sup> O Relatório completo está disponível em: [https://www.unaids.org/sites/default/files/sub\\_landing/files/20060324\\_sgreport\\_ga\\_a60737\\_es.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20060324_sgreport_ga_a60737_es.pdf).

12. Reafirmamos también que **el acceso a los medicamentos** en el contexto de una pandemia como la del VIH/SIDA es uno de los elementos fundamentales para llegar progresivamente a la plena realización del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental;
13. Reconocemos que, en muchas partes del mundo, **la propagación del VIH/SIDA es causa y efecto de la pobreza** y que la lucha efectiva contra el VIH/SIDA es esencial para alcanzar los objetivos y las metas de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los objetivos de desarrollo del Milenio; (...)
24. **Nos comprometemos a superar los obstáculos jurídicos, normativos y de otro tipo que impiden el acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo, los medicamentos, los productos básicos y los servicios eficaces para luchar contra el VIH;**
25. **Nos comprometemos a promover**, a nivel internacional, regional, nacional y local, **el acceso a la educación, la información**, la atención psicológica y los análisis a título voluntario, así como a otros servicios afines en materia de VIH/SIDA, protegiendo plenamente la confidencialidad y respetando el consentimiento... (grifos nossos)<sup>21</sup>.

Cinco anos depois, em 2011, é aprovada nova Resolução reafirmando os compromissos anteriores e, além de mostrar alguns avanços, chama a atenção para problemas antigos – como o avanço da doença entre mulheres e jovens – e novos, como o problema do financiamento mundial contra o HIV-AIDS ou **a existência de campanhas de prevenção “genéricas”, que não atingem os grupos mais afetados**. Diante dos dados e desafios, os países (re)assumem uma série de compromissos e metas, entre eles:

61. Nos comprometemos a asegurar que las estrategias nacionales de prevención abarquen lo más completamente posible a los grupos de población que corren mayor riesgo y que se fortalezcan los sistemas de reunión y análisis de datos sobre esos grupos de población, y a tomar medidas para asegurar que esos grupos de población tengan acceso a los servicios relacionados con el VIH,

---

<sup>21</sup> Disponível em: [http://srhhivlinkages.org/wp/wp-content/uploads/2013/04/ungassdec\\_2006\\_es.pdf](http://srhhivlinkages.org/wp/wp-content/uploads/2013/04/ungassdec_2006_es.pdf). O Conselho de Direitos Humanos da ONU aprovou a Resolução 12/27 “Protección de los derechos humanos en el contexto del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)”, de 02/10/2009, na qual expressa preocupações com o quadro da doença naquela altura.

entre ellos las pruebas de detección y el asesoramiento voluntarios y confidenciales, para alentarlas así a acceder a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relativos al VIH;

62. Nos comprometemos a tratar de reducir la transmisión sexual del VIH en un 50% para 2015; (...)

77. Nos comprometemos a intensificar los esfuerzos nacionales encaminados a crear marcos jurídicos, sociales y normativos en cada contexto nacional a fin de eliminar el estigma, la discriminación y la violencia relacionados con el VIH y promover el acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relativos al VIH y el acceso no discriminatorio a la educación, la atención de la salud, el empleo y los servicios sociales, a proporcionar protección jurídica a las personas afectadas por el VIH, (...) y a promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales, prestando especial atención a las personas vulnerables al VIH y afectadas por él<sup>22</sup>;

Em 2014 a UNAIDS lançou as metas “**90-90-90**” para 2020: que 90% dos infectados estejam diagnosticados; que 90% deles tenha acesso ao tratamento com antirretrovirais (TAR) e que 90% dos que estão sendo tratados tenham carga viral indetectável (UNAIDS, 2014). Dessa forma a doença estaria sob controle até 2030, uma vez que “Indetectável = Intransmissível” (infra).

Na Assembleia Geral da ONU em 2016 foi aprovada a Resolução A/70/L.52: “Declaração Política sobre HIV e AIDS: Acelerar a Resposta para lutar contra o HIV e acabar com a epidemia de AIDS até 2030” pela qual os países se comprometeram a erradicar a epidemia de AIDS até 2030. Para isso assumiram o encargo de:

intensificar os esforços para alcançar o objetivo de oferecer programas integrais de prevenção, tratamento, atenção e apoio que ajudarão a reduzir

---

<sup>22</sup> Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8276.pdf>. Vale a pena mencionar também os “Princípios de Yogyakarta”, que, apesar de não ser uma Convenção formal de Direitos Humanos, têm diretrizes que servem de fundamento para ações em vários países. Vale destacar o Princípio n. 17: “Toda pessoa tem o direito ao padrão mais alto alcançável de saúde física e mental, sem discriminação por motivo de orientação sexual ou identidade de gênero. A saúde sexual e reprodutiva é um aspecto fundamental desse direito”; e o Princípio n. 18: “Nenhuma pessoa deve ser forçada a submeter-se a qualquer forma de tratamento, procedimento ou teste, físico ou psicológico, ou ser confinada em instalações médicas com base na sua orientação sexual ou identidade de gênero. A despeito de quaisquer classificações contrárias, a orientação sexual e identidade de gênero de uma pessoa não são, em si próprias, doenças médicas a serem tratadas, curadas ou eliminadas” (Disponível em: [http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios\\_de\\_yogyakarta.pdf](http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf)).

significativamente novas infecções, a aumentar a expectativa e qualidade de vida, a promoção, proteção e o cumprimento de todos os direitos humanos e a dignidade de todas as pessoas vivendo com HIV e AIDS, e aquelas sob risco de contrai-los ou que sejam afetados por ambos, bem como suas famílias (ONU, 2016).

Segundo o Relatório de 2019 da UNAIDS (2019c) entre 2010 e 2018 o mundo experimenta quedas consistentes tanto de novos casos quanto de mortes em decorrência do HIV-AIDS, inclusive na África. No entanto, há exceções, como o Leste Europeu e a América Latina. No caso desta última vale anotar a diferença dos dados quando se inclui ou não o Brasil:

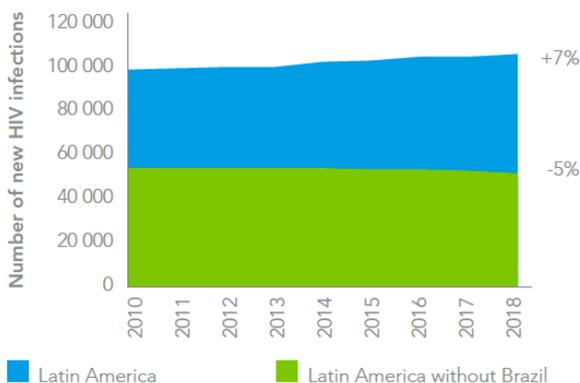


Figura 1. Novos casos de infecção por HIV entre 2010-2018 (UNAIDS, 2019c)

Como se percebe, quando se retira o Brasil dos dados sobre a América Latina esta apresenta queda de 5% de novos casos entre 2010-2018. No entanto, ao se somar o Brasil, a região apresenta alta de 7%. Para um país que, como dissemos, era exemplo mundial na luta contra o HIV-AIDS, algo está errado, ainda que, é preciso dizer, a própria UNAIDS considera que países de grandes dimensões têm, em geral, desempenho pior que outros vizinhos menores – e cita os casos do Brasil, Índia, China, África do Sul, Irã e Sudão (UNAIDS, 2019c, p. 8). Ainda assim, nenhum destes outros países tem o histórico de sucesso que o Brasil possuía na luta contra o vírus, o que coloca novamente o problema. Voltaremos ao caso do Brasil mais à frente.

Outra questão importante no presente trabalho refere-se ao dado de que o crescimento de novos casos de infecção se concentra no que hoje se chama de “populações-chave” e “populações-prioritárias”.

As **populações-chave** seriam: HSH (homens que fazem sexo com homens, o que inclui gays, bissexuais e mesmo aqueles que se identificam como heterossexuais, mas mantêm relações sexuais mais ou menos episódicas com outros homens)<sup>23</sup>, população trans, profissionais do sexo, usuários de álcool/drogas e pessoas presas. Segundo a UNAIDS (2014, p. 12):

En 2014, el Informe de déficits y diferencias (Gap Report) publicado por ONUSIDA puso de manifiesto las formas en las que muchos grupos de población se están quedando atrás. Al estar expuestas a un riesgo y una vulnerabilidad desproporcionados, las poblaciones clave exigen una respuesta prioritaria basada en los derechos humanos. Sin embargo, debido a la persistencia del estigma, la discriminación y la exclusión social, los miembros de poblaciones clave sufren un acceso desigual a los servicios de atención y no obtienen resultados óptimos en materia de salud.

---

<sup>23</sup> A terminologia “HSH” surge em um contexto médico e também com o objetivo de desvincular o HIV e a AIDS de uma orientação sexual específica – gay – e passar a tratar a questão do comportamento, além de poder abarcar homens que, mesmo não se identificando como gays (ou bissexuais) têm relações sexuais mais ou menos frequentes com outros homens. Cria-se uma categoria que não tem a ver com identidade, com ganhos e perdas na criação do termo. Uma das críticas é que ele “não deu origem a abordagens mais complexas e multifacetadas da sexualidade, antes se mantendo um registro generalizante (...). Se antes o comportamento era equacionado à identidade, com a categoria HSH o comportamento é descontextualizado da identidade” (DIAS, 2016, p. 89). Ainda sobre a cientificidade e/ou utilidade do termo “HSH” ver também BARREDA (2010, p. 45): “Aunque resulte tautológico, desde el punto de vista epidemiológico el término (...) incluye a todos los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Esta categoría epidemiológica, basada en lo comportamental, intenta superar la supuesta homogeneidad que presentan ciertas categorías identitarias y revelar así una enorme diversidad y heterogeneidad, a partir de la compleja interrelación entre deseo sexual, prácticas y comportamientos sexuales, redes socio-sexuales y roles de género. El HSH representa, de esta manera, una categoría inclusiva y residual, al incorporar a aquellos sujetos cuyas prácticas no adscriben a ninguna de las identidades sociosexuales: homosexual, gay, bisexual, transgénero, travesti, transexual. En ese sentido, surge una paradoja: la categoría HSH, si bien contempla e incluye la dimensión identitaria, a la vez incorpora prácticas que no definen identidad, dado que son determinadas prácticas sexuales las que pueden transmitir el VIH y no el hecho de adscribir (o no) a una identidad determinada”. A não discussão sobre questões de identidade da comunidade LGBT (e de quem, apesar de não se identifica, mantém relações sexuais com eles) é um problema ao se pesquisar as razões pelas quais o grupo “HSH” e mulheres trans e travestis concentram, proporcionalmente, a maior parte dos casos de infecção. Ver também ESTRADA-MONTOYA (2014). Apesar de todas as críticas ao termo, é preciso lembrar que, em várias pesquisas feitas nem sempre aqueles homens que fazem sexo com outros homens (de forma habitual ou não) se identificam como gays ou mesmo como bissexuais, o que faz com que a categoria “artificial” HSH seja útil na discussão acadêmica e mesmo de formação de políticas públicas.



Figura 2: Populações-chave para o HIV (BRASIL, 2017b)

As **populações-prioritárias** compreendem: negros, pessoas em situação de rua, jovens e indígenas.



Figura 3: Populações-prioritárias para o HIV (BRASIL, 2017b)

No primeiro grupo o foco ocorre porque são “afetadas desproporcionalmente pelo HIV quando comparadas à população geral”. No segundo grupo estão aqueles “resultantes de dinâmicas sociais locais e, portanto, variam de acordo com o território. Suas fragilidades devem-se menos a padrões específicos de comportamento, generalizáveis nacionalmente, do que às condições sociais dos locais em que se encontram” (BRASIL, 2017a, p. 15).

Mais de uma vez o grupo dos mais jovens será mencionado no trabalho já que é nessa faixa etária onde há um crescimento desproporcional de novas infecções e de mortes relacionadas ao HIV. Em um Documento de 2014, por exemplo, a UNAIDS chamava a atenção para o dado mundial de que mortes de adolescentes (entre 10 e 19 anos) que vivem com HIV havia aumentado 50% entre 2005 e 2012; mais, que a AIDS era a segunda maior causa de morte entre os adolescentes no mundo àquela altura (UNAIDS, 2014, p. 13)<sup>24</sup>. Não é incomum que adolescentes encontrem barreiras adicionais para aceder a métodos de prevenção e de tratamento relacionadas a leis que, por exemplo, exigem permissão dos pais/responsáveis para que eles tenham acesso a preservativos e/ou possam fazer o teste.

Ora, se falamos em crescimento de casos entre os mais jovens seria natural que políticas sobre HIV-AIDS fossem combinadas entre os responsáveis políticos das áreas de saúde e educação. As escolas são um local privilegiado para se discutir, cientificamente, o HIV-AIDS, no entanto no Brasil tem sido cada vez mais difícil fazê-lo em escolas públicas. Ao considerarmos o atual cenário brasileiro de críticas à educação de gênero nas escolas e o *pânico moral*<sup>25</sup> relacionado a qualquer discurso que fale abertamente sobre saúde sexual e reprodutiva, percebemos que o problema

---

<sup>24</sup> Ver também o item 39 da Resolução A/70/L.52 da ONU (2016).

<sup>25</sup> MONTEIRO; VILLELA (2019) definem pânico moral como “um processo no qual um grupo social em situação de poder começa a difundir a ideia de que atitudes ou comportamentos de outros grupos – em geral minoritários ou em situação de desigualdade – pode representar uma ameaça para a sociedade. O que provoca uma reação de repulsa e evitação destes grupos (...). Enquanto mecanismo que fomenta a desigualdade, o pânico moral opera como instrumento de produção e reprodução da violência estrutural. Aquele tipo de violência que não é exercida por um sujeito sobre outro, e sim que atua por meio de estruturas políticas, sociais e econômicas no sentido de gerar e manter desigualdades sociais”.

tende a se agravar – a despeito de possuímos material e diretrizes institucionais para tratar de sexualidade e gênero nas escolas desde meados da década de 1990 e do que lembra a UNESCO (2018, p. 54): “[u]ma revisão de 22 estudos mostrou que programas abrangentes de educação em sexualidade que abordavam as relações de poder de gênero tinham cinco vezes mais chance que outros programas de serem eficazes na redução das taxas de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não planejada”<sup>26</sup>. Nesse sentido ainda a **lei 12.852/2013 (“Estatuo da Juventude”)** coloca como diretrizes quanto à saúde para os jovens (art. 20):

IV - garantia da inclusão de temas relativos ao consumo de álcool, tabaco e outras drogas, à saúde sexual e reprodutiva, com enfoque de gênero e dos direitos sexuais e reprodutivos nos projetos pedagógicos dos diversos níveis de ensino; (...)

IV - garantia da inclusão de temas relativos ao consumo de álcool, tabaco e outras drogas, à saúde sexual e reprodutiva, com enfoque de gênero e dos direitos sexuais e reprodutivos nos projetos pedagógicos dos diversos níveis de ensino;

Como a pesquisa foi focada na população LGBT, daremos ênfase aos dados sobre HSH e mulheres transexuais e travestis. Ademais, vamos apontar algumas causas pela maior incidência – e menor proteção – desse grupo frente àquelas enfermidades. De acordo com a UNAIDS (2019c), HSH têm vinte e duas vezes mais risco de infecção do que outros homens adultos; no caso de mulheres trans e travestis o risco é doze vezes maior. Em outros termos:

Gay men and other men who have sex with men accounted for an estimated 17% of new HIV infections globally, including more than half of new HIV infections in western and central Europe and North America, 40% in Latin

---

<sup>26</sup> Sobre isso ver: PEREIRA; BAHIA (2011), FERREIRA JR. *et al.* (2016, p. 413) e CÁCERES (2004, p. 1473). Sobre o material sobre Educação em Sexualidade e Gênero ver, *e.g.*: UNESCO (2010), que discute as bases para se pensar o tema nas escolas e, inclusive, lembra Documentos Internacionais que garantem essa formação como um Direito Humano de todos os estudantes. Não é diferente a orientação do governo brasileiro, pelo menos tradicionalmente do ponto de vista formal/institucional, como se pode ser na Cartilha “Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva” do Ministério da Saúde (2013a).

America, 30% in Asia and the Pacific, 22% in the Caribbean, 22% in eastern Europe and central Asia, 18% in the Middle East and North Africa, and 17% in western and central Africa. (...) Transgender women made up a small amount of new HIV infections globally, but they accounted for 5% of new HIV infections in the Caribbean and 4% of new infections in Latin America and western and central Europe and North America (UNAIDS, 2019c, p. 9-10).

Ainda, quando se considera a América Latina, o quadro dos casos de infecção em 2018 mostra que HSH correspondem a 40% dos casos enquanto o restante da população (isto é, aqueles que estão fora da “população-chave”) corresponde a 35% (UNAIDS, 2019c, p. 11). Retomaremos essas questões várias vezes ao longo do trabalho.

Os dados de aumento de infecção na população de HSH também são reportados no amplo estudo feito por KERR *et al.* “HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling”:

Although global evidence shows an overall reduction in (...) AIDS (...) cases in many countries the human immuno-deficiency virus (HIV) epidemic among men who have sex with men (MSM) in low-, middle-, and high-income countries appears to be expanding. MSM are at high risk for HIV infection because of the syndemic of structural, biological, and behavioral vulnerabilities that act together to increase the chances of being infected. (...) From 2010 to 2015, Brazil, a country with a history of an exemplary AIDS prevention program, is now among those countries in Latin America (LA) and Caribbean where HIV infection among adults has increased (KERR, 2018b, p. S10).

Uma política atual de enfrentamento do problema do HIV-AIDS precisa envolver diversas abordagens (o que vem sendo chamado de “prevenção combinada”, conforme será visto) e considerar que cada grupo precisa ser tratado de forma contextualizada, o que implica ouvir os afetados para então se formular estratégias de ação. Isso vale para cada uma das populações-chave e aqui, em especial, HSH e mulheres trans/travestis.

## 1.1 Metodologia

A pesquisa aqui apresentada possuiu viés de comparação, tanto de direito comparado – entre Brasil e Portugal – quanto ao direito à saúde, especificamente ao tratamento de HIV-AIDS da população LGBT quanto de comparação de perspectivas de diferentes ciências: o Direito e a Saúde (portanto, em perspectiva interdisciplinar). O desafio foi em estabelecer marcos de comparação entre as legislações dos dois países de forma a não se repetir perspectivas tradicionais de “centro e periferia”, pois que ambos países, na temática, possuem vantagens e desvantagens, avanços e desafios – além de diferenças imensas quanto à extensão territorial, população, economia, etc. Assim, parte de considerar o **paradigma do Estado Democrático de Direito** (Estado de Direito Democrático como se convencionou chamar em Portugal) tal qual enunciado por autores como Habermas (1998),<sup>27</sup> paradigma válido para os dois países e, então, questionar as exigências daquele face ao acesso universal e gratuito à saúde, notadamente quanto ao tratamento de HIV-AIDS e, mais particularmente, considerando o acesso de uma população historicamente discriminada, a saber, os LGBT às políticas de prevenção e tratamento daquela doença. Ademais, a metodologia comparada não se resumiu à contraposição de normas em abstrato, mas parte de um “**comparativismo integrado**” que percebe o papel dos direitos fundamentais como norte de análise entre sistemas, como defendem Dierle Nunes (2010) e Michele Taruffo (2006)<sup>28</sup>.

Quanto à **interdisciplinaridade**, tanto o Direito quanto a Saúde podem aprender um com o outro, estabelecendo pontes através das quais saberes de um podem ser utilizados para resolver problemas e aporias verificados no outro. As contribuições da **Saúde Pública** (e, nestas, também da Epidemiologia e da Medicina Preventiva) são essenciais para o conhecimento e o dimensionamento dos problemas aqui elencados. Nesse sentido o chamado **Direito Sanitário** se constitui em uma ponte que une

---

<sup>27</sup> Sobre a concepção das mudanças no Estado de Direito Moderno a partir da ideia de paradigma ver também: BAHIA, 2012 e CATTONI DE OLIVEIRA, 2006. p.187.

<sup>28</sup> Aderimos, quanto à metodologia de comparação, também ao proposto por MEYER (2019, p. 494), quando este afirma que: “mais do que meramente citar dispositivos legais ou decisões judiciais descontextualizadas, é preciso avançar por opções metodológicas que vão além do estudo teórico. Este, de fundamental importância normativa, não pode ignorar questões empíricas”.

os saberes do Direito com a área médica – como se pode ver do levantamento bibliográfico já empreendido.

Tratando-se de pesquisa zetética, pretendeu-se executar a proposta de forma **interdisciplinar** (DOMINGUES, 2005). Segundo Maria Paula Dallari Bucci, “definir as políticas públicas como campo de estudo jurídico é um movimento que faz parte de uma abertura do direito para a interdisciplinaridade” (BUCCI, 2006, p. 1). No mesmo sentido Arnaud e Dulce (2000, p. 244-245):

Somente a análise interdisciplinar permite examinar as relações entre as políticas públicas e o direito, os vazios que podem explicar más implementações. Só ela pode permitir descobrir o tempo e enunciar os riscos de derrapagem consecutivos à tentação de impor políticas, quando se pesquisa a eficácia máxima, sem respeitar escrupulosamente todos os constrangimentos do Estado de direito. Só ela pode permitir medir o impacto de cada tipo de regulação na implementação das políticas públicas e sugerir a substituição de um tipo de regulação previsto por um outro tipo – substituir, por exemplo, uma regulação jurídica por uma regulação social ou inversamente.

No caso das Saúde, damos razão ao excerto da pesquisa de Apostólico citado por Egrý (*et al.*):

O estudo de Apostólico (...) concluiu que não basta utilizar ferramentas se a assistência não corresponder às expectativas e às necessidades da população. Em outras palavras, o reconhecimento das necessidades em saúde antecede a utilização de instrumentos e a busca pelo “passar por cima”. Ir além das necessidades necessárias torna-se um desafio para sistemas de saúde como o brasileiro. Termos como intersetorialidade, interdisciplinaridade, trabalho em equipe, transformação da realidade, superação de contradições, necessidades e vulnerabilidades como objetos de assistência, entre outros, deverão fazer parte do cotidiano dos profissionais de saúde, como pilares sólidos e determinantes das transformações necessárias à realidade (EGRY *et al.*, 2017, p. 132).

O levantamento bibliográfico foi realizado mediante critérios de aderência em relação ao tema a ser estudado, delimitando-se como grandes

áreas (i) o direito à saúde e os sistemas de saúde pública no Brasil e Portugal: legislação, normas e diretivas administrativas do SUS e SNS; (ii) o tratamento de HIV-AIDS no Brasil e Portugal: avanços e retrocessos; (iii) Discriminação contra LGBT no Brasil e Portugal e exposição a situações de risco; (iv) Protocolos médicos de saúde coletiva, especialmente de atendimento à população LGBT e o tratamento de HIV-AIDS. As pesquisas e repositório bibliográfico e documental do Instituto de Saúde Pública foram fundamentais para a realização dessa etapa. Foram feitas pesquisas nos *sites* do Ministério da Saúde do Brasil e de Portugal buscando-se as páginas sobre os sistemas de saúde pública dos dois países e, especificamente, páginas sobre seus Programas de Tratamento de HIV-AIDS – no caso do Brasil a busca também incluiu Programas estaduais e municipais que disponibilizassem material e informações *online*. Foram feitas buscas nas páginas da OEA, União Europeia e Mercosul sobre a temática; na página da ONU, UNAIDS, UNESCO, OPAS e OMS. Também foram pesquisadas ONG's que tratam de questões LGBT e/ou de HIV-AIDS no Brasil e em Portugal.

Ao mesmo tempo em que se fez o levantamento normativo e bibliográfico acompanhamos atividades de pesquisa realizadas tanto no Instituto de Saúde Pública e na Faculdade de Direito, ambos da Universidade do Porto. Foram feitos contatos com órgãos institucionais e não-institucionais que trabalham com LGBT e/ou tratamento de HIV-AIDS no Brasil e em Portugal para conhecer o dia a dia da política nos dois países e para que os próprios agentes – tanto os que ofertam a política como seus destinatários – pudessem ter voz e atuar como sujeitos (e não meros objetos) da pesquisa. Com tais contatos pretendeu-se conceber um recorte da Saúde Pública no Brasil e em Portugal (em geral) e, especialmente, o tratamento de HIV-AIDS para LGBT no tocante:

- (a) à estrutura dos serviços de saúde, avanços e eventuais deficiências;
- (b) aos protocolos de atendimento da população que procura os serviços de saúde pública desde a busca por exame; encaminhamento para Centros de Saúde e, de

- lá, para Hospitais de referência e o contato com o infectologista; fornecimento de medicamentos, e acompanhamento médico com novos exames e novas consultas;
- (c) à percepção dos pesquisadores de saúde pública sobre a realidade da política;
- (d) à forma como diferentes profissionais envolvidos na política pública descrevem o contato com os pacientes;
- (e) à forma como os cidadãos, destinatários da política, descrevem seu tratamento e o atendimento.

Tal levantamento se deu de forma a se obter **dados qualitativos sobre o problema narrado** (COSTA, 2017). Não se teve a pretensão de uma pesquisa exaustiva (quantitativa) e as indicações de profissionais e de ONG's ocorreu a partir de levantamento junto a órgãos governamentais e não-governamentais. A pesquisa de dados junto aos sujeitos da pesquisa visou demonstrar, qualitativamente, questões como conhecimento e acesso a meios de prevenção e tratamento, por exemplo.

As pesquisas bibliográfica e empírica foram realizadas entre o segundo semestre de 2018 e o segundo semestre de 2019.

Quanto à relevância da pesquisa empírica, o **método indutivo** (GIL, 2008. P. 10-11) permitiu que, a partir de dados de experiência locais, premissas postas na bibliografia e em outras pesquisas similares pudessem ser testadas, de forma que conclusões locais fossem generalizadas. A correção de tal generalização se deu pelo confronto com outras fontes, como ressaltado, de forma a que a experiência local revelasse um contexto maior.

A proposta, então, foi de uma **pesquisa explicativa** (GIL, 2008, p. 28) do tipo **pesquisa-ação** (THIOLLENT, 1986, p. 14-19) que visou, a partir da interligação disciplinar e do levantamento bibliográfico e a prática observada, relatar boas práticas na área dos cuidados de saúde de LGBT no tratamento de HIV-AIDS em Portugal, como referenciais para o reforço de acessibilidade e qualidade dos cuidados à saúde, nos mesmos termos, no Brasil, respeitadas as diferenças culturais e econômicas; para isso pretendeu-se, em colaboração com os sujeitos da pesquisa, mostrar possíveis razões para retrocessos das políticas de saúde sobre HIV no Brasil e como isso tem impactado a população LGBT. Assim é que não apenas os sujeitos

da pesquisa forneceram subsídios, mas também se propôs seu engajamento para a propositura e estabelecimento de soluções para os problemas apontados.

De igual sorte, a metodologia que se propôs visou a construção de um **método multissistemático** de avaliação das necessidades como um ponto de partida essencial para a concepção e planejamento de intervenções para responder a necessidades pontuais dos LGBT, tendo em conta as características específicas de cada subgrupo contido naquela sigla e de cada contexto social particular, considerando, ainda, o atual estado de retrocesso de políticas públicas no Brasil.

## A Política de HIV-AIDS no Brasil

O Direito, representado internamente pela Constituição e demais leis de um país, e externamente por Normas Internacionais, prevê, há muito, a obrigação dos Estados de promover a saúde integral dos cidadãos. Esse é um Direito Humano e Fundamental reconhecido por várias normas de diferentes extratos. **A obrigação legal do cuidado com a saúde se revela particularmente relevante quando se trata de minorias e grupos vulneráveis.** Aquelas/es que estão à margem da proteção seja de renda, seja da inserção social, são os **mais vulneráveis** ao desenvolvimento de enfermidades crônicas (CIDH, 2015).

No Brasil, o programa de prevenção e tratamento do HIV-AIDS, fomentado pelas três esferas da Federação no esforço comum do SUS<sup>1</sup> é de fundamental importância à garantia da saúde mediante políticas sociais, nos termos do artigo 196 da Constituição brasileira de 1988. Não obstante, há problemas crescentes na realização dessas políticas, particularmente, nesse caso, do tratamento e, principalmente, da prevenção do HIV. Assim, diante da omissão dos sujeitos competentes para promoção das referidas medidas voltadas à garantia da saúde da população, o presente trabalho se mostra pertinente na medida em que evidencia o cerceamento de um direito e, ainda, analisa a relação entre uma mudança de postura do Estado face a pressões de bancadas religiosas e da crise econômica (cf. abaixo).

No é abordado o contexto de **vulnerabilidade** que tem suscitado o interesse de pesquisadores do campo do direito e da saúde coletiva, bem

---

<sup>1</sup> Sobre os problemas no sistema de financiamento da saúde no Brasil cf. SANTOS (2013), PINTO; BAHIA; SANTOS (2017), BAHIA *et al.* (2015), DRESCH (2015) e DUARTE (2012).

como de juristas que atuam no campo do Direito Sanitário quanto à população LGBT e o problema do tratamento de portadores de HIV-AIDS considerando que, em razão de questões históricas fincadas em cultura, racismo institucional, machismo, religião, problemas econômicos etc., foram excluídos ou menos beneficiados pelos aparelhos e recursos do Estado quanto à saúde<sup>2</sup>. Ao mesmo tempo, é entre o público de gays (e outros HSH), travestis/mulheres trans, principalmente os mais jovens, que se verifica uma nova retomada do crescimento de infecções por HIV<sup>3</sup>.

### 2.1. Histórico da Política no Brasil

Diferentemente de outros problemas relacionados à efetivação de Direitos Fundamentais no Brasil, a questão aqui não é de falta de normas: desde a Constituição, passando por leis e várias normas administrativas tratam do dever do Estado brasileiro para com a questão.

Um resumo da resposta brasileira à epidemia é dado por CHAVES, VIEIRA e REIS:

---

<sup>2</sup> Problemas similares são verificados em outros países da América Latina, Caribe e mesmo em um país desenvolvido como os EUA, como se pode ver de Relatório da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH, 2015, p. 136-137) e, de resto, em toda a América Latina (TORO-ALFONSO, 2002, p. 84 e ss.). Sobre o conceito de “**Vulnerabilidade**” nos valemos aqui do que lembra a tal respeito a Recomendação n. 200 da OIT, que, a partir do que já foi feito por outros Organismos Internacionais de forma geral, define o termo especificamente aqui como: “a desigualdade de oportunidades, a exclusão social, o desemprego ou o emprego precário resultantes dos factores sociais, culturais, políticos e económicos que tornam a pessoa mais susceptível à infecção por VIH e ao desenvolvimento de Sida”. De igual modo o conceito de “**Estigma**” é importante ser trazido, pois, igualmente irá aparecer várias vezes no presente: “a marca social que, quando associada a uma pessoa, causa normalmente a sua marginalização ou representa um obstáculo a uma vida plena em sociedade por parte da pessoa infectada ou afectada pelo VIH” (OIT, 2010). Ver também MONTEIRO; VILLELA (2019) e GAVIGAN *et al.* (2015).

<sup>3</sup> Podemos acrescentar ao que já foi dito até aqui alguns dados epidemiológicos: “Estima-se que os HSH têm um risco de serem portadores de VIH, 19 vezes superior ao da restante população (...). Uma das principais razões pelas quais os HSH são um grupo mais vulnerável perante o VIH reside precisamente no facto do sexo anal desprotegido acarretar um maior risco de transmissão da infecção VIH comparativamente ao sexo vaginal, uma vez que a mucosa anal é mais fina e bastante vascularizada, o que a torna mais suscetível a lesões e à abertura de uma porta de entrada do vírus na corrente sanguínea. O risco de transmissão de VIH através de sexo anal receptivo desprotegido é 18 vezes superior ao risco de transmissão através de sexo vaginal desprotegido (...). Acresce-se ainda que neste grupo há um potencial elevado de indivíduos com IST não diagnosticadas (...), o que constitui um fator de risco adicional, dado que a condição de ser portador de uma outra IST os torna mais suscetíveis à transmissão da infeção por VIH” (DIAS, 2016, p. 112). No entanto, como ressalta a pesquisa, a questão, no entanto, não é só “técnica”, pois que, ao lado da biologia há também questões comportamentais e é justamente aí que se pode atuar quando se fala em prevenção, como será trabalhado ao longo do texto.

Em relação ao enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS no país, o primeiro programa oficial foi implantado em São Paulo, em 1983, caracterizado pela participação da comunidade gay organizada junto aos técnicos da Secretaria Estadual de Saúde. Na busca de uma resposta de âmbito nacional, o Estado brasileiro criou o Programa Nacional de Aids em 1986. Em 1985 e 1986 surgiram as primeiras organizações não governamentais (ONGs) voltadas para o enfrentamento da epidemia: Grupo de Apoio a Prevenção da AIDS (GAPA) em São Paulo e Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), no Rio de Janeiro. A partir de então foram desenvolvidas várias campanhas de prevenção e iniciativas de luta contra a discriminação e o preconceito, bem como a busca pela solidariedade. A busca por tratamento também se tornou uma demanda crescente. O primeiro medicamento para o tratamento da AIDS foi a zidovudina (AZT), inicialmente aprovado para essa indicação em 1987, pela agência reguladora de medicamentos e alimentos estadunidense (FDA). A sua disponibilização pelo Ministério da Saúde brasileiro foi efetivada em 1991. Paralelamente ao início da utilização em larga escala do AZT no Brasil, as empresas farmacêuticas transnacionais lançaram novos medicamentos para o controle da AIDS. A monoterapia com AZT passou a ser considerada ineficiente, marcando o início da recomendação de terapia combinada (conhecida como “coquetel”) em nível internacional. (...) Ainda em 1996, em ambiente de forte mobilização social e demanda da Coordenação Nacional de AIDS, foi aprovada a Lei 9.313 (...), fortalecendo o marco legal já existente para a garantia do acesso a ARVs. A aprovação desta lei foi determinante para a melhor estruturação do Programa Nacional de AIDS no que se refere à compra de medicamentos (CHAVES; VIEIRA; REIS, 2008, p. 173).<sup>4</sup>

Segundo ADAMY, CASIMIRO e BENZAKEN (2018, p. 46) há três paradigmas bem específicos ao se falar na política brasileira de HIV-AIDS:

**Em um primeiro momento** (década de 1980), trabalhava-se com a noção de grupos de risco para o HIV; vivenciava-se uma responsabilização das pessoas pela epidemia e não havia um olhar para os determinantes e condicionantes

---

<sup>4</sup> GALVÃO (2002, p. 214) lembra que “a existência de uma rede básica de serviços – apesar de todas as dificuldades – estruturada para oferecer atenção à saúde de toda população brasileira, de forma gratuita, universal, integral e descentralizada (Sistema Único de Saúde – SUS), a capacitação de recursos humanos do SUS em diagnóstico e assistência em HIV/AIDS e o fortalecimento dos laboratórios públicos, foram elementos fundamentais para a implementação de uma rede de distribuição de medicamentos anti-HIV. Também importante é o estabelecimento de critérios para a administração dos ARVs e, no caso brasileiro, comitês assessores auxiliaram o programa nacional de AIDS na elaboração de recomendações para o tratamento de adultos/adolescentes, incluindo gestantes e crianças”. Ver também: BRASIL (1999), BONETI (2016), e MELLO *et al.* (2011).

sociais; identificou-se o aumento do preconceito e o estigma em relação às PVHIV.

**No segundo momento** (década de 1990), trabalhava-se com uma abordagem mais centrada no comportamento e nos determinantes sociais da epidemia; houve a incorporação do conceito de vulnerabilidades como consequência dos padrões de organização da sociedade; falava-se em uma tendência de feminização da epidemia. As estratégias eram divididas em três eixos: veiculação de informação, atuação nos determinantes sociais e a mudança comportamental.

**No terceiro momento** (a partir de 2009), a epidemia se intensifica em alguns segmentos populacionais caracterizados de populações-chave, que são segmentos populacionais que, muitas vezes, estão inseridos em contextos que aumentam suas vulnerabilidades e apresentam prevalência superior à média nacional, que é de 0,4%. Começa a se trabalhar com a incorporação da prevenção combinada, que provoca ruptura da distinção entre prevenção e tratamento (...). **A prevenção combinada do HIV se endereça às três dimensões que contribuem para a transmissão do HIV: biomédica, comportamental e estrutural** (grifos nossos).

No início da década de 1980, diante dos primeiros casos, o Ministério da Saúde era refratário à ideia de se *gastar dinheiro* com uma doença que, àquela época, ainda estava circunscrita a algumas cidades. Em uma reunião no Ministério em 1982 a pergunta era *se a AIDS era mesmo um problema de saúde pública*. Apenas a partir de 1985 uma ação mais efetiva começou a ser tomada com a edição da Portaria n. 236 do Min. da Saúde<sup>5</sup>. Não à toa as primeiras políticas públicas começaram nos Estados, a começar por São Paulo e Rio Grande do Sul, antes de serem estruturadas nacionalmente (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p. 134 e ss.). Uma política nacional para o HIV-AIDS apenas se consolidou entre 1986-1988.

O primeiro balanço nacional da epidemia veio logo no ano seguinte, quando também foi criada a “Comissão Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais” (1986) e a primeira campanha nacional de grande porte foi ao ar em 1987, com o slogan “Aids: você precisa saber evitar” e falava sobre as

<sup>5</sup> Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/236896.html>.

formas de transmissão e de prevenção<sup>6</sup>. Na verdade, ela já estava pronta desde o ano anterior, mas encontrou muita resistência no Ministério e pressão de órgãos como a CNBB, como lembram LAURINDO-TEODORESCU e TEIXEIRA (2015a, p. 144-146)<sup>7</sup>.

Como mencionado, a campanha já tratava do uso de preservativo. No entanto apenas campanhas a partir de 1992 elas começaram a falar sobre o uso de seringas descartáveis como forma de redução de danos para os usuários de drogas injetáveis (UDI). Sobre o tema vale lembrar, resgatando o histórico feito por LAURINDO-TEODORESCU e TEIXEIRA (2015a, p. 169 e 395 e ss.), que em Santos, em 1989, o Programa de Redução de Danos foi interrompido por uma ação penal contra o médico que estava à frente do mesmo, acusado de apologia ao uso de drogas. Uma primeira iniciativa bem-sucedida de distribuição de seringas descartáveis iria ocorrer na Bahia através do Centro de Tratamento de Drogas da UFBA e, a partir de tal experiência, foi criada uma política nacional<sup>8</sup>.

Chamamos a atenção sobre a pressão religiosa na veiculação da primeira campanha e sobre a questão da política de redução de danos para UDI uma vez que, tanto em um caso como em outro, discussões morais/religiosas foram decisivas para o atraso na implementação de políticas fundamentais para a diminuição dos casos de infecção, particularmente

---

<sup>6</sup> Antes dessa campanha institucional vale lembrar que o GAPA (Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS), em 1985, divulgou a campanha “Transe Numa Boa”, dirigida ao público homossexual, que tratava da prevenção e de formas de sexo seguro. A campanha gerou reações contrárias de setores conservadores (por entender que ela incentivava o sexo gay) e também de parcela do movimento gay (que a acusava de querer normatizar o sexo) (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015b, p. 42 e ss.). Sobre a importância do GAPA para a configuração da política nacional contra a AIDS, vale mencionar: “O Gapa tornou-se um protagonista fundamental no debate e na construção da resposta nacional à epidemia de aids desde 1986. Participou de inúmeros grupos de trabalho e comissões técnicas criadas pelo Ministério da Saúde. Fez parte do grupo técnico que elaborou a primeira campanha de massa realizada pelo Ministério da Saúde e foi membro da primeira Comissão Nacional de Aids (...), criada em 1986 (...). O Gapa foi o maior advogado para que o Congresso tomasse a decisão de incluir a aids no rol de doenças graves que permitem a aposentadoria sem período de carência. O grupo também se destacou e ganhou visibilidade desenvolvendo trabalho de prevenção em populações específicas, como parceiros de presidiários, mulheres, homossexuais e profissionais do sexo, sem nunca abandonar sua outra vertente, a assistência aos pacientes mais carentes” (*idem*, p. 46-47).

<sup>7</sup> Gabriel Guajardo (2018, p. 16) lembra que também no Chile houve pressões da Igreja Católica sobre as primeiras políticas sobre HIV-AIDS.

<sup>8</sup> A exemplo do que aconteceu em Portugal, os UDI foram o grupo que mostrou as maiores taxas de diminuição de casos entre aqueles que fazem parte das populações-chave, isso em razão de três fatores: “à política de redução de danos adotada no Brasil (...); à mudança no perfil de uso de drogas no país, com a migração do uso de drogas injetáveis para outras formas de uso ou para outras drogas; finalmente, ao esgotamento de suscetíveis” (BARBOSA JR. *et al.*, 2009, p. 732).

em uma época em que a expectativa de vida de um portador do vírus era extremamente baixa.

Os primeiros anos em que o Brasil lidou com a doença foram marcados por ações corajosas de médicos e outros profissionais da saúde e membros das primeiras ONG's que lidavam com a epidemia frente ao pânico moral que ela despertava – inclusive em profissionais de saúde<sup>9</sup>. Houve casos de rejeição de internação de pacientes, por exemplo. Mesmo em Universidades houve episódios de discriminação, como o caso do Departamento de Psicologia da USP: em 1989, um grupo de convivência terapêutica organizado pelo Prof. Esdras Vasconcellos foi proibido de funcionar por decisão da Congregação – houve denúncia contra a decisão, quando se noticiou que também o Hospital Universitário estaria recusando pacientes com HIV<sup>10</sup>.

Em 1989 profissionais da saúde e membros da sociedade civil organizada, reunidos em Porto Alegre para o “Encontro Nacional de ONG que Trabalham com Aids (ENONG)” aprovaram a “**Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids**”:

- I - Todas as pessoas têm direito à informação clara, exata, sobre a aids.
- II – Os portadores do vírus têm direito a informações específicas sobre sua condição.
- III - Todo portador do vírus da aids tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida.
- IV - Nenhum portador do vírus será submetido a isolamento, quarentena ou qualquer tipo de discriminação.

---

<sup>9</sup> A mídia dos anos 1980 também contribuía para potencializar o pânico e a discriminação face ao HIV-AIDS. No Brasil não se pode esquecer de uma reportagem de capa da Revista Veja de 26 de abril de 1989 com a chamada: “Cazuza: uma vítima de aids agoniza em praça pública” junto a uma foto do cantor já em estágio avançado da doença. Além de sensacionalismo havia, não raro, a divulgação de informações falsas sobre a doença, o que acabava por desinformar e confundir. Antes dessa “reportagem” chamam a atenção três outras da Revista “Isto é”: “A ‘praga gay’ no Brasil”, de março de 1983; “Tragédia Venérea – o mal dos homossexuais americanos”, de abril de 1983 e “A Epidemia do Medo”, de agosto de 1985. Sobre o tema ver: RIBEIRO (2017); PORTINARI; WOLFGANG (2017) e LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA (2015a, p. 37 e ss.). Reportagens com vieses superados de tratamento do problema não ficaram, no entanto, no passado: como mostram PORTINARI e WOLFGANG (*idem*) há exemplos mais recentes de matérias que insistem no mórbido, em estereótipos e no sensacionalismo para falar da doença.

<sup>10</sup> De outro lado, diante de pouca informação e de poucas (ou nenhuma) alternativas de tratamento, LAURINDO-TEODORESCU e TEIXEIRA (2015a, p. 148-149 e 410 e ss.) lembram que foi também uma época de envolvimento afetivo de profissionais da saúde com seus pacientes, transpondo as barreiras de “objetividade” que são exigidas e que acabam por desumanizar a relação médico-paciente.

- V - Ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadoras do HIV/aids, qualquer que seja sua raça, nacionalidade, religião, sexo ou orientação sexual.
- VI - Todo portador do vírus da aids tem direito à participação em todos os aspectos da vida social. Toda ação que visar a recusar aos portadores do HIV/aids um emprego, um alojamento, uma assistência ou a privá-los disso, ou que tenda a restringi-los à participação em atividades coletivas, escolares e militares, deve ser considerada discriminatória e ser punida por lei.
- VII - Todas as pessoas têm direito de receber sangue e hemoderivados, órgãos ou tecidos que tenham sido rigorosamente testados para o HIV.
- VIII - Ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para o HIV/aids, sem o consentimento da pessoa envolvida. A privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais.
- IX - Ninguém será submetido aos testes de HIV/aids compulsoriamente, em caso algum. Os testes de aids deverão ser usados exclusivamente para fins diagnósticos, controle de transfusões e transplantes, estudos epidemiológicos e nunca qualquer tipo de controle de pessoas ou populações. Em todos os casos de testes, os interessados deverão ser informados. Os resultados deverão ser transmitidos por um profissional competente.
- X - Todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseja seu estado de saúde e o resultado dos seus testes.
- XI - Toda pessoa com HIV/aids tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania<sup>11</sup>.

Durante os anos 1990 o Programa Nacional se centrou em políticas de prevenção visando os “grupos de risco” – alguns anos depois passou-se a falar em “comportamentos de risco”. O Programa, que começa centralizado, vai se tornando cada vez mais local, com a consolidação do sistema interfederativo do SUS (CALAZANS; PINHEIRO; AYRES, 2018, p. 273 e ss.).

Em 1993 foi assinado um acordo de empréstimo com o Banco Mundial para um período de 4 anos (1994-1998) no qual o País recebeu recursos para estruturar seu Programa de HIV-AIDS. Esse foi um passo

---

<sup>11</sup> Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/direitos-das-pvha>.

importante para a consolidação e crescimento da resposta brasileira à epidemia, inclusive para o crescimento de ONG's que se dedicaram à questão e puderam apresentar projetos para receber parte dos recursos<sup>12</sup>. Conhecido como “AIDS I”, a ele se seguiram “AIDS II”, “AIDS III” e “AIDS IV”.

É importante lembrar que o Brasil foi um pioneiro entre os países “em desenvolvimento” a implementar uma política de tratamento (gratuito e universal) de HIV-AIDS e não focar apenas em prevenção. Como é noticiado por muitos havia uma diretiva do Banco Mundial (e outros órgãos internacionais) de que países como o nosso não deveriam gastar recursos (escassos) de saúde com compra de medicamentos – que, além de não curarem a doença, traziam vários efeitos colaterais<sup>13</sup>. Tal diretiva permaneceu até o final do século passado e talvez o sucesso da política brasileira tenha contribuído para a mudança de postura (BELOQUI, 2018, p. 37).

A **lei 9.313/96** foi um marco de extrema importância para a garantia do tratamento de HIV-AIDS no Brasil a partir de fornecimento gratuito de todos os medicamentos necessários; e, a partir disso, os que vivem com HIV puderam gradativamente aumentar sua expectativa de vida<sup>14</sup>. Vale lembrar que a oferta de medicamentos decorre do que determina a Constituição quando fala da saúde como um direito de acesso universal. Nesse

---

<sup>12</sup> Durante os primeiros houve uma migração de pessoas do movimento homossexual para o movimento contra a AIDS. As duas pautas se imbricavam, inclusive pela associação que foi feita da doença aos gays, mas também pelo dado de que esse grupo era particularmente mais afetado e também pelos financiamentos – como esse do Banco Mundial. Cf. LAURINDO-TEODORESCU e TEIXEIRA (2015b, p. 28).

<sup>13</sup> Cf., e.g., LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA (2015a, p. 419 e ss.). Essas ideias também estavam presentes no Ministério da Saúde antes que a política nacional de compra de remédios começasse de fato – tanto é que alguns Estados como São Paulo foi que primeiro compraram medicamentos para os doentes, antes que isso fosse uma política nacional. Numa época em que a sobrevida de um doente de AIDS era de menos de 6 meses, muitos questionavam se valia a pena *gastar dinheiro* com medicamentos ao invés de investir em prevenção. A primeira compra do Ministério da Saúde só ocorreu em 1991 (*idem*, 2015a, p. 170-171). Sobre isso vale anotar que uma tal discussão jamais poderia levar à conclusão de que se possa sacrificar alguns em favor de outros, mesmo que os que seriam objeto da política tivessem pouca sobrevida. Um tal argumento de política não pode se sobrepor a um argumento de princípio, no caso, a dignidade da pessoa humana.

<sup>14</sup> “A Lei Sarney [como ficou conhecida] encerrou a polêmica sobre a aquisição de medicamentos antirretrovirais pelo Ministério da Saúde. O acesso universal a esses medicamentos teve início no ano de 1997, ainda de forma irregular, e se consolidou a partir de 1998, cobrindo todas as regiões do país” (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p. 427). Na época havia decisões judiciais reconhecendo o direito de pacientes em receber o medicamento em razão do que a Constituição e a lei 8080/90 estabelecem sobre o direito à saúde como universal e gratuito. Para um histórico da política brasileira sobre antirretrovirais ver também BRASIL (1999).

sentido, por exemplo, a Portaria do Min. da Saúde n. 2313/2002 determina a quem cabe, prioritariamente, a aquisição dos medicamentos: os antirretrovirais à União, os medicamentos para doenças oportunistas aos Estados e aos Municípios os remédios para doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2002a). Desde 1994 o Brasil já produzia um similar do AZT; no ano 2000 a Fundação Oswaldo Cruz produzia quatro dos dezesseis antirretrovirais utilizados no país, que obteve sucesso na queda de mortalidade e morbidade daqueles que viviam com o HIV (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p. 428 e ss.).

A partir dos resultados somados nas décadas de 1980 e 1990 o HIV-AIDS não era tratado como uma epidemia generalizada no Brasil – como ainda é o caso de alguns países da África –, pois que os novos casos passaram a se concentrar em populações-chave, daí porque se fala em “epidemia concentrada”<sup>15</sup>. Durante a primeira década do presente século ainda se falava muito no Brasil como um modelo de referência para prevenção e tratamento. No entanto, a partir da segunda década isso muda com os novos dados de aumento dos casos, ao mesmo tempo em que se viam retrocessos nas campanhas oficiais e fragilização de ONG’s (CALAZANS; PINHEIRO; AYRES, 2018, p. 266) – conforme será trabalhado mais à frente.

Em 2001 o Brasil se envolveu em uma disputa com laboratórios internacionais que produzem os medicamentos para o HIV para que houvesse renegociação dos preços. Nesse sentido ameaçou “quebrar as patentes” dos medicamentos para que pudessem ser produzidos por laboratórios públicos no país. Por causa disso o país foi denunciado à OMC pelos EUA por violação aos Acordos de TRIPS (Acordos do Tratado Internacional de Propriedade Intelectual). O governo reagiu e mobilizou a opinião pública mundial (ONG’s, jornais, Universidades, etc.), que se posicionou a favor da política brasileira. Com isso o Brasil conseguiu aprovar uma Resolução na Comissão de Direitos Humanos da ONU para que o

---

<sup>15</sup> Talvez uma exceção a isso seja Porto Alegre – RS, onde pesquisadores falam de uma epidemia generalizada. Ver, por exemplo, DUARTE; LEÃO (2019).

acesso aos antirretrovirais fosse declarado como um direito básico dos que viviam com o vírus. Algo similar também foi aprovado, por iniciativa brasileira, na UNAIDS, na OMS e na Assembleia Geral da ONU em 2001. Diante da repercussão mundial os EUA retiraram seu pedido junto à OMC e o Brasil ainda conseguiu, na Rodada daquela Organização em Doha que fosse aprovada uma Declaração a respeito dos Acordos TRIPS. Neste Documento ficou acertado que “os acordos sobre propriedade intelectual de medicamentos não podem sobrepor os interesses da saúde pública dos países signatários. Essa determinação legítima, implicitamente, o direito dos membros da OMC de adotar a licença compulsória para proteger os interesses nacionais” (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p. 447)<sup>16</sup>.

Com tudo isso conseguiu-se uma redução de 60% no preço de um dos medicamentos (GALVÃO, 2002, p. 216)<sup>17</sup><sup>18</sup>. Em 2007, também em razão daquela Declaração do Doha, o Brasil conseguiu a licença compulsória do medicamento *Efavirenz* (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p. 435)<sup>19</sup>.

Com a disponibilização da TARV (Terapia Antirretroviral) o país também economizou com gastos decorrentes de doenças oportunistas: outros

---

<sup>16</sup> Declaração de Doha: WT/MIN(01)/DEC/2. Sobre a interpretação que a Declaração fala a respeito das medidas que deveriam ser tomadas para resguardar os países em desenvolvimento (art. 6º), ver também: WT/L.540. Os documentos podem ser acessados em: <http://docsonline.wto.org>.

<sup>17</sup> É interessante perceber a ideia de “soberania” com a qual o Brasil buscou, em vários momentos, lidar com a questão. Em 2005, lembram PELÚCIO e MISKOLCI (2009, p. 129), “o país abriu mão de um fundo de US 40 milhões em um acordo com o Governo Bush, dos EUA, por não concordar com as diretrizes da United States Agency for International Development (...) de exigir de seus subsidiados a não-promoção, ou legalização da prática da prostituição”.

<sup>18</sup> O Brasil não esteve sozinho nessa questão das patentes. Jane Galvão (2002, p. 217) lembra que em 1998 a África do Sul aprovou uma lei para quebrar patentes de medicamentos contra o HIV, o que levou trinta e nove companhias farmacêuticas a ajuizarem uma ação na Suprema Corte daquele país. Em 2001, diante da pressão de ONG’s no país as empresas desistiram da ação. Ver também CHAVES; VIEIRA; REIS (2008).

<sup>19</sup> TERTO JR. *et al.* (2016, p. 47 e ss.), argumentam, no entanto, que após as batalhas pelas patentes havida na primeira década do século, na década seguinte o governo brasileiro adotará postura mais conservadora e mercadológica, evitando embates com os grandes laboratórios. Isso vai gerar consequências bem ruins: “a) a perda do papel estratégico dos laboratórios públicos, que ao invés de regular o mercado, passaram agora a aplicar altas margens de lucro, sem nenhuma transparência dos custos de produção; b) a perda do poder de negociação do Ministério da Saúde, que vinha justamente da transparência sobre custos de produção e da articulação com a sociedade civil; e c) a perda da perspectiva de direitos humanos na medida em que as decisões são tomadas com base no que é mais vantajoso para as empresas envolvidas nas PDPs Parcerias para Desenvolvimento Produtivo e para a política industrial e não no que é melhor para os pacientes e para as políticas de saúde” (*idem*, p. 48-49). São citados vários exemplos que corroboram a mudança da forma como o país acaba priorizando interesses de laboratórios internacionais e não os pacientes.

medicamentos, exames, internações, etc. – como foi observado pelo próprio Ministério da Saúde logo após os primeiros anos desde que a distribuição dos medicamentos para o vírus passou a ser obrigatória (BRASIL, 1999). Mais do que reduzir custos o país conseguiu aumentar a sobrevivência e garantir dignidade a milhares de pessoas que vivem com o HIV: diminuiu a mortalidade em 50% e as hospitalizações relacionadas à AIDS em 80% (MALTA; BREYER, 2013)<sup>20</sup>.

No início do novo milênio o Brasil é reconhecido em fóruns internacionais como uma referência na prevenção e tratamento de HIV-AIDS. Isso ficou bem evidente, por exemplo, durante a XIV Conferência Internacional sobre AIDS realizada em Barcelona em 2002<sup>21</sup>. Representantes de governos e de ONG's de outros países solicitavam que o Brasil fornecesse apoio logístico para que o programa fosse replicado noutros lugares (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p. 437 e ss.). Ainda nos dias atuais a queda de braço do Brasil com as companhias farmacêuticas é lembrada em Documentos Internacionais: “Brazil issued a compulsory licence for efavirenz in 2007, which was used by one third of Brazilians who are on treatment through the national programme. After the licence was

---

<sup>20</sup> “Em decorrência da política brasileira de medicamentos para aids, de 1996 a 2002, ocorreu uma redução drástica nas taxas de mortalidade pela doença, entre 40% e 70%, e nas taxas de morbidade, entre 60% e 80%, nas diferentes regiões do país. Estima-se que 90 mil mortes tenham sido evitadas nesse período. Essa política mostrou-se eficaz também do ponto de vista econômico, em consequência da forte queda dos preços dos antirretrovirais, da diminuição do número de internações hospitalares e da redução do número de doenças oportunistas a serem tratadas. Assim, as economias obtidas somente na assistência médica ambulatorial e hospitalar superaram em US\$ 200 milhões os valores gastos com medicamentos antirretrovirais, no mesmo período” (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p. 435). Ver também CHAVES; VIEIRA; REIS (2008) e VIEIRA; MACHADO (2009).

<sup>21</sup> Uma matéria do Jornal “The New York Times” de 2001 também mostra bem o entusiasmo estrangeiro sobre a política anti-AIDS do Brasil, como se pode ler nesse trecho: “Since 1997, virtually every AIDS patient in Brazil for whom it is medically indicated gets, free, the same triple cocktails that keep rich Americans healthy. (In Western Europe, no one who needs AIDS treatment is denied it because of cost. This is true in some American states, but not all.) Brazil has shredded all the excuses about why poor countries cannot treat AIDS. Health system too fragile? On the shaky foundation of its public health service, Brazil built a well-run network of AIDS clinics. Uneducated people can't stick to the complicated regime of pills? Brazilian AIDS patients have proved just as able to take their medicine on time as patients in the United States. Ah, but treating AIDS is too expensive! In fact, Brazil's program almost certainly pays for itself. It has halved the death rate from AIDS, prevented hundreds of thousands of new hospitalizations, cut the transmission rate, helped to stabilize the epidemic and improved the overall state of public health in Brazil. Brazil can afford to treat AIDS because it does not pay market prices for antiretroviral drugs – the most controversial aspect of the country's plan. In 1998, the government began making copies of brand-name drugs, and the price of those medicines has fallen by an average of 79 percent. Brazil now produces some triple therapy for \$3,000 a year and expects to do much better, and the price could potentially drop to \$700 a year or even less. Brazil is showing that no one who dies of AIDS dies of natural causes”. (ROSENBERG, 2001). Ver também: CÁCERES; PECHENY (2002, p. 18).

issued, the price for the imported generic version dropped from US\$ 1.60 per dose to US\$ 0.45 per dose” (UNAIDS, 2017a, p. 133).

Em 2001 é publicada Portaria do Ministério da Saúde (**Portaria n. 2.836**) que, especificamente, “[i]nstitui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT)”, que possui, entre seus objetivos (art. 2º):

XI - oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT nas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), especialmente com relação ao HIV, à AIDS e às hepatites virais; (...)

XVI - atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços de saúde; (...)

XIX - promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS; (...)

XXIV - realizar estudos e pesquisas relacionados ao desenvolvimento de serviços e tecnologias voltados às necessidades de saúde da população LGBT<sup>22</sup>.

Sem embargo, desde meados dos anos 2000 começa a ser notado um novo paradigma. ONG’s começam a denunciar vieses de crescimento da doença entre gays e outros HSH. Em 2007 foi aprovado o “Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e Travestis” (BRASIL, 2007). Ele trazia ações e metas a serem desenvolvidas entre 2007-2011 e, ao final do período, haveria uma avaliação e renovação. No entanto ele foi encerrado em 2011, segundo CALAZANS; PINHEIRO; AYRES (2018, p. 276) por “mudanças tanto no âmbito da gestão das políticas de aids no país”, como pela

---

<sup>22</sup> A versão mais recente dessa política é a Resolução do Ministério da Saúde n. 26, de 28.09.2017: “Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre o II Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Art. 2º Esta Resolução tem como objetivo apresentar estratégias de implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, para as gestões federal, estadual, distrital e municipal do SUS no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde, com foco na população LGBT. Art. 3º O II Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral LGBT é estruturado pelos seguintes eixos, que estabelecem estratégias para fomentar a implementação dessa Política e da promoção da equidade em saúde da população LGBT: I - Acesso da população LGBT à atenção integral à saúde; II - Promoção e vigilância em saúde; III - Educação permanente, educação popular em saúde e comunicação; IV - Mobilização, articulação, participação e controle social; e, V - Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT. (...)” (BRASIL, 2017e). Infelizmente a operacionalização da Resolução parece estar bem aquém do previsto.

implantação, naquele ano da “Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais”. No Documento produzido pelo Ministério da Saúde a respeito dessa nova política é lembrado, a partir do Plano anterior, que a maior vulnerabilidade ao HIV está entre HSH e isso em razão de homofobia e segregação, particularmente os mais jovens (BRASIL, 2013b, p. 16) – note-se que o documento aqui não coloca mulheres trans e travestis em separado e nem diferencia a homofobia (que sofrem HSH) da transfobia, relativa àquele outro grupo.

Em meio a tudo isso acontecem as três Conferências Nacionais LGBT, que trazem algumas referências à questão da saúde, mas ficam muito aquém das necessidades diante do novo cenário.

A questão da “**vulnerabilidade**” começará a aparecer em publicações de organismos nacionais e internacionais, além de ter sido incorporada à linguagem dos pesquisadores da área. Ela substitui as antigas ideias de “grupo de risco” (ou mesmo de “comportamento de risco”)<sup>23</sup>, assim como um tratamento meramente técnico-epidemiológico da questão para incorporar discussões que vêm da sociologia e dos direitos humanos e buscam ver as “populações-chave” e “populações-prioritárias” (supra) de forma mais abrangente e **interseccionada com questões de gênero, cor, extrato social, desigualdade de renda**, etc. Por exemplo, Fernandes (2017) lembra que

[A]s mulheres negras são as que mais morrem por falta de tratamento, segundo levantamento do Sistema Público de Saúde da Prefeitura de São Paulo. Em 2015, a cada 100 mil habitantes, uma média de 21,4 mulheres negras foram diagnosticadas com HIV – esse número cai para 7,3 no caso das brancas. Por essa razão, a artista plástica Micaela Cyrino, 29, integrante do Coletivo Amem, questiona a evolução no tratamento. **“Acho que quem é preto, pobre e periférico ainda está muito longe de alcançar esse lugar fantástico de**

---

<sup>23</sup> Em uma publicação de 2002 pensando a questão do HIV-AIDS entre HSH, o Governo Federal já fala em vulnerabilidade, ainda que persista, naquele momento, a ideia de “comportamento de risco”. De qualquer forma se percebe no “**Guia de Prevenção das DST/Aids e Cidadania para Homossexuais**” a preocupação de como o estigma e a discriminação os coloca em situações de vulnerabilidade ao vírus (BRASIL, 2002b). Também é de anotar a publicação de um Guia destinado a uma população específica e destinado tanto a profissionais de saúde como movimentos sociais e o público-alvo; publicações assim foram se tornando cada vez mais raras – a despeito de absolutamente necessárias –, como será tratado no presente.

**quase resolução da epidemia. Entre as mulheres negras da periferia o acesso é praticamente nulo**”, diz ela, que teve o vírus transmitido pela mãe ao nascer. A forma como pessoas trans ou negras (ou trans e negras) são tratadas nos postos de saúde — ou a dificuldade de acesso que elas têm — não é diferente em outros espaços da sociedade. Não é à toa que, para Ricardo Vasconcelos, todos os preconceitos se relacionam: **“Homofobia, transfobia, machismo, racismo e desigualdade social são coisas que também transmitem HIV, não é só o sexo sem camisinha”** (grifos nossos)<sup>24</sup>.

A vulnerabilidade é ampliada por questões interseccionais e estes são fatores que sempre são lembrados em documentos internacionais – pelo menos desde o século atual –<sup>25</sup>, de forma que combater pobreza, desigualdade social, racismo, desigualdade de gênero e outros fatores de exclusão também é um meio de se promover prevenção<sup>26</sup>. Se nos primeiros anos do século atual houve melhora em parte dessas questões, desde algum tempo percebem-se estagnação e retrocesso, o que pode ter um impacto direto sobre a epidemia (se é que os dados mais atuais de crescimento já não são reflexo disso).

É por tal razão que, como será mostrado à frente, hoje tenta-se superar um paradigma apenas biomédico para lidar com o HIV-AIDS para

---

<sup>24</sup> Em sentido similar: “Aunque se trata de una epidemia fundamentalmente sexual, con un componente en usuarios de drogas en la parte sureste del continente, muestra crecientemente una conexión con la configuración de la vulnerabilidad social. En áreas de concentración en HSH y UDI (poblaciones de por sí excluidas), la pobreza y situaciones de super-exclusión (por ejemplo, la condición de travesti entre los HSH, o el color de piel ‘negro’ entre los UDI), guardan relación con mayores prevalencias de infección. En áreas de generalización de la epidemia, las trabajadoras sexuales muestran también mayores prevalencias, así como grupos de jóvenes que recurren a transacciones de sexo por dinero o bienes para aliviar su pobreza o mejorar sus oportunidades. Los contextos de vulnerabilidad guardan directa relación con factores estructurales en torno de clase social, género, diferencia sexual, y etnicidad” (CÁCERES, 2004 p. 1470). Uma pesquisa, citada por Cáceres, feita no Brasil em 1994 já mostrava a vulnerabilidade ao HIV (e outras IST) de adolescentes presos na (extinta) FEBEM e fazia essa relação com pobreza, baixa escolaridade, abandono da família, situação de rua, etc. (ZANETTA, 1999).

<sup>25</sup> Além das várias Resoluções da ONU já citadas ver também OPS; UNICEF; ONUSIDA (2009, p. 13): “La vulnerabilidad al VIH es a menudo amplificada según el grupo étnico, el color de piel y la discapacidad, y prospera en contextos de pobreza, desigualdad social, violencia e inestabilidad política”.

<sup>26</sup> Nesse sentido a “Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação – Portugal + Igual (ENIND)”: “Reflexo da natureza multidimensional da desvantagem, os estereótipos na base da discriminação em razão do sexo cruzam com estereótipos na base de outros fatores de discriminação, como a origem racial e étnica, a nacionalidade, a idade, a deficiência e a religião. Também assim, o cruzamento verifica-se com a discriminação em razão da orientação sexual, identidade e expressão de gênero, e características sexuais, assente em estereótipos e práticas homofóbicas, bifóbicas, transfóbicas e interfóbicas, e que se manifesta em formas de violência, exclusão social e marginalização, tais como o discurso de ódio, a privação da liberdade de associação e de expressão, o desrespeito pela vida privada e familiar, a discriminação no mercado de trabalho, acesso a bens e serviços, saúde, educação e desporto” (PORTUGAL, 2019a, p. 2). Ver também: MONTEIRO; VILLELA (2019, p. 8 e ss.).

incorporar questões estruturais e comportamentais, que vão levar a discussão para além da epidemiologia para fazê-la chegar aos direitos humanos, às culturas dos diversos grupos envolvidos, ao questionamento das estruturas de discriminação, machismo<sup>27</sup>, racismo e, claro, de homotransfobia<sup>28</sup>. Como argumentam ADAMY; CASIMIRO; BENZAKEN (2018, p. 47): “existem outras populações no Brasil que possuem características transversais que ampliam vulnerabilidades e que são denominadas populações prioritárias, que são: população negra, população em situação de rua, população jovem e população indígena. Também é importante ressaltar que o uso de drogas e o trabalho sexual são fatores que transversalizam com todas as populações e podem sobrepor vulnerabilidades”.

Ao conceito de **vulnerabilidade** Ayres acrescenta a ideia do “**cuidado**”, que

propõe reconstruir as intervenções técnicas em saúde buscando reconciliá-las com a dimensão prática da vida – as primeiras marcadas por uma leitura individual-universalista e instrumental dos processos de saúde-doença-cuidado, e a segunda, pelos sentidos singulares que assume a experiência vivida desses processos. Assim, o conceito de cuidado aqui adotado aponta para o sentido existencial das experiências de adoecimento – seja físico ou mental – e das práticas de saúde, sejam de promoção, proteção ou recuperação da saúde como o horizonte que permite compreender e transformar criticamente as práticas de saúde (CALAZANS; PINHEIRO; AYRES, 2018, p. 268).

Em 2008 o Brasil adota o Protocolo para a **Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição (PEP)**, um meio de prevenção de infecção para aqueles

---

<sup>27</sup> O machismo não apenas é causa de discriminação de homens heterossexuais face a homens homossexuais mas, mesmo dentro do meio dos HSH o machismo é causa de vulnerabilidade quando se toma em conta, com ESTRADA-MONTOYA (2014, p. 50-51) que na América Latina ainda há uma cultura (machista) de que homens “de verdade” devem correr riscos, o que termina por associar o preservativo a algo “feminino” – logo, “inferior”.

<sup>28</sup> “O conceito de vulnerabilidade propõe uma renovação das formas de construção de diagnósticos de saúde, de modo a ampliar a compreensão das necessidades de saúde, incorporando, para além dos saberes biomédicos e epidemiológicos, saberes originários dos campos das ciências sociais e humanas, assim como saberes práticos – de ordem leiga e cotidiana – daqueles envolvidos nos cenários sob diagnóstico” (CALAZANS; PINHEIRO; AYRES, 2018, p. 268). Ver também a Cartilha “Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva”, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a, p. 31 e ss.) e SEFFNER; PARKER (2016, p. 24-25).

soronegativos que foram expostos a uma situação possível exposição ao vírus<sup>29</sup>.

Em 2013 o Brasil se torna o primeiro país em desenvolvimento a adotar Protocolo Clínico para que todos aqueles que tivessem resultado positivo para o HIV passem a ser medicados independentemente da contagem de células TCD4+. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017b, p. 30), um estudo de 2011 mostrara que “o início de TARV em pacientes com contagem de TCD4+ entre 350 e 550 céls/mm<sup>3</sup> reduz a chance de transmissão do HIV entre casais sorodiferentes em até 96%”<sup>30</sup>. Por isso, em 2013 foi atualizado o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o Manejo da Infecção ao HIV/Aids em Adultos”, para estabelecer que o tratamento com TARV deveria se iniciar sempre que houvesse teste positivo para o HIV – e não apenas quando a contagem de células TDC4+ fosse menor que 500 células/mm<sup>3</sup>, como era o até então<sup>31</sup>. Vale notar que àquela altura apenas os EUA e França possuíam diretrizes como a que o Brasil adotou.

---

<sup>29</sup> “A profilaxia pós-exposição (PEP) consiste no uso de medicamentos antirretrovirais tomados por um período de 28 dias consecutivos por pessoas sabidamente soronegativas, com vistas a evitar a infecção, quando houver possível ou sabida exposição ao vírus. Sua oferta passou a ser preconizada como método de prevenção da infecção pelo HIV para indivíduos identificados com os grupos populacionais mais afetados pela epidemia que tenham vivido situação de exposição ao vírus, desde 2008, tendo sido efetivamente implantada a partir de 2010. Sua proposição se deu, neste primeiro momento, como recomendação no documento suplementar de Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV – 2008 (...). Em sua proposição inicial, havia três diferentes protocolos – envolvendo orientações de diferentes medicamentos e distintos momentos de recomendação da adoção da tecnologia – para os casos de recomendação de uso de PEP em função de exposição por acidente ocupacional com objetos perfurocortantes, violência sexual e exposição sexual consentida. Somente em 2015 foram integrados os protocolos” (CALAZANS; PINHEIRO; AYRES, 2018, p. 277-278).

<sup>30</sup> O estudo referido foi realizado por COHEN *et al.* (2011). Foi feita uma pesquisa sobre infecção de HIV entre casais sorodiscordantes em vários países. Os infectados foram divididos em dois grupos: um no qual o TARV começou imediatamente e o outro apenas quando a taxa de células TCD4 ficou abaixo de certo limite. O que se observou foi não só que a saúde dos que começaram o tratamento era muito melhor que a do outro grupo como também que, dos 28 casos de infecção do parceiro pelo outro, apenas 1 foi de membro do primeiro grupo, o que levou os pesquisadores a concluírem: “the early initiation of antiretroviral therapy reduced rates of sexual transmission of HIV-1 and clinical events, indicating both personal and public health benefits from such therapy. Combination antiretroviral therapy decreases the replication of human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) and improves the survival of infected persons. Such therapy has been shown to reduce the amount of HIV-1 in genital secretions. (...) The effect of the timing of the initiation of antiretroviral therapy on clinical and microbiologic outcomes has been controversial in evaluations of the benefit of therapy and of the associated short- and long-term complications and costs” (COHEN *et al.*, 2011, p. 493-494).

<sup>31</sup> A versão atual do Protocolo é de 2018 (BRASIL, 2018c). Ver também o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)” (BRASIL, 2019c).

Em 2014 foi aprovada a lei 12.984, que tipificou o “crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids”:

Art. 1º Constitui crime punível com reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa, as seguintes condutas discriminatórias contra o portador do HIV e o doente de aids, em razão da sua condição de portador ou de doente:

I - recusar, procrastinar, cancelar ou segregar a inscrição ou impedir que permaneça como aluno em creche ou estabelecimento de ensino de qualquer curso ou grau, público ou privado;

II - negar emprego ou trabalho;

III - exonerar ou demitir de seu cargo ou emprego;

IV - segregar no ambiente de trabalho ou escolar;

V - divulgar a condição do portador do HIV ou de doente de aids, com intuito de ofender-lhe a dignidade;

VI - recusar ou retardar atendimento de saúde.

A partir de 2016 há mudanças na estratégia do Programa de HIV-AIDS em razão de críticas que foram feitas por setores da sociedade civil organizada; daí resulta a incorporação da ideia de “**Prevenção Combinada**” – infra.

Em 2016 é publicado um novo estudo **PCAP – Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira**, uma pesquisa sobre o conhecimento e o comportamento do brasileiro quanto ao HIV-AIDS (e outras IST), com dados obtidos em 2013 junto a doze mil pessoas entre 15 e 64 anos, em suas residências) (BRASIL, 2016). O primeiro havia sido realizado em 2004 e o segundo em 2008. Para a publicação de 2016 os dados foram<sup>32</sup>:

- **Sobre o HIV-AIDS, formas de contágio e prevenção:** 94% concordam que usar camisinha é a melhor forma de prevenção de HIV e outras IST; 90,8% disseram saber que uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada com HIV; 80% sabem q não há cura para a AIDS; 33,1% concordaram que uma pessoa q esteja fazendo tratamento tem menos chance de transmitir;

---

<sup>32</sup> Apresentamos aqui apenas um resumo do estudo para informar sobre questões que consideramos pertinentes à presente pesquisa.

- **Nível de Conhecimento:** os que possuem maior conhecimento sobre HIV-AIDS são pessoas entre 35 a 49 anos de idade; os menores índices estão entre os maiores de 50 anos; pessoas com grau de escolaridade maior ou mais acesso à internet apresentaram maior conhecimento;
- **Testagem para HIV:** 36,1% dos brasileiros já fizeram teste de HIV pelo menos uma vez – sendo que quase 47% dos brasileiros entre 25 e 34 anos já fizeram o teste ao menos uma vez; quanto maiores os níveis de instrução e classe econômica maior a proporção dos que já fizeram o teste;
  - **Dois que já haviam feito o teste alguma vez:** 37,4% tinham feito nos últimos 12 meses, 18,7% fizeram o teste rápido e 93,5% sabiam o resultado;
  - **As razões para ter feito o teste:** 33,6% quando do pré-natal; 17,9% por indicação médica; 17,8% por curiosidade. Especificamente no caso dos homens 26,6% disseram ter feito por curiosidade;
  - **Conhecimento sobre a existência de locais para fazer o teste gratuitamente** – respostas dadas por pessoas entre 15-64 anos, sexualmente ativos: 48,5% sabiam, sendo que entre as mulheres o percentual é maior (55,9%);
- **Autoavaliação quanto ao risco de ser infectado** – brasileiros entre 15 e 64 anos, sexualmente ativos e que já fizeram o teste pelo menos uma vez: 43,8% acham que não têm nenhum risco e 40,1% entendem que o risco é baixo. Os dados variam muito de acordo com região, idade, estado civil, escolaridade e situação laboral: “[o] percentual de (...) alto risco (...) foi maior na região Sudeste (...), entre indivíduos de 35 a 49 anos (...), pessoas que não viviam com companheiro (...) e aquelas que estavam em algum regime de trabalho” (BRASIL, 2016, p. 58);
- **Estigma e Discriminação:**
  - **Ter amigos gays:** 10,2% disseram que nunca teriam – o percentual é maior entre os homens (14,3%); quanto maior a faixa etária ou quanto menor a classe social, maior o índice e quanto maior o grau de escolaridade ou mais elevada a classe social, menor a taxa;
  - **Sobre as perguntas: retirar o filho de uma escola em que houvesse uma criança com AIDS; professora que está infectada, mas não está doente, pode continuar dando aulas; se compraria verduras/legumes de alguém infectado:** 82,3% manteriam o filho na escola, 81% concordariam que a professora deveria permanecer e 61,8% continuariam comprando do verdureiro.
- **Acesso a Preservativos entre a população sexualmente ativa:** 28,3% tiveram acesso em serviços de saúde e 26,8% compraram em farmácia. O acesso é maior entre homens e entre os mais jovens;
- **Uso de Preservativos:** 64,2% disseram ter utilizado em sua primeira relação sexual; quando perguntados sobre a última relação sexual (nos doze meses

anteriores) 39,1% disseram ter utilizado em geral (relacionamentos fixos e casuais) e 66,7% quando a relação foi casual; os mais jovens têm índices maiores de uso que os mais velhos.

- **Conclusões da Pesquisa:** entre as conclusões vale destacar a preocupação com o fato de que apenas 23% tenham dito ter utilizado preservativo em todas as relações sexuais nos doze meses anteriores à pesquisa; que 63,9% disseram nunca ter feito teste para HIV – e a maior parte dos que já haviam feito foi em razão de pré-natal; ainda, em um contexto de aumento de infecções entre jovens e HSH é preocupante o dado de que 86,1% dos homens nunca tenham feito o teste e que 64,7% não soubessem que há locais em que aquele é feito gratuitamente. **Tudo isso mostra que o país estagnou (ou andou para trás) quando se fala em prevenção.**

Em 2017 o Ministério da Saúde publica: “5 Passos para a Prevenção Combinada do HIV na Atenção Básica” (BRASIL, 2017a), “Prevenção Combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde” (BRASIL, 2017b) e “Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2017c).

Em “**5 Passos para a Prevenção Combinada do HIV**” (2017a) o Ministério da Saúde indica que a estratégia do Brasil, àquela época, envolveria cinco ações na atuação dos responsáveis pela Atenção Básica na Saúde<sup>33</sup>:

- (1) **Realizar o Diagnóstico Local** da estrutura da unidade e formação de pessoal para realizar os procedimentos relacionados à prevenção combinada;
- (2) **Realizar Ações de Prevenção Clássica:** oferta gratuita de preservativos e gel lubrificante. Essa dispensação, segundo o documento, deve ser feita sem a exigência de documento de identificação ou preenchimento de formulários, sem limite de quantidade, sem estabelecer idade mínima para a retirada e sem necessidade de agendamento; também devem ser ofertadas seringas/agulhas para que usuários de drogas injetáveis não contaminem um ao outro (HIV e hepatites

---

<sup>33</sup> Sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ver a Portaria do Min. da Saúde n. 2436/2017. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Ver também o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos” (BRASIL, 2018c), que explica aos profissionais da saúde a Prevenção Combinada e a forma como devem ser tratados os pacientes desde o momento em que chegam para fazer o teste, o encaminhamento para consulta e tratamento (em caso de exame positivo) e acompanhamento contínuo; trata da PrEP e PEP, etc. Ver também BRASIL (2019c).

virais). Além de ofertar o material as Unidades devem também fazer ações de educação sobre seu uso correto;

- (3) Ofertar Testagem:** com ênfase no Teste Rápido, que pode ser feito por pessoas treinadas (mas que não precisam ter formação laboratorial) e pode garantir uma taxa maior de encaminhamento para tratamento em caso positivo, dado que o resultado é dado na sequência do exame. Ademais, de acordo com o Ministério, o serviço precisa ser acompanhado por ações pré e pós-teste<sup>34</sup>. Vale lembrar que o teste rápido pode ser feito em qualquer *Centro de Testagem e Aconselhamento* (CTA) e, sendo o resultado positivo, o paciente é encaminhado para tratamento. O Teste Rápido pode ser de punção digital (sangue total) ou fluido oral. No segundo caso o “Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças” dispõe que ele, por não ser invasivo, deve ser usado fora do serviço de saúde e pode ser um “importante recurso para as abordagens e cuidados passíveis de realização por Agentes Comunitários de Saúde, redutores de danos, educadores sociais e demais trabalhadores que atuam em ações extramuros para a identificação de possíveis casos de HIV de forma oportuna, voluntária, sigilosa e gratuita nos espaços de sociabilidade das populações-chave e prioritárias”<sup>35</sup>;
- (4) Ofertar PEP:** vale anotar que, segundo o Ministério da Saúde, um caso de exposição ao vírus do HIV tem de ser tratado como urgência médica, de forma que o paciente receba o mais rapidamente possível a primeira dose de medicamento;
- (5) Tratamento para Todas as Pessoas.**

Esquemáticamente, o fluxograma dos 5 Passos:

---

<sup>34</sup> “Nas orientações pré-teste, devem-se identificar alguns sinais que podem estar relacionados a vulnerabilidades ou riscos. Perguntar o que motiva a pessoa a realizar o teste e se é a primeira vez que o faz; indagar se está se testando por livre e consciente vontade; e observar as suas reações emocionais (por exemplo, nervosismo, ansiedade) durante a abordagem, dentre outras possibilidades, podem contribuir, desde o início, com a vinculação e com o cuidado integral. Com o resultado em mãos, alguns cuidados importantes devem ser observados: garantir o sigilo e o acolhimento dos sentimentos despertados pelo resultado informado (angústias, medos, dúvidas e outros); oferecer orientações sobre prevenção; providenciar o encaminhamento e vinculação aos serviços de saúde de referência ou seguimento. A comunicação do resultado deve ser objetiva e clara, mas sem perder a capacidade de acolher e escutar. Vale lembrar que esse é um momento valioso para o fortalecimento do vínculo, a adesão à prevenção, e, em caso de resultado reagente, para a adesão ao tratamento também” (BRASIL, 2017a, p. 24-25). Ver também BRASIL (2019c) sobre a necessidade de os profissionais da saúde adotarem a “**escuta ativa**” em suas rotinas, assim como terem claro que a sexualidade é um direito fundamental e que aquela é diversa, não podendo o profissional permitir que preconceitos ou posições pessoais interfiram no atendimento integral.

<sup>35</sup> BRASIL (2018d, p. 44). Ver também MONTEIRO *et al.* (2019, p. 1794).

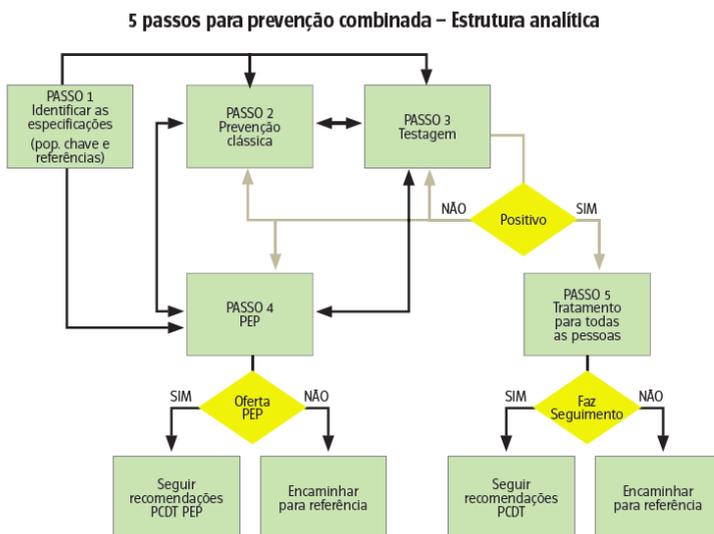


Figura 4: Cinco Passos para a Prevenção Combinada na Atenção Básica (BRASIL, 2017a).

Também em 2017 foi lançado o Protocolo para a **Profilaxia Pré-exposição (PrEP)** de risco à infecção pelo HIV. No Documento que traça o Protocolo Clínico para a PrEP (BRASIL, 2018b) há indicação de seu uso **prioritário às populações-chave quando membros do grupo demonstrarem** contextos de discriminação e práticas sexuais que aumentem a exposição. É dizer, além de pertencer às populações-chave há que se considerar: “Repetição de práticas sexuais anais e/ou vaginais com penetração sem o uso de preservativo; Frequência das relações sexuais com parcerias eventuais; Quantidade e diversidade de parcerias sexuais; Histórico de episódios de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); Busca repetida por Profilaxia Pós-Exposição (PEP); Contextos de troca de sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia, etc.” (BRASIL, 2018b, p. 14). Uma vez que o candidato seja selecionado há uma série de Protocolos sobre Aconselhamento, exames antes de iniciar a PrEP (por exemplo, para saber se o candidato é soropositivo, o que, por óbvio, o exclui do programa), oferta do medicamento e novos exames e consultas periódicas.

A respeito da **PrEP** e da **PEP**, o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da

Saúde mantém em seu *site* o “Painel PrEP” e o “Painel PEP”, que disponibiliza os dados atualizados a cada quatro meses mostrando o alcance de ambas políticas, de onde se podem extrair:

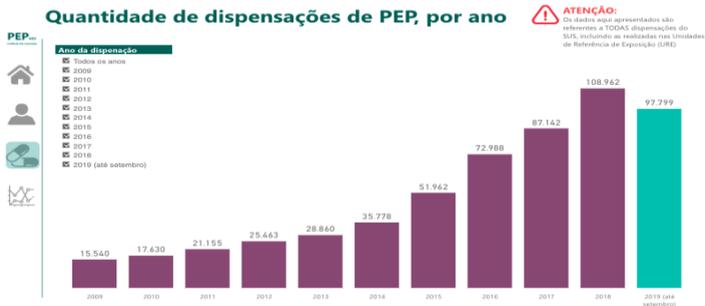


Figura 5: Fonte: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/pep-profilaxia-pos-exposicao-ao-hiv-prevencao-combinada/painel-pep>

Como se percebe, há um crescimento contínuo do número de dispensações de PEP no Brasil principalmente a partir de 2015. No mesmo endereço eletrônico pode ser pesquisada a dispensação de PEP por faixa etária e orientação sexual/identidade de gênero. Para o ano de 2019 (com dados até setembro) temos o seguinte:

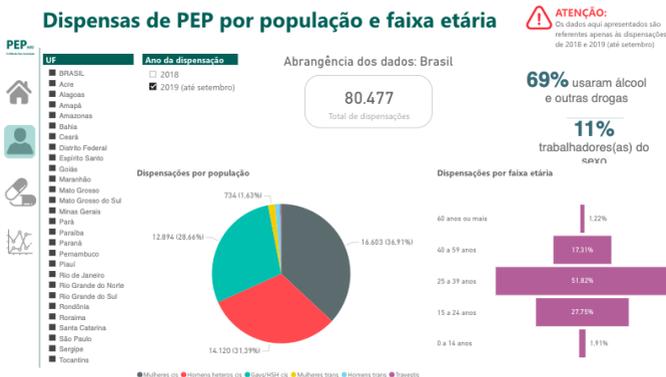


Figura 6: Fonte: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/pep-profilaxia-pos-exposicao-ao-hiv-prevencao-combinada/painel-pep>

Em 2019 (dados até setembro), a maioria das dispensações foi para pessoas entre 25 e 39 anos de idade (quase 52%) – que é um grupo particularmente destacado quando se pensa em novos casos de infecção. Entre

os atendidos, destaque para o grupo dos HSH, que corresponde a quase 29% dos que receberam – e mulheres trans foram 1,63%. No entanto, quando se somam as mulheres e homens (heterossexuais e cisgênero) vê-se que eles somam 68,3%. Considerando o quadro atual de infecção no Brasil HSH e mulheres trans deveriam ser os grupos que mais procuram a PEP, já que estas duas populações-chave, proporcionalmente, possuem muito mais casos de novas infecções.

Quanto à PrEP: podemos ver no painel que, em 2019, até o final de setembro houve 45.397 dispensações para 9.211 usuários.

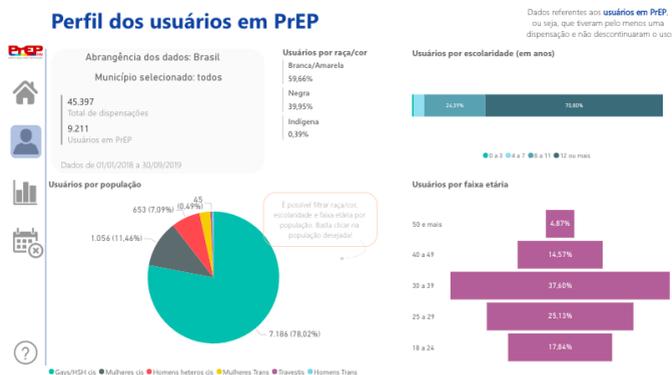


Figura 7: Fonte: <http://www.aids.gov.br/pt-br/painel-prep>

Os dados, também de 2019 (até o final de setembro), mostram que a maior parte dos usuários está também na faixa dos 30 a 39 anos (37,6%) e, logo em seguida, 25 a 29 anos (25,13%). Chamam a atenção, quanto à PrEP, dois outros indicadores: primeiro que mais de 78% dos usuários foram HSH – proporcionalmente muito maior que homens e mulheres cisgênero-heterossexuais (18,55%), o que mostra que, quanto à PrEP, essa população-chave tem ocupado bem o Programa – até porque, como dissemos, o Protocolo estabelece que ele seria direcionado precipuamente para populações-chave. Outro dado, no entanto, também chama a atenção: é que, dos atendidos, quase 60% é branco e 70,8% tem doze (ou mais) anos de estudo. Os números quanto à cor e à escolaridade mostram que a PrEP tem atingido uma faixa muito específica da população e, ao mesmo tempo,

não tem conseguido alcançar aqueles que, devido a razões de racismo estrutural e condição econômica desfavorecida – e que, afinal, são a maioria da população –, estão sub-representados nessa política. Cáceres (2004) já chamava a atenção para o binômio Pobreza IST, isto é, como a pobreza pode ser um fator de risco de exposição à AIDS (e outras IST), tanto pela falta de informação quanto pela necessidade de submissão à prostituição como condição de sobrevivência o que, afinal, é algo que se vê nos dados aqui.

O painel sobre a PrEP traz também dados sobre o comportamento sexual dos usuários quando da primeira consulta e da última consulta – lembrando que a política envolve consultas e exames regulares daqueles que participam. Chama a atenção o preocupante dado segundo o qual se na primeira consulta 31% diziam que sempre usavam preservativo (e 36% diziam que o faziam na maior parte das vezes), na última consulta os números caem para 26% (e 28%, respectivamente). Quem antes dizia que nunca usava representava 10% dos usuários e então esse número aumenta para 21%<sup>36</sup>. Esses números vão na contramão da proposta de “prevenção combinada” e, mais do que isso, revelam um dado preocupante, pois que o uso da PrEP não elimina totalmente a possibilidade de contaminação com HIV<sup>37</sup> – para não dizer de outras IST.

A partir de 2017 começa a ser divulgada a Declaração: “**Indetectável = Intransmissível**”, um consenso entre pesquisadores de que aquele infectado que mantenha carga viral indetectável não transmite o vírus por via sexual (BELOQUI, 2018, p. 42-43).

---

<sup>36</sup> Cf. <http://www.aids.gov.br/pt-br/painel-prep>. Curiosamente, de toda sorte, quando perguntados sobre o número de parceiros sexuais, na primeira consulta 31% diziam ter só um parceiro (e 23% diziam ter tido mais de 10); esse número aumenta para 38% (e, por outro lado, cai para 18%, respectivamente). No entanto, mesmo com a relativa diminuição do número de parceiros o risco de contaminação se mantém.

<sup>37</sup> Segundo estudo adotado pelo governo brasileiro como referência para a política, a PrEP reduz em 95% a possibilidade de contaminação por HIV (BRASIL, 2017b, p. 54). Um Relatório da cidade de Nova Iorque traz dados interessantes sobre uma política implementada em 2015 para aumentar os gastos com campanhas de prevenção e tratamento – incluída a política da PrEP, que está autorizada no país desde 2012: segundo os dados houve redução do número de novos casos (menos de dois mil no ano de 2018, o menor número em quase 20 anos). Além disso alcançou-se o dado de que 87% dos que estão sob tratamento se tornaram indetectáveis. Outro resultado reportado é a queda acentuada de novos casos em populações-chave como HSH e UDI – ainda que tenha havido um ligeiro crescimento entre mulheres trans – cf. EUA (2019).

A estratégia da Prevenção Combinada inclui a ideia da **“Tratamento como Prevenção” (TcP)**, pois estudos mostram que uma pessoa com HIV que não possua outras IST e esteja com contagem “zerada” de vírus em razão de tratamento possui chances mínimas de transmissão; assim, iniciar o tratamento do infectado o mais brevemente possível não apenas melhora sua condição de saúde mas também contribui para a prevenção de novas infecções ao diminuir a quantidade de “vírus circulante” – além de ser uma política menos custosa no longo prazo<sup>38</sup>. Segundo o Ministério da Saúde:

**O termo “Prevenção Combinada do HIV” remete à ideia de conjugação de diferentes ações de prevenção, tanto em relação ao vírus HIV quanto aos fatores associados à infecção**, sendo este o ponto de partida para sua conceitualização. Assim, sua definição parte do pressuposto de que diferentes abordagens devam ser conciliadas em uma estratégia conjunta, em que as partes não devem ser dissociadas do todo que compõem. Nesse sentido, o termo pressupõe a combinação das três abordagens possíveis na formulação de estratégias de prevenção do HIV: a abordagem biomédica, a abordagem comportamental e a abordagem estrutural. (...) **Uma segunda definição em relação ao termo remete aos diferentes focos que devem ser considerados em estratégias de prevenção do HIV: a combinação de ações centradas nos indivíduos, em seus grupos sociais e na sociedade em que vivem**. A premissa básica estabelecida, assim, é a de que estratégias de prevenção abrangentes devem observar, de forma concomitante, esses diferentes focos, levando sempre em consideração as singularidades dos sujeitos e as especificidades dos meios em que estão inseridos (BRASIL, 2017b, p. 17; grifos nossos).

Segundo Jorge Beloqui (2018, p. 40) o TcP teria algumas vantagens sobre paradigmas anteriores, pois, entre outras razões, a medida de prevenção “é tomada em um momento distante do relacionamento sexual” e “em um momento de sobriedade alcoólica ou de outras drogas”.

---

<sup>38</sup> “El tratamiento del VIH es una herramienta muy importante en la lucha contra el sida, pues previene enfermedades y muertes, evita nuevas infecciones y supone un ahorro económico” (UNAIDS, 2014, p. 3). Ver também MONTEIRO *et al.* (2019). O TcP é introduzido no Brasil em dezembro de 2013 com a publicação do “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção por HIV em Adulto”, quando, como dissemos, passou-se a tratar todos os infectados independentemente da contagem de células TCD4+.

Tanto o TcP quanto as metas da UNAIDS são criticadas por alguns por não terem como alvo, propriamente, a saúde dos infectados, mas somente a diminuição de novas infecções<sup>39</sup>. No entanto, é preciso perceber que a proposta de “**prevenção combinada**” tenta, justamente, **superar uma abordagem apenas biomédica ao somar a esta também abordagens comportamental e estrutural** (BRASIL, 2017b):

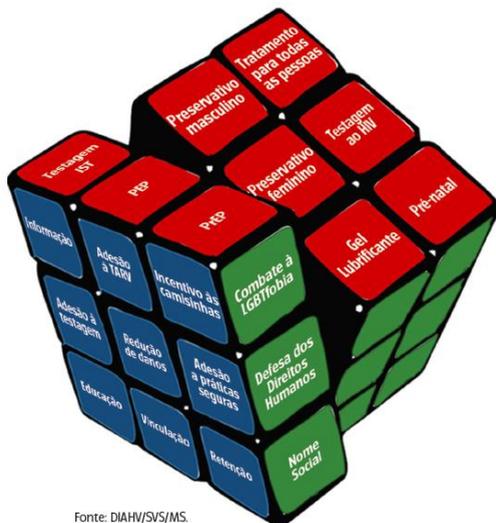
- a) **Abordagem Biomédica:** é aquela em que o modo de atuação parte das ciências médicas e a intervenção está na redução do risco de exposição ao vírus. As discussões aqui vão se dar em torno da importância/eficácia de tecnologias de prevenção como preservativos, PEP, PrEP, TcP, etc.;
- b) **Abordagem Comportamental:** como o nome indica, o foco está no comportamento de indivíduos de maneira a se evitar situações de exposição, dando-lhes informações para que eles tomem decisões de gestão de níveis de risco. As informações são não só sobre práticas sexuais, mas também uso de álcool e drogas, por exemplo. Uma abordagem comportamental, no entanto, não pode ser pensada apenas quanto a discussões de risco, mas deve ser ampliada para o problema da **vulnerabilidade**, que será trabalhada em três dimensões:
  - (i) **Vulnerabilidade Individual**, isto é, os “fatores informacionais, cognitivos e comportamentais de indivíduos e grupos sociais” que fazem com que indivíduos, de posse de conhecimentos sobre o HIV, decidem como se comportar.
  - (ii) **Vulnerabilidade Social**, isto é, “aspectos culturais, políticos e morais que dizem respeito à vida em sociedade. Aspectos como a estrutura jurídico-política e as diretrizes governamentais; as relações de gênero, raciais, geracionais; e as atitudes diante da sexualidade, das crenças religiosas e da pobreza são fatores que permeiam os comportamentos e práticas de exposição dos indivíduos à infecção pelo HIV”.
  - (iii) **Vulnerabilidade Programática:** aqui se discute a qualidade das políticas governamentais para tratar do problema do HIV-AIDS.

---

<sup>39</sup> Como MONTEIRO *et al.* (2019, p. 1802): “A política do TcP caracteriza-se pela expansão e diversificação da oferta de testagem, visando ampliar o diagnóstico e a testagem de rotina passa a ser prescrita como estímulo às práticas preventivas. Na literatura, as considerações de tipo sociológico ou psicossocial sobre a prevenção são reduzidas a discussões pontuais acerca das motivações ou barreiras para testagem e tratamento. O aconselhamento articulado à testagem, centrado na reflexão e diálogo entre aconselhador e usuário/a, presente na racionalidade do VCT paradigma anterior em que a ênfase ainda era no uso de preservativo, perde seu protagonismo; a repetição do teste se torna uma meta, diferenciando-se da concepção da repetição do teste como uma falha de prevenção individual ou programática”. Ver também a crítica de BELOQUI (2018, p. 41).

- c) **Abordagem Estrutural:** questiona as causas (sociais, culturais, políticas e econômicas) que fazem com que haja os riscos e as vulnerabilidades ao HIV. Como há diferentes fatores, a abordagem estrutural também precisa ser diversa, contextualizada e local.<sup>40</sup>

A figura abaixo busca representar as 3 abordagens que formam a Prevenção Combinada, com múltiplas possibilidades de combinação:



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Figura 8: *Cubo Mágico* com as 3 Abordagens da Prevenção Combinada: biomédica (vermelha), comportamental (azul) e estrutural (verde) (BRASIL, 2017a).

Assim, quando se defenda a prevenção combinada não se quer falar apenas do uso de mais de uma estratégia de prevenção, mas também uma

<sup>40</sup> MANZELLI; PECHENY (2002, p. 104 e ss.) mostram, de forma análoga, que podem ser catalogados três modelos históricos e sequenciais de prevenção ao HIV: “1) El **modelo epidemiológico-conductual**: centrado en las conductas de riesgo individuales, este modelo apunta a modificar tales conductas mediante la intervención de corte cognitivo sobre la información, la percepción del riesgo, la percepción sobre el control del propio comportamiento, la confianza en sí mismo y las actitudes de los distintos grupos de la población ante la enfermedad. 2) El **modelo antropológico-cultural**: centrado en los significados que los sujetos otorgan a sus prácticas en determinados contextos, intenta modificar las normas y los valores que potencian los riesgos e impiden los comportamientos preventivos, y alienta la promoción de aquellas normas y valores que hacen viable los comportamientos saludables. 3) El **modelo político-económico**: a partir de la movilización comunitaria, este modelo apunta a reducir la vulnerabilidad social más que la individual, considerando que la desigualdad estructural según clivajes de clase, de género, de subcultura, de estilos de vida, etc., está a la base de la epidemia”. Como os autores chamam a atenção, não é que o terceiro modelo seja o ideal, considerado de forma isolada, ao contrário, os três modelos devem ser combinados formando diferentes abordagens que podem (e devem) coexistir. Ver também BRASIL (2018c, p. 47 e ss.) e SEFFNER; PARKER (2016).

combinação de estratégias que busca, justamente, combinar questões biomédicas com sociológicas e de direitos humanos, de forma a tratar o problema de forma mais holística e consoante os direitos fundamentais.

A combinação dessas intervenções visa reduzir as lacunas de adesão aos métodos de prevenção clássicos, ao ofertar outros métodos de prevenção; além disso, objetiva identificar precocemente o estado sorológico para iniciar o tratamento antirretroviral de modo oportuno, como forma de prevenir novos casos e melhorar a qualidade de vida das pessoas que já vivem com HIV/aids (BRASIL, 2017a, p. 11)<sup>41</sup>.

Mais ainda, a ideia de prevenção não pode estar desassociada da **autonomia**, de forma que a prevenção mais eficaz é “aquela que o indivíduo escolhe, com auxílio do profissional de saúde, e que atende às suas necessidades sexuais e de proteção” (BRASIL, 2019c). A OMS trata a questão dessa “pedagogia do tratamento” como uma forma de empoderamento do indivíduo, pois que, se ele não é o sujeito apenas passivo do tratamento mas pode interagir com a política, logo, ele pode “tomar suas próprias decisões sobre o tratamento e os cuidados”, o que lhe “ajuda a combater informações falsas fornecidas por trabalhadores de saúde insuficientemente treinados, além de fortalecer a advocacy” (GAVIGAN *et al.*, 2015, p. 6).

Uma abordagem puramente “médica”, que foi a regra no início das políticas – e ainda está presente em muitas das ações –, implica patologização de sexualidades “dissidentes” e higienização dos comportamentos.<sup>42</sup> Vale lembrar que a Resolução do Conselho Nacional

---

<sup>41</sup> Vários Documentos Internacionais sobre a questão do HIV-AIDS vão enfatizar que a discussão não pode ser apenas biomédica; para ter sucesso precisa incorporar uma abordagem que respeite e promova os Direitos Humanos. Cf., *e.g.*, o Documento da UNAIDS sobre a estratégia “90-90-90”: “La única manera de lograr este ambicioso objetivo es mediante una estrategia basada en los derechos humanos, el respeto mutuo y la inclusión. Las estrategias coercitivas no solo violan los derechos humanos fundamentales, sino que también suponen un obstáculo a la hora de acabar con la epidemia de sida. Como hemos podido comprobar empíricamente en repetidas ocasiones y en distintos lugares del mundo, las estrategias coercitivas alejan a las personas de los servicios que tanto necesitan” (UNAIDS, 2014, p. 2). Ver também UNAIDS (2017c), EL FONDO MUNDIAL (2017), ONU (2016), OMS (2016), CÁCERES; PECHENY (2002, p. 16), MONTEIRO *et al.* (2019, p. 1801) e SEFFNER; PARKER (2016).

<sup>42</sup> Nesse sentido ver, *e.g.*, PELCIO; MISKOLCI (2009).

de Saúde n. 553, de 09.08.2017, dispõe sobre os Direitos dos Usuários do SUS e, em certo ponto, determina:

Terceira diretriz: toda pessoa tem direito ao atendimento inclusivo, humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível. (...)

§11 É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe:

I - identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil, sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas; (BRASIL, 2017d)<sup>43</sup>.

Na Cartilha “Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva” o Ministério da Saúde alerta os profissionais médicos que, ao lidar com LGBT e o HIV, evitem abordagens que possam significar a patologização de comportamentos relativos à orientação sexual/identidade de gênero e/ou práticas sexuais (BRASIL, 2013a, p. 8o e ss.). É por isso que questões como **“cuidado”** e **“escuta ativa”** irão aparecer em publicações não só do Ministério da Saúde como também de pesquisadores das ciências médicas. O **“cuidado”** exige a prática do profissional da saúde que adote a chamada **“escuta ativa”**: despida de preconceitos sobre sexualidade e gênero, e sobre comportamentos sexuais que podem ser considerados **“promíscuos”** ou **“desviantes”**. O paciente tem direito a viver sua sexualidade de forma integral e saudável. A saúde sexual é um tema que precisa ser tratado nas consultas e sem tabus/preconceitos.

---

<sup>43</sup> Em sentido similar já determinava a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”, Portaria do Ministério da Saúde n. 1820/2009, em seu art. 4º, *caput*, parágrafo único e inciso I (BRASIL, 2009). O Estado de São Paulo, em seu Planejamento para lidar com o HIV-AIDS entre 2017-2020 (SÃO PAULO, 2017) se propõe a fazer ações com populações-chave e outras medidas para diminuir os casos de infecção no Estado, adotando, inclusive, um paradigma não apenas biomédico para a questão.

Muitas vezes, os profissionais de saúde e os pacientes não abordam esse tema nas consultas. Geralmente, há uma tendência em subestimar a necessidade que os usuários têm de externar preocupações relacionadas à sua saúde sexual. Por outro lado, os pacientes querem discutir sua saúde sexual, querem que o profissional aborde essa dimensão de sua vida. É importante que o profissional desenvolva uma rotina de perguntar a todos os seus pacientes adultos e adolescentes questões sobre sexualidade, ajudando a diminuir o preconceito ligado ao diálogo sobre sexo e práticas sexuais (...). Para a anamnese de hábitos sexuais e de risco, é preciso primeiro ganhar a confiança do paciente. Um estilo de abordagem mais direto pode funcionar para alguns; porém, é preferível que o profissional de saúde faça uma aproximação mais gradual, com o objetivo de construir uma relação de confiança, normalizar as perguntas e o assunto, e avançar do geral para o específico (...). Nesse sentido, recomenda-se avisar ao paciente que as perguntas que você está fazendo são feitas para todos os pacientes adultos, independentemente de idade ou de estado civil. Também é importante enfatizar o caráter sigiloso da consulta. Igualmente necessária é a escuta respeitosa sobre as diferentes profissões de cada pessoa, visto que estas também podem contribuir para suas vulnerabilizações, principalmente em se tratando da prostituição (BRASIL, 2019c, p. 37-38).

Apesar das normativas – uma delas com mais de dez anos de vigência – e de vários Documentos do Ministério da Saúde quanto a diretrizes para o atendimento à população em geral, a realidade ainda mostra resistência à conformação com o paradigma do Estado Democrático de Direito. Em entrevistas conduzidas por NEGREIROS *et al.* (2019, p. 27-28) com médicos de UBS em uma capital no Nordeste foram colhidas algumas falas bastante preocupantes quando aqueles trataram LGBT que procuravam a Unidade, como, por exemplo: “Olha, não dá para tratar o travesti como uma pessoa normal, porque é um paciente de alto risco, precisa ser acompanhado pelo especialista. (M1)” ; “A maneira de falar requer mais cuidado com os homossexuais do que com as pessoas normais. (M9)” ; “[...] francamente, eu acho que deve ter o mesmo [tratamento] de uma pessoa normal, fora dos problemas, dos complexos que ainda existem, esse tabu, mas eu acho que deve ser tratado normal, normal, eu ainda digo pra você

normal. (M3)”; “Não dá pra não associar esse público às DST, como a aids mesmo. (M6)”; “[...] ter dois nomes pode causar confusão na UBS e na consulta. (M3)”; “A pessoa tem que aceitar seu nome como é! Não tem problema o nome não condizer com a aparência porque existem pessoas normais que têm nome de homem sendo mulher. Por exemplo, eu tenho uma prima que se chama Maria João. (M5)”<sup>44</sup>.

CUNHA-OLIVEIRA *et al.* (2016, p. 163-164), escrevendo desde a realidade de Portugal, defende de forma similar a abordagem que combine intervenções biomédicas, estruturais e comportamentais – nenhuma delas, isoladamente, dará conta do problema:

Em quase todas as populações com risco conhecido de VIH e Sida, as intervenções assentes em reconhecidas teorias de modificação do comportamento mostraram eficácia na redução das práticas de alto risco, sexuais ou por injeção. (...) As meta-análises vêm demonstrando repetidamente que estas intervenções produzem *outcomes* comportamentais frequentemente favoráveis. Infelizmente, a continuidade das intervenções comportamentais exige um forte empenhamento e uma disponibilidade de recursos muito grande. (...) As intervenções comportamentais têm sido bem-sucedidas mas pouco consistentes ou sustentadas, e poucas têm sido concebidas para acompanhar as inovações biomédicas que vão surgindo. Os progressos biomédicos são promissores mas vão muitos anos à frente da sua disseminação, dificilmente são 100% eficazes e exigem uma ampla aceitação e adesão. O impacto das intervenções estruturais é difícil de avaliar pelos meios científicos padrão de prova, mas as intervenções estruturais estão intrinsecamente ligadas aos esforços preventivos comportamentais e biomédicos, através do financiamento e das decisões políticas. A próxima geração de prevenção do VIH pode assentar no desenvolvimento e adaptação

---

<sup>44</sup> Uma atuação mais humanizada e despida de preconceitos ainda é uma meta a ser atingida para alguns profissionais da saúde pública, como lembram NEGREIROS *et al.* (2019, p. 25): “mesmo com todos os avanços advindos na área da saúde, o preconceito nos estabelecimentos de saúde e a invisibilidade entre os profissionais ocultaram ainda mais essa população, fazendo dos espaços para promover saúde lugares incapazes de atender às reais necessidades da comunidade LGBT”. Esse é um problema que começa com a formação, como também mostra a pesquisa de NEGREIROS *et al.* (*idem*, p. 27): “Quando se buscou conhecer a percepção do médico acerca da trajetória de formação para atendimento à população LGBT, todos os entrevistados destacaram que, durante sua formação acadêmica, não houve nenhuma disciplina com conteúdos curriculares voltados ao tema. (...) No Brasil, apesar da existência de uma política pública voltada ao atendimento integral e humanizado da população LGBT e das propostas de reformulação das estruturas curriculares dos cursos de graduação em Medicina a partir das novas diretrizes curriculares, ainda existem deficiências do cuidado à saúde na atenção básica, reflexo das fragilidades no campo acadêmico, seja na graduação, em especializações, residências ou capacitações profissionais”. Ver também FERREIRA *et al.* (2017).

das intervenções baseadas na evidência (IBE); (...) em criar uma ciência de conceção e disseminação das IBE utilizando um paradigma de melhoria contínua da qualidade, em lugar de um modelo de replicação fiel; no uso de processos empresariais para conceber, difundir e utilizar os programas; em reformular a prevenção, saindo de um modelo de gestão de doença para uma perspectiva de bem-estar, que reforce a ideia da infecção VIH como doença de evolução prolongada; e em tirar a prevenção dos *settings* e técnicos de cuidados de saúde e levá-la para estruturas e lideranças comunitárias.

Em dezembro de 2018 foi publicado um estudo da Fundação Universitária José Bonifácio (UFRJ) e do Governo Federal sobre a “**Juventude LGBT**” no país, tratando de várias questões, inclusive da saúde e, nesta, da questão do HIV-AIDS (BRASIL, 2018f). Não há ali nenhum dado novo, senão que se percebe que há pleno conhecimento, por parte do Estado brasileiro, do crescimento de novos casos entre adolescentes e adultos jovens e do que precisa ser feito a respeito, como já vinha sendo detectado há algum tempo.

Em junho de 2019 houve um encontro em Brasília, promovido pelo Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis para se pensar a prevenção do HIV no país (BRASIL, 2019a). No encontro foram apresentadas as cinco prioridades do Departamento para 2019-2020: “redução da mortalidade das pessoas vivendo com HIV; redução das hepatites virais com foco na hepatite C; redução da sífilis, da hepatite B e a eliminação da transmissão vertical do HIV; ampliação do acesso às ações de prevenção e atenção à saúde em IST, HIV/Aids e hepatites virais para populações-chave; e a redução dos casos de sífilis adquirida”. Como procuramos mostrar, as ações práticas de prevenção, ao menos quanto ao HIV-AIDS (e outras IST), particularmente quanto às populações-chave, parecem estar distantes das metas.

Atualmente problemas herdados do passado parecem estar se agravando – a questão das campanhas de prevenção é um marco nesse sentido, como será trabalhado mais à frente. Programas como PEP, PrEP, distribuição de preservativos, realização de consultas, exames e distribuição de medicamentos continuam a existir, mas com problemas,

alguns antigos, outros novos, como também tentamos retratar no presente.

## 2.2. Situação Atual: na contramão do passado

Desde que o Brasil iniciou o Programa de Prevenção e Tratamento não apenas conseguiu aumentar a sobrevivência dos pacientes infectados como também obteve dados muito expressivos quanto à diminuição da taxa de novos casos. No entanto, nos últimos anos isso tem se alterado. Nesse sentido MALTA; BREYER (2013):

The Brazilian AIDS policy, although hailed as a model worldwide, has been more difficult to implement among more vulnerable groups of people living with HIV/AIDS, such as drug users, homeless persons, people who use drugs and sex workers, who are often stigmatized as noncompliant or difficult to retain in care. (...) Historically, the Brazilian response to HIV has supported the reduction of stigma and discrimination among marginalized groups, including both drug users and sex workers. However, recently the political and financial commitment of the National AIDS Program has been vigorously questioned<sup>45</sup>.

Mudanças políticas e questões econômicas nos últimos quinze anos vêm fazendo com que haja retração nas políticas nacionais sobre HIV-AIDS: um volume menor de verbas tem sido dedicado às campanhas de prevenção e estas, quando acontecem, sofrem cortes de natureza moralista, como será desenvolvido no presente, de forma a, por exemplo, não falarem abertamente sobre questões de saúde sexual e/ou não possuem mensagens específicas para populações-chave e/ou prioritárias.

Ao longo disso há uma nova onda de crescimento de infecções, principalmente entre os mais jovens e nas populações-chave, como temos mostrado<sup>46</sup>. O Relatório do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde

---

<sup>45</sup> Também SEFFNER; PARKER (2016, p. 31): “a construção da resposta brasileira à AIDS vive hoje de se alimentar de um passado de glórias”.

<sup>46</sup> Assim também se refere Lígia Kerr (2018a e 2018b) sobre o momento atual do Brasil. Algo similar se observa em vários países da América Latina (OPS; OMS; ONUSIDA, 2017, p. 11).

de 2018 revela um aumento de 700% de casos de HIV entre jovens de 15 a 24 anos, particularmente entre os homens:

Entre os homens, nos últimos dez anos, observou-se um incremento da taxa de detecção entre aqueles de 15 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 e 29 anos, 55 a 59 anos e 60 anos e mais. **Destaca-se o aumento em jovens de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos. A maior taxa de detecção em 2017 foi de 50,9 casos/100.000 habitantes<sup>47</sup>, que ocorreu entre os indivíduos na faixa etária de 25 a 29 anos**, tendo superado as taxas de detecção em homens de 30 a 34 anos e de 35 a 39 anos, que eram mais prevalentes até o ano de 2016 (BRASIL, 2018a, p. 15; grifos nossos).

A tabela abaixo, do mesmo Relatório, mostra as variações entre 2007 e 2017:

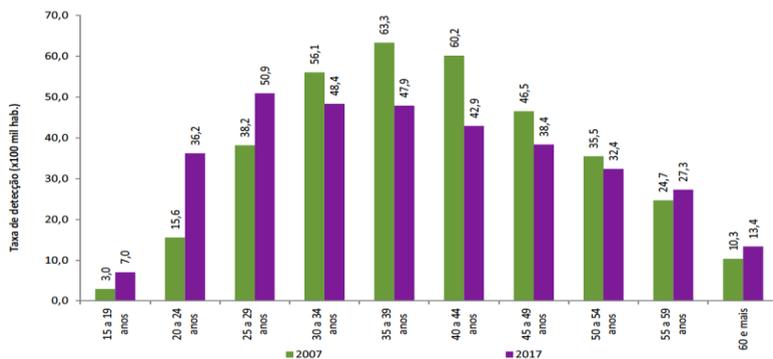


Figura 9. Taxa de Detecção por 100 mil habitantes no Brasil distribuída por faixas etárias (BRASIL, 2018a).

Essa outra Tabela mostra a taxa de crescimento dos casos apenas entre pessoas com menos de 30 anos entre 2007 e 2017<sup>48</sup>:

<sup>47</sup> Lembrando que a taxa nacional é de 18,3 casos/100 mil hab.

<sup>48</sup> Alexandre Grangeiro também mostra como a geração nascida nos anos 1990 possui uma escalada de crescimento entre aqueles de 15 a 24 anos maior quando comparada às gerações anteriores: “Circunscrevendo uma análise aos casos de AIDS diagnosticados entre 15 e 24 anos, os nascidos na década de 1990, que iniciaram sua prática sexual quando o impacto dos antirretrovirais já era fortemente visível na sociedade, apresentam taxas de incidência de AIDS 3,2 vezes maiores do que aqueles que nasceram em 1970 e que iniciaram suas relações sexuais no momento em que surgiu a epidemia no país. Para homossexuais, essa taxa é seis vezes maior. (...) Assim, confirmada a tendência de aumento da incidência em novas gerações e em homossexuais jovens, poderemos observar uma epidemia de maior magnitude nos próximos anos do que a existente até o momento” (GRANGEIRO, 2016, p. 20).

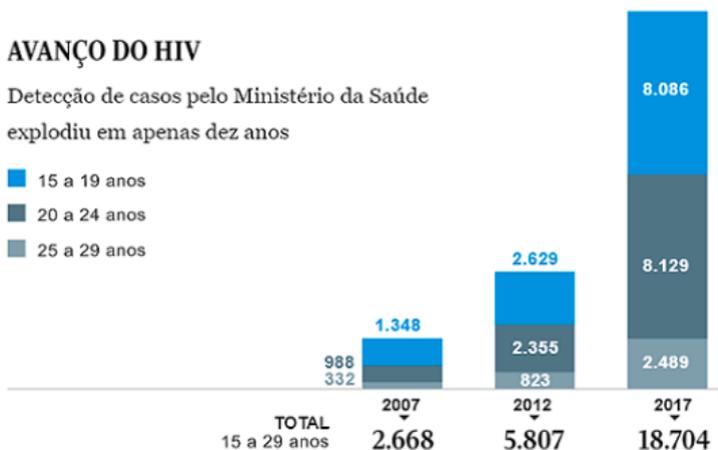


Figura 10. Avanço do HIV no Brasil na população menor de 30 anos (ALEIXO; GRANDELLE, 2019).

Em Minas Gerais uma reportagem do Jornal “O Tempo” de novembro de 2019 mostra que houve aumento de 112% no número de casos de HIV/Aids nos últimos 20 anos (...) – uma média de 11 registros por dia” (FONTES, 2019). Dados da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais para o período entre 2013 e 2017 corroboram o jornal ao mostrar que houve, no período, um aumento de 63,9% de novos casos; a taxa de incidência era de 17,22/100 mil hab. em 2013 e subiu para 23,82/100 mil hab. em 2017. Quando se separa por categoria de exposição percebe-se que os casos por “exposição homossexual” aumentaram 46,77%, enquanto que os de “exposição heterossexual” aumentaram 18,32%. O Boletim também ressalta o aumento dos casos entre adolescentes (15-19 anos) e adultos jovens (20-34 anos) (MINAS GERAIS, 2018, p. 19 e ss.)<sup>49</sup>.

A citada reportagem mostra ainda que em Belo Horizonte, quando se comparam os dados de 2010 com os de 2019 (até novembro), o aumento foi de 797,5%. Os dados podem também ser conferidos em Boletim da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, que vai mostrar a evolução dos casos até 2017, com o aumento do número de casos entre os mais jovens

<sup>49</sup> Saliente-se, no entanto, que o Boletim diz que o aumento se deveu à “ampliação da oferta de testagem rápida nos serviços de saúde” e à “notificação obrigatória dos casos de infecção pelo HIV [em razão de Portaria do Ministério da Saúde de 2014]” (MINAS GERAIS, 2018, p. 19).

– por exemplo, em 2006 a incidência entre homens de 20-24 anos era de 9,3/100 mil hab.; esse número salta para 33,6/100 mil hab. em 2016. Quando se faz o recorte por razão de infecção, em 2001 48,2% foram por relações sexuais de HSH (homossexuais e bissexuais) e 39,7% relações de heterossexuais. Já em 2016 o número sobe para 69,5% no primeiro grupo e cai para 13,8% no segundo grupo (BELO HORIZONTE, 2017)<sup>50</sup>.

No Estado de São Paulo, conforme Boletim de 2018, houve queda acentuada da taxa de infecção nos últimos dez anos (de 21,7 em 2008 para 14,9 em 2018); no entanto, ao mesmo tempo, a taxa triplicou em homens jovens (15 a 19 anos de idade) e duplicou na faixa de 20 a 24 anos. Ademais, houve aumento de 17% dos casos entre HSH, ao mesmo tempo em que se registrou decréscimo de 31,2% entre homens heterossexuais. Mais: “[e]ntre o sexo masculino, em 2017, verificou-se que 65,8% dos casos ocorreram entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e 22,7% entre homens heterossexuais” (SÃO PAULO, 2018a, p. 109)<sup>51</sup>.

Algo similar é alertado também pela UNAIDS sobre os dados da América Latina:

Si bien varios países latinoamericanos han experimentado un gran declive en la incidencia del VIH, **el número de nuevas infecciones por el virus en la región subió un 7 % entre 2010 y 2018**, año este último en el que 100 000 personas contrajeron el VIH. Aproximadamente la mitad de los países de la región vieron aumentar su incidencia entre 2010 y 2018. **Las cifras subieron sobre todo en Brasil (21 %)**, Costa Rica (21 %), el Estado Plurinacional de Bolivia (22 %) y Chile (34 %). (...) Un 40 % de las nuevas infecciones por el VIH registradas en Latinoamérica en 2018 se produjeron entre gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Estos grupos de población clave y sus parejas sexuales concentran la mayor parte de las nuevas infecciones en la región (UNAIDS, 2019a; grifos nossos).

---

<sup>50</sup> Ver também LOPES (2017).

<sup>51</sup> Ver também SÃO PAULO (2018b). Tão ou mais preocupante são os dados que mostram que 42% dos que foram diagnosticados no Estado entre 2003 e 2006 tinham contagem de células TCD4+ abaixo de 200/mm<sup>3</sup>, isto é, o vírus apenas foi descoberto tardiamente. Em 2016 (dados até o segundo quadrimestre) o índice tinha caído para 21,5% (SÃO PAULO, 2017) – contudo, ainda é muito alto.

De 2010 a 2018 o Brasil, ao lado de alguns outros países da América Latina, vem apresentando aumento do número de novas infecções, enquanto outros vizinhos experimentam reduções significativas, com destaque para a redução em 48% de El Salvador. Como mostramos na Introdução ao presente, quando os dados da América Latina desconsideram o Brasil há uma queda do número de novas infecções. No entanto, ao se inserir o país a região registra um aumento de 7%.

#### New HIV infections rising in Latin America

Percentage change in new HIV infections, by country, Latin America, 2010–2018



Figura 11. Fonte: UNAIDS (2019a).

A taxa de novas infecções vem caindo no Brasil: entre 2007 e 2017 o índice diminuiu de 20,2 casos/100 mil hab. para 18,3 casos/100 mil hab. – ou 0,4% da população – (BRASIL, 2018a e 2019e), o que é um índice baixo. No entanto é preciso notar que há diferenças regionais muito altas. O Rio Grande do Sul, por exemplo, teve uma redução de 36% no período. Todos os Estados do Sul e Sudeste tiveram reduções significativas. No entanto no Nordeste todos os Estados tiveram alta – com destaque para Alagoas, com um aumento na ordem de 77%. Altas também aconteceram em Goiás e Mato Grosso do Sul. No Norte há também taxas de aumento muito fortes: por exemplo, no Amapá a taxa aumentou de 17,7 para 29,7/100 mil hab. e em Roraima, de 18,6 para 36,7/100 mil hab. Tudo isso mostra que há falhas graves nas políticas regionais.

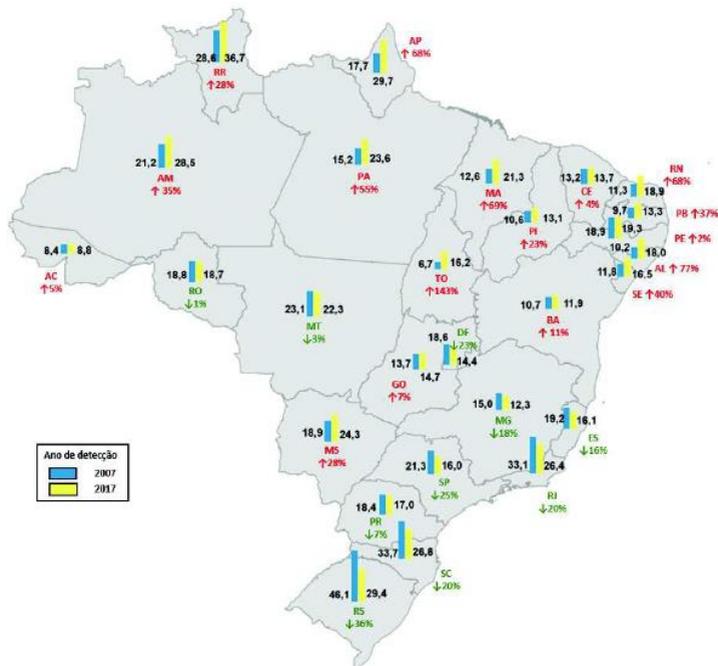


Figura 12. Taxa de Detecção de HIV nos Estados Brasileiros entre 2007 e 2017 (BRASIL, 2018a).

O índice **90-90-90** é uma boa ferramenta para se verificar o quanto um país/região está evoluindo em políticas que levem à erradicação do vírus. No último Relatório da UNAIDS (2019c, p. 214) o Brasil apresenta: **85-77-94**, é dizer: 85% de quem tem o vírus sabe de sua condição; 77% dos que vivem com HIV e sabem seu status sorológico estão em tratamento e 94% dos que estão em tratamento têm carga viral indetectável<sup>52</sup>. Percebe-se que o Brasil consegue alcançar (e ultrapassar) apenas um dos objetivos; um outro dado importante é que a política de tratamento, quando iniciada e mantida por quem vive com HIV é eficiente para garantir que o vírus fique indetectável – o que significa qualidade de vida para aquele e também redução das chances de novas infecções por outros. No entanto falhamos quando a questão é que aquele que está infectado saiba

<sup>52</sup> Na cidade de São Paulo, que em 2015 assumiu o compromisso com a Declaração de Paris, o Boletim sobre 2018 informa que a meta se encontra em: 87-72-95 (SÃO PAULO, 2019).

de sua condição – do que dependem as demais questões –, o que mostra ser necessário repensar a política de prevenção no país com a incorporação do teste na rotina de prevenção combinada de quem tem vida sexual ativa<sup>53</sup>. Mais preocupante ainda é que falhamos de forma mais contundente em fazer com que aquele que já se sabe infectado inicie/permaneça em tratamento<sup>54</sup>. Novas estratégias têm de ser desenvolvidas para garantir que uma vez detectado o vírus o paciente imediatamente seja colocado em tratamento (e nele permaneça). Isso não pode ser feito de forma coercitiva, uma vez que o tratamento livre e consentido é um direito fundamental, o que leva a se questionar as razões pelas quais está havendo esse hiato entre exame–tratamento.

Segundo ainda a UNAIDS, entre os novos casos, há um aumento desproporcional entre HSH na **América Latina**:

---

<sup>53</sup> Em entrevista à ABRASCO (2018) a Profa. Maria Amélia Veras já chamava a atenção para o fato de que há um “gap” entre o número de pessoas que está infectada e o número contabilizado oficialmente. Cita uma pesquisa feita pelo grupo de pesquisa de que participa, o SampaCentro, que constatou que “cerca da **metade dos gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH) que tiveram testes positivos na pesquisa não sabiam que estavam infectados**. Outros estudos mais recentes indicam percentuais variáveis de desconhecimento que vão de 10 (entre travestis e mulheres transexuais) até 40% entre gays e outros HSH. São estas pessoas que precisam ser atingidas pelo SUS, testadas e vinculadas a serviços para tratamento”.

<sup>54</sup> É o que também GRANGEIRO (2016, p. 22) chama a atenção: “as estratégias de cuidado têm se mostrado frágeis para vincular as pessoas infectadas aos serviços de saúde. Um estudo prospectivo que acompanhou cerca de 8 mil pacientes em uso de ARV em quatro das cinco regiões brasileiras, entre 2003 e 2013, observou que 65% apresentaram história de perda de seguimento em algum momento do tratamento e que a probabilidade de perda de seguimento após cinco anos de início da terapia foi de 37,3%. A consequência, segundo o estudo, foi uma substantiva perda de efetividade do tratamento. Com isso, a probabilidade de estar com carga viral indetectável após cinco anos foi inferior a 50%”.

## Gay men and other men who have sex with men disproportionately affected by HIV in Latin America

*Distribution of new HIV infections (aged 15–49 years), by population group, Latin America, 2018*

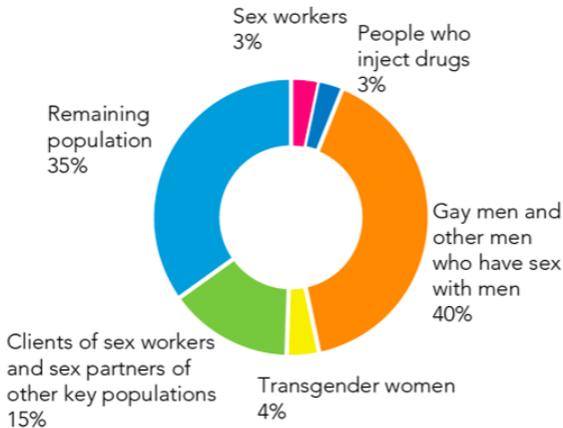


Figura 13. Fonte: UNAIDS (2019a).

Na mesma medida em que aumentam os casos entre HSH na América Latina percebe-se que os recursos de saúde pública dirigidos especificamente para esta (e outras populações-chave) têm sido insuficientes e/ou diminuído (UNAIDS, 2019c, p. 209).

No período entre 2010 e 2018 metade dos países da América Latina teve quedas significativas de novos casos – como a Colômbia: queda de 22% – enquanto a outra metade, como o Brasil (21%), tiveram aumento na mesma ordem (UNAIDS, 2019a)<sup>55</sup>. Segundo o Boletim Epidemiológico de 2018 do Brasil, **entre 2007 e 2017 há uma mudança nos casos de infecção por sexo/orientação sexual. Em 2017 a categoria “homo/bissexual” correspondeu a 48,7% dos casos, superando os heterossexuais pela primeira vez** (BRASIL, 2018a, p. 17).

<sup>55</sup> Ver também OPS; OMS; ONUSIDA (2017).

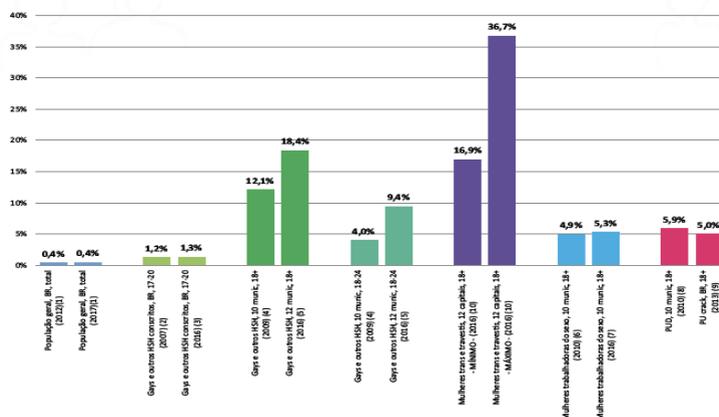


Figura 14. Taxas de Infecção entre 2002 e 2017 segundo alguns estudos (BRASIL, 2019e, p. 14).

Se considerarmos que menos de 10% das pessoas se definem como LGBT – e destes, apenas uma parte é formada por gays (e outros HSH)<sup>56</sup>, percebe-se que a fatia de 40% de novos casos nessa população – mais os 4% de pessoas trans/travestis – no Brasil faz com que tal população seja particularmente vulnerável<sup>57</sup>, necessitando, por isso, de uma atenção específica, dado que uma prevalência maior de infecção em um pequeno grupo tem repercussões muito maiores, como pontua ESTRADA-MONTOYA (2014, p. 46 e 49).

No estudo de Lígia Kerr (2018a) registra-se que em 2009 “a infecção pelo HIV estimada para esta população [HSH] foi de 12,1%, cerca de 20 vezes maior do que a prevalência na população geral”. Quando o estudo foi repetido e ampliado em 2016 o resultado foi ainda mais alarmante: “a

<sup>56</sup> Na PCAP 2016 7,9% dos homens disseram já ter tido alguma relação sexual com alguém do mesmo sexo alguma vez na vida (BRASIL, 2016, p. 95); no entanto, quando perguntados sobre como se declaravam, 3,5% disseram ter, no momento da pesquisa, relações sexuais com outros homens (HSH), destes, 1,2% mantinham relações com homens e mulheres e 2,3% apenas com homens (*idem*, p. 117).

<sup>57</sup> Nesse sentido também a observação de CÁCERES; PECHENY (2002, p. 15) sobre a América Latina. Noutro texto do mesmo livro CÁCERES (2002, p. 29) chama a atenção para o fato de que, em razão da homotransfobia, muitos casos de transmissão sexual envolvendo HSH, mulheres trans e travestis podem não ter sido contabilizados dessa forma, colocando o caso como de transmissão de relação heterossexual, o que pode significar que os números para os dois primeiros grupos sejam ainda maiores. Ainda que o texto seja de 2002 não é difícil imaginar que algo assim ainda ocorra nos dias atuais. Em sentido similar alertam OPS; UNICEF; ONUSIDA (2009, p. 19 e ss.).

prevalência subiu para 18,4%, ou seja, 46 vezes maior do que a população geral”<sup>58</sup>.

Segundo levantamento de ADAMY, CASIMIRO E BENZAKEN (2018, p. 47), HSH têm “prevalência de HIV de 18,4% e 14% para sífilis (...); Pessoas trans (...) prevalência de HIV de 31,2%”. De outro lado, CALAZANS, PINHEIRO e AYRES (2018, p. 267) comparam duas pesquisas, uma feita em 2009 e outra em 2016 e mostram aumento de HIV entre gays e outros HSH de 12,1% (em 2009) para 18,4% (em 2016). Aliás, lembram também, como já mostramos, os dados do Boletim Epidemiológico de 2017 do Min. da Saúde que “mostrou que houve crescimento de 32,9% nos últimos dez anos na proporção de casos de aids entre HSH, passando de 35,6% em 2006 para 47,3% em 2016”.

Maria Amélia Veras (2018, p. 84) faz uma comparação sobre dados de infecção de HIV em São Paulo (capital) entre HSH: em 2011-2012 uma pesquisa apontava uma taxa de 15%; em 2016 outra pesquisa apresentava taxa de 24,8% – segundo ela, ainda que as metodologias das pesquisas tenham sido diferentes, os dados mostram que houve aumento naquele seguimento<sup>59</sup>.

Quanto às **mulheres trans** lembra que em 2017 o estudo “Divas” encontrou o alarmante média de 35% de infecção<sup>60</sup>. Considerando que uma porcentagem muito alta de mulheres trans e travestis têm na prostituição seu único meio de sustento, percebe-se que a alta taxa de infecção dessa minoria **tem razões que não são apenas biomédicas mas estruturais**, que denunciam uma especial condição de vulnerabilidade, como temos chamado a atenção. Em sentido similar:

---

<sup>58</sup> O estudo amplo pode ser visto em KERR (2018b).

<sup>59</sup> Eliana Gutierrez *et al.* (2019, p. 2) mostram algo similar sobre a cidade de São Paulo: “a epidemia de AIDS está em regressão, exceto entre homens jovens de 15 a 29 anos, população na qual se observa maior aumento nas TDs de AIDS, especialmente na faixa etária de 20 a 24 anos (98,6%), no período de 2006 a 2015. Entre os homens, aumenta a proporção de casos notificados em homens que fazem sexo com homens (HSH)”.

<sup>60</sup> A pesquisa DIVAS foi realizada em 2017 e que entrevistou 2846 travestis e mulheres trans em doze capitais brasileiras. A taxa de infecção média, como dito, foi de 35% e varia muito de uma cidade para outra; por exemplo, é de 19,7% em Curitiba e de 65,3% em Porto Alegre (BRASIL, 2019b). Ver também MAGNO (2018) e REIS (2018).

Structural risk factors also affect vulnerability for HIV infection. Studies have shown how, for TGW [transgender women] in particular, constant displacement, social exclusion, and unfavorable socioeconomic conditions contribute to marginalization of this population. Further, the relationship between discrimination and a range of negative outcomes experienced by TGW has been increasingly documented. Gender-based discrimination (GBD) in particular, defined as any distinction, exclusion, or restriction made on the basis of one's gender identity, has been highlighted as creating psychological, social, and economic vulnerability for TGW. Even when compared to other vulnerable groups such as men who have sex with men, TGW consistently report higher rates of discrimination and stressful psychosocial events. Studies have begun to document how discrimination can increase the odds of URAI [unprotected receptive anal intercourse] among TGW with a range of sexual partners (including sex work clients as well as casual and stable partners). (...) GBD was common in sex work and often accompanied by episodes of sexual violence and URAI. Constant experiences with GBD appeared to augment the trust that TrTW had in their stable partners and diminished their desire to use condoms. Another consequence of constant GBD was poor mental health (MAGNO, 2018, p. 2 e 7).

**A discriminação estrutural contra HSH, trans e travestis, combina-se e reforça situações de exclusão e violência em razão de gênero, cor, pobreza, etc.** Tudo isso potencializa problemas de saúde mental daquelas populações, como citado no trecho do estudo de MAGNO acima transcrito, o que, por sua vez, retroalimenta situações de risco à infecção pelo HIV. TORO-ALFONSO (2002, p. 83-84) também já chamava a atenção sobre isso há mais de quinze anos:

Algunos autores indican que la homofobia puede ser un obstáculo enorme en el proceso de desarrollo de una conducta sexual no arriesgada (...). Los niveles de homofobia internalizada pueden estar relacionados con la comodidad con que la persona maneje su sexualidad y establezca relaciones adecuadas (...). Las personas con baja estima tienden a tratar de buscar aceptación de formas indirectas. (...) Se ha encontrado que individuos que mantienen una conducta sexual más segura tienen mayor autoestima, muestran menor ansiedad o depresión y menos problemas de conducta, y consumen menor cantidad de alcohol que quienes tienen patrones de conducta insegura.

De tal forma que, ainda que a epidemia no Brasil seja do tipo concentrado, há aumento de novos casos nas populações-chave e, particularmente, no entrecruzamento com as populações-prioritárias, pois, como é trabalhado no presente, por exemplo, a população jovem de 15 a 24 anos vem experimentando taxas cada vez maiores de infecção desde há alguns anos.

### 2.3. Razões do aumento de casos

“O conhecimento dos fatores envolvidos na transmissão do HIV, bem como a melhor compreensão sobre a dinâmica social de transmissão, são essenciais para subsidiar as medidas preventivas e garantir a efetividade das intervenções no nível de saúde coletiva” (BARBOSA JR., 2009, p. 728).

Entre as várias razões que se pode apontar para os aumentos uma certamente tem a ver com **escolhas políticas**. Este trabalho destaca os resultados negativos decorrentes da redução das ações preventivas do vírus/doença, visto que essas ações preservam as condições de saúde das pessoas e, para além, evitam custos maiores no futuro de saúde reparadora (BARCELOS, 2014, p. 163).

Apesar das históricas lutas em favor da **igualdade** como princípio jurídico-político e constitucional, na contemporaneidade impõe-se a necessidade de defender a **diversidade** para tornar factível aquela, guiando-se pelo seguinte argumento: a materialização do princípio da igualdade exige um redimensionamento para considerar os tratamentos desiguais não como um objeto de discriminação excludente, mas, ao contrário, como forma de incluir setores sociais desfavorecidos (GALINDO, 2012, p. 19-20)<sup>61</sup>.

---

<sup>61</sup> Quando os órgãos legislativo e executivo falham, seja por omissão legal, seja por ineficiência/seletividade administrativa no sentido de garantir este princípio da igualdade pela diferença, tal como formulado por Taylor (2011), o Judiciário surge como instância contramajoritária a fazer cumprir as normas e equalizar o sistema (SANTOS, 2010); é dizer, pode ser chegada a hora dessas questões serem levadas ao Judiciário para fazer valer o direito à saúde. Assim, a judicialização da saúde, conquanto seja um problema central para qualquer discussão sobre a efetividade do direito à saúde, escapa do objeto principal do presente – podendo aparecer como consequência da omissão/retração do Estado no tratamento.

Vê-se que, por falta de impulso de órgãos oficiais e/ou por desinteresse da sociedade/órgãos de mídia, o HIV-AIDS praticamente desapareceu das discussões nacionais, o que representa uma grande perda daquilo que foi, no passado, uma das bases para a resposta brasileira ao problema, isto é, a discussão em jornais, revistas, programas de TV, na escola, etc.<sup>62</sup>

De outro lado, a despeito de constituírem o grupo mais atingido pelos novos casos de infecção, as políticas oficiais para gays (e outros HSH) e população trans/travesti têm sido absolutamente desproporcionais. No ano de 2006, por exemplo, somente 1,5% dos recursos do Min. da Saúde para HIV-AIDS foi gasto com ações específicas para aqueles (CALAZANS; PINHEIRO; AYRES, 2018, p. 267), contrariando indicativos internacionais sobre o tema que chamam a atenção para que, justamente, haja investimento direcionado às populações-chave<sup>63</sup>. Apesar das normas serem bastante abrangentes sobre várias questões de saúde – destacamos acima apenas alguns aspectos –, **a realidade é que elas têm problemas de aplicação** quando se trata de populações-chave como HSH, trans/travestis ou profissionais do sexo (PRADO, 2017, p. 65 e MELLO *et al.*, 2011).

Em sentido similar as conclusões do estudo de KERR *et al.* (2018b), sobre a concentração da epidemia em alguns grupos – HSH, mulheres trans e travestis, etc. –, o que demonstraria que **a estratégia de “testar e tratar” não funciona de forma satisfatória quando há lacunas em políticas de prevenção** e pôde ser observado pela queda do uso de preservativo, por exemplo, entre as pesquisas de 2009 e 2016. As razões

---

<sup>62</sup> Nesse sentido GRANGEIRO (2016, p. 23).

<sup>63</sup> Por exemplo: “Lograr la igualdad en los servicios y programas de prevención del VIH también puede requerir poner un énfasis específico en la provisión y ampliación de servicios para los grupos poblacionales afectados de manera desproporcionada por el VIH y a menudo olvidados en la respuesta frente a esta epidemia. En estos grupos poblacionales se incluyen los presos, las personas con discapacidades física o de otro tipo, los trabajadores sexuales, las personas que consumen drogas, los hombres homosexuales y otros hombres que practican sexo con hombres, las personas transgénero, los migrantes, los refugiados y las personas internamente desplazadas y los adolescentes y las personas jóvenes, en particular las adolescentes y las mujeres jóvenes. (...) Es discriminatorio negarse a desarrollar y difundir información y materiales de prevención del VIH para las trabajadoras sexuales, las personas que consumen drogas, los hombres homosexuales y otros hombres que practican sexo con hombres, o las personas transgénero debido a la creencia de que hacerlo requiere abordar sus prácticas sexuales, comportamientos o identidad de género de una manera factual” (UNAIDS, 2017c, p. 18-19, grifos nossos).

também são de ordem estrutural e têm a ver com a condição de vulnerabilidade que HSH e mulheres trans e travestis vivem nos países em geral e particularmente no Brasil – objeto do estudo –, que potencializa comportamentos de risco de um lado e baixa busca por cuidados médicos, de outro. E os pesquisadores complementam, em sentido que vem confirmar nossas hipóteses:

**Structural barriers, conservative social and religious movements in government and insufficient allocation of funds** from local governments, may have contributed to the deficits in primary prevention programs reported in Brazil. (...) **The causes of changes in the HIV epidemic** are inherently multidimensional, involving **environments of vulnerability and risk, stigma and discrimination for key populations, and changing behaviors, policies, and programs** (KERR *et al.*, 2018b, p. S12, grifos nossos).

Os dados de pesquisas com jovens têm demonstrado crescimento dos casos na faixa dos 15 aos 29 anos, como tem sido trabalhado ao longo do presente. Tais dados corroboram pesquisas que são feitas com essa faixa etária sobre conhecimentos e comportamentos frente ao HIV-AIDS. Miguel Fontes *et al.* (2017), por exemplo, em 2011 entrevistaram 1208 jovens (entre 18 e 20 anos) de quinze Estados (mais o Distrito Federal). A pesquisa parte de dados já colhidos para mostrar avanços e lacunas que persistem no país: lembra que o último PCAP (supracitado) constatou avanços, como o investimento em ações nos serviços de saúde e o trabalho de ONG's para manter altos os níveis de conhecimento da população sobre o HIV. No entanto, há lacunas quanto a

estratégias que fortaleçam a proteção informada de indivíduos sexualmente ativos de acordo com suas condições de risco e vulnerabilidade. O estudo mostra que apenas 30,7% dos jovens de 15 a 24 anos entrevistados utilizaram preservativos em todas as relações sexuais com parceiros fixos e apenas 49,6% do segmento usou camisinha em todas as relações sexuais com parceiros casuais, no último ano relativo ao estudo (FONTES *et al.*, 2017, p. 1344).

Mais especificamente, tomando os critérios utilizados no PCAP, mostrou que os jovens pesquisados (FONTES, *et al.*, 2017):

- Quanto ao conhecimento sobre o HIV-AIDS: 40% não achavam que o preservativo era um meio muito eficaz para prevenção de AIDS/gravidez; 24% que se poderia contrair AIDS pela saliva;
- Atitudes: 40% acham que quando o relacionamento é estável não é preciso usar preservativo; 20% se sentiriam ofendidos se o/a parceiro/a propusesse usar preservativo ao fazer sexo;
- Práticas: 36,1% não usaram preservativo na última relação sexual que tiveram e só 9,4% foram a algum centro de saúde nos 12 meses anteriores para se informar sobre IST.
- Fatores que elevam o risco: homens são mais vulneráveis que mulheres; baixa escolaridade e ingestão de álcool também são dados que aumentam o risco.
- O estudo mostra, portanto, que eles **têm razoável conhecimento sobre HIV-AIDS, no entanto, são menos dispostos a ações efetivas de prevenção e têm baixa percepção do risco**<sup>64</sup>.

Ora, se há uma mudança de comportamento dos mais jovens face ao HIV-AIDS, como mencionado em várias pesquisas citadas, teria de ter havido, igualmente, uma mudança na forma de abordagem por parte do Estado, nas três esferas da federação.

Contudo, como temos mostrado, não só não houve tal mudança como mesmo o que era feito antes sofreu cortes e censuras moralistas, incluindo aí a perda de financiamento de ONG's que antes faziam o diálogo local com populações-chave. Há anos há cortes em campanhas quando estas abordam a questão do HIV-AIDS (e outras IST) de forma mais específica, quando se dirigem a populações-chave e/ou populações-prioritárias, ou quando tocam questões envolvendo sexualidade e gênero. Nos últimos

---

<sup>64</sup> Algo similar está presente também na pesquisa de KERR *et al.* acima citada. Especificamente o relatório anota que vários jovens teriam dito que a "AIDS já não me assusta mais", o que se deve ao fato dela ter deixado de ser uma doença fatal para se tornar "apenas" crônica (KERR *et al.*, 2018b, p. S12). Segundo dados da "Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar (PENSE)", quando perguntados sobre o uso de preservativos, somente 59,7% dos adolescentes de 13-15 anos haviam usado preservativo na primeira relação sexual; esse dado sobre para 68,2% na faixa dos 16-17 anos; e os dados pouco se alteram quando a pergunta é sobre o uso na última relação sexual; ao mesmo tempo, esses adolescentes, em sua grande maioria, receberam informações sobre AIDS e outras IST (78,9% e 84,3%, respectivamente) e sobre como obter preservativos gratuitamente. (SÃO PAULO, 2018b, p. 8-9). Ver também SURKAN *et al.* (2017) e GUTIERREZ *et al.* (2019).

anos pressões de setores conservadores vêm fazendo com que campanhas do Ministério da Saúde sobre o tema sejam censuradas.

Simone Monteiro mostra – nos resultados de sua pesquisa para o Projeto “Teste Perto de Você”, da Secretaria de Estado da Saúde do RJ e Fiocruz – como a forte presença de igrejas neopentecostais em Municípios da Baixada Fluminense, somada à crise econômica, são fatores que atuam na contramão de políticas de HIV-AIDS, particularmente para LGBT e mulheres, pois que tais fatores, têm “contribuído para um apagamento da AIDS como problema social, com uma grande restrição de investimento em ações de prevenção e assistência” (MONTEIRO, 2018, p. 67-68). Outro texto, ainda sobre dados da mesma pesquisa, Simone Monteiro e Mauro Brigeiro (2019) chamam a atenção para questões burocráticas a prejudicar ações de testagem: ainda que haja material para testagem, as ações dependem daqueles que ocupam os governos locais; faltam dados oficiais e estudos (para dirigir esforços para locais/populações-chave onde seja mais necessário) e material humano; a política de “Tratamento como Prevenção” (TcP) tem passado longe dos profissionais de saúde que foram consultados na pesquisa: não compreendem a importância da testagem-tratamento como ferramenta de prevenção (de novos casos)<sup>65</sup>; a tudo isso se soma, como mencionado, a crise econômica pela qual passa o Estado.

Bruno Klauss (2018) denuncia, a partir de pesquisa feita entre 2015 e 2016 em um Centro de Saúde de Porto Alegre que concentra dois órgãos (SAE e CTA), como boa parte dos profissionais de saúde daquele local demonstra desconhecimento/desinteresse no atendimento de pessoas que procuram pela PEP – Profilaxia Pós-exposição –, instrumento de saúde fundamental para evitar a infecção pelo HIV daqueles que, por alguma razão, foram expostos a condições de risco. Isso se torna ainda mais

---

<sup>65</sup> Assim, ao invés de ofertar a “Prevenção Combinada” o que há, normalmente, é apenas a oferta de preservativos. Mesmo quando há ações fora dos centros de saúde faltam cartazes, cartilhas ou qualquer outro material que amplie a discussão, reduzindo-se as atividades a testagem e distribuição de preservativos (MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019).

preocupante quando se percebe que o Rio Grande do Sul é um Estado com uma taxa muito alta de novos casos de infecção por HIV<sup>66</sup>.

Em pesquisa conduzida por COSTA (2018) com 710 pessoas trans/travestis de São Paulo e Rio Grande do Sul há dados bastante reveladores: a maioria delas (72,7%) diz que já se testou para HIV alguma vez na vida – e destas quase 50% haviam feito o teste nos 6 meses anteriores à entrevista – o que são índices muito maiores do que o da população em geral. Por outro lado, é preciso destacar fatores que contribuíram ou que impediram essa população (aí incluídas toda a população trans) de fazer o teste: quase 25% acreditava não precisar fazer porque “sempre fazia sexo seguro”, depois, “em ordem decrescente, (...) ‘não acredito estar em risco’; ‘sempre usei agulhas descartáveis’; ‘tinha medo de ser HIV positiva/o’; ‘não acho importante me testar’; (...) ‘não sei onde me testar anonimamente’; (...) ‘os locais de testagem que conheço são insensíveis comigo’ (...)”. Já entre as principais razões para fazer o teste a maior foi “checkup de rotina, hospitalização ou cirurgia – seguido de ‘queria saber se era soropositiva/o’; ‘senti que me expus em uma relação’; (...) ‘alguém me aconselhou a me testar’ (...)” – em ambos os casos (razões para se testar/não fazer o exame) mais de uma alternativa poderia ser marcada. Costa coloca uma questão muito relevante para esse trabalho: se a população de trans/travestis está entre aquelas com os maiores índices de infecção por HIV, se faz o teste com muita frequência e possui acesso formal ao serviço de prevenção e tratamento, quais seriam os limites para “testar e tratar”? Para o autor e como também argumentamos, a questão da prevenção e do tratamento não pode ter uma abordagem somente médica/técnica, mas precisa considerar, em cada população-chave, questões

---

<sup>66</sup> De acordo com o Boletim Epidemiológico de HIV-AIDS de 2018 a taxa de infecção no Brasil era de 18,3/100 mil hab. Enquanto a Região Sudeste (que apresenta o maior número de casos acumulados) tinha em 2007 uma taxa de 22/100 mil hab., a Região Sul tinha uma taxa de 32,9/100 mil hab.; em 2017 a taxa no Sudeste caiu para 17,1 e a da região Sul para 24,1. O Sul ainda apresenta, pois, taxas maiores que a média nacional. É a região com a maior taxa no país, seguida pela região Norte. Quando a comparação é feita por Estados fica mais claro o caso do Rio Grande do Sul. De 2007 a 2017 o Estado teve uma redução impressionante na casa dos 36% de novos casos, no entanto, mantém uma taxa de 29,4/100 mil hab., muito maior que Estados como Minas Gerais (12,3/100 mil hab.) e São Paulo (16/100 mil hab.) (BRASIL, 2018a, p. 10-11). PEREIRA *et al.* (2018) e WEISSHEIMER (2019) também apontam a grande quantidade de casos no Rio Grande do Sul – e particularmente na Região Metropolitana de Porto Alegre.

sociais, econômicas, culturais, etc. que lhe coloca/reforça uma posição de vulnerabilidade. A testagem, isoladamente, não é suficiente para uma estratégia de prevenção – ainda mais em uma população tão marginalizada.

**A alta prevalência de infecção entre HSH (e mulheres trans/travestis) está relacionada, insistimos, a fatores que extrapolam questões médico-epidemiológicas** (como o dado de que o sexo anal desprotegido tem maiores chances de transmissão do que o sexo vaginal desprotegido), **mas se liga a questões estruturais que mostram vulnerabilidades específicas**. Essa é também a conclusão de um estudo conduzido por Laio Magno (*et al.*) (2017, p. 2 e 7-8):

Among the factors that contribute to the continuation of elevated HIV levels among MSM [HSH], social determinants are a standout, reflecting discrimination and the inequality of social, economic, organizational, and political power for many MSM populations. Combined with a range of risk factors such as sex without condoms, the number of partners, and difficult access to health services and diverse forms of prevention (...), MSM are especially vulnerable in this epidemic. Studies have underlined that stigma and discrimination are among the main contributing factors to the continuation of the epidemic among MSM, often creating barriers to prevention, testing, and treatment services for HIV. (...) Other studies indicate that the experience of discrimination can increase the chance of exposure to riskier sexual behaviors, such as unprotected anal sex. (...) The literature has also indicated that the effects of stigma and discrimination can be an important barrier for MSM to access health services, diminishing the possibility for HIV testing. It is important to emphasize that after more than three decades of the HIV/AIDS epidemic, fear of going to an HIV/AIDS reference center and being recognized by others as HIV positive is still reported<sup>67</sup>.

---

<sup>67</sup> Também MONTEIRO; VILLELA (2019, p. 7) apontam como o estigma e a discriminação podem ser fatores que aumentam a vulnerabilidade e o risco: “O estigma relacionado ao HIV é um dos principais obstáculos para o enfrentamento da epidemia. Medo de ser julgado, crença de que um diagnóstico positivo para o HIV agrave uma situação de exclusão já vivenciada e outros temores afastam o indivíduo de práticas preventivas, da testagem e do início oportuno do tratamento”; e, mais à frente, complementam: “**Homofobia, racismo e sexismo foram e continuam sendo importantes vetores da infecção pelo HIV, atuando em sinergia com a pobreza**” (*idem*, p. 8-9, grifos nossos).

De outro lado, desde meados dos anos 2000, quando uma “nova onda” de infecções começa a ser percebida em países fora da África Subsaariana, outros fatores têm sido trazidos para explicar o fenômeno. Além do que já foi dito, há pesquisas que apontam a “fadiga” quanto a campanhas sobre o uso do preservativo (infra) e também a sensação de segurança gerada pela existência (e disponibilidade) de tratamento, o que teria feito com que a AIDS, para as novas gerações, não tivesse mais o componente de “terror” que para os mais velhos. Já não é uma “doença que mata” e “basta tomar um remédio”. Assim, tais fatores se somam a outros para explicar a nova onda de casos<sup>68</sup>.

A influência dos evangélicos pentecostais (e neopentecostais) na política brasileira tem se mostrado particularmente grande em temas sensíveis como políticas para a população LGBT e/ou dirigidas para a prevenção de HIV-AIDS. Quando os dois temas se juntam a reação é ainda maior e mais imediata. A ascensão de bancadas religiosas (de orientação fundamentalista, predominantemente) no Parlamento brasileiro desde os anos 1990 tem barrado projetos de lei a respeito de pautas sensíveis tanto aos direitos reprodutivos da mulher quanto aos direitos dos LGBT: apesar de não serem numericamente maioria constituem em movimento organizado que, somado à incapacidade da maioria dos partidos no Brasil de tomar posições claras sobre temas *fraturantes* (BAHIA; NUNES, 2010), têm sido responsáveis por “vetar” pautas progressistas e também ditar limitações/retrocessos em políticas já assentadas, como, no caso aqui, políticas de prevenção ao HIV e outras IST baseadas na distribuição de preservativos e campanhas publicitárias. Um exemplo é o relato do infectologista Dirceu Greco, que dirigiu o departamento de DST/AIDS entre 2010 e 2013, que diz que a diminuição de campanhas com prevenção é motivada não só por avanços médicos, mas também

---

<sup>68</sup> Como discutido por ADAM *et al.* (2005), ainda que, segundo eles, a questão da existência do tratamento entra no cálculo de apenas uma parte pequena dos que praticam sexo não seguro.

**pelo avanço do conservadorismo no Congresso. “Fomos impedidos de fazer campanha” (...).** Ele foi exonerado após ter autorizado, sem aval do ministério, uma campanha voltada para profissionais do sexo que tinha como tema “Sou feliz por ser prostituta”. **“Não pode falar de gay, não pode ensinar prevenção na escola, não pode falar sobre sexualidade”**, afirma Greco (BUSCATO, 2016; grifos nossos)<sup>69</sup>.

Ainda sobre a pressão de grupos conservadores, normalmente religiosos, face a campanhas governamentais de prevenção um caso paradigmático é o da campanha “Campainha”, de 2003<sup>70</sup>. Era uma campanha sobre o uso de camisinha e que era focada no relacionamento entre dois rapazes e o apoio familiar. O vídeo, exibido na TV aberta e em horário nobre, sofreu críticas de conservadores até que o CONAR determinou sua retirada do ar (cf. PINHEIRO, 2018, p. 109).

Este, infelizmente, não foi um caso isolado. Jorge Beloqui e Veridiano Terto Jr. ([s/d]), comentam sobre a censura sofrida em 2012 de campanhas do Ministério da Saúde sobre HIV-AIDS: diante de um aumento dos casos de infecção entre HSH o Ministério encomendou – e foi realizada – uma campanha publicitária para ser veiculada durante o carnaval visando o público gay<sup>71</sup>:

A campanha completa foi lançada em 2 de fevereiro [de 2012] na quadra da escola de samba Acadêmicos da Rocinha (...). Na cerimônia, foram exibidos quatro vídeos que seriam veiculados nas redes de TV (...). No dia seguinte (...) eles foram colocados no site (...) do próprio Ministério da Saúde, inclusive aquele que apresentava dois rapazes conversando numa boate. Este vídeo ficou disponível por apenas quatro ou cinco dias, quando foi retirado do ar por determinação do ministro da Saúde, Alexandre Padilha. (...) “Esse vídeo não é para TV, nem para internet; foi postado por engano. É para ser veiculado apenas em ambientes fechados, como boates”, expressou (...) Leônidas

---

<sup>69</sup> Ver também: FRESTON (2006), MORAES (2015), MORAES; BAHIA (2010 e 2014), ARAÚJO (2013), ARRUDA (2012a e 2012b), CORRÊA (2016) e DW (2019).

<sup>70</sup> O vídeo da campanha ainda pode ser visto em sites especializados, como aqui: <https://www.youtube.com/watch?v=eRjsBHHORgA>

<sup>71</sup> O vídeo está disponível em: [https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=33&v=C5cqwCzcJNk](https://www.youtube.com/watch?time_continue=33&v=C5cqwCzcJNk).

Albuquerque, da Assessoria de Imprensa do Ministério. Ainda segundo o jornalista do Ministério: “o vídeo para a TV está em fase final de produção.” No Programa de Aids, surgiu a versão de que o material havia sido vetado pelo Planalto. (...) O Ministro nega que teria havido veto. (...) Questionado, o ministro afirmou que no dia 12 a campanha destinada ao público gay estaria no ar.

Várias ONG's e alguns parlamentares criticaram e pediram explicação sobre o veto ao Ministério; mostraram inconsistências nas explicações dadas pelo governo e também apelaram ao caráter laico do Estado – nada disso foi suficiente para mudar a decisão. Outras tantas críticas foram feitas para o vídeo que efetivamente foi ao ar na TV por se limitar a apresentar dados técnicos e falar para que se usasse preservativo (sem, sequer, mostrar um) (BELOQUI; TERTO JR. [s/d]).

Em 2013 houve também recuo do Ministério da Saúde quando em um primeiro momento foi divulgada uma campanha em que parte do material contemplava as profissionais do sexo fazendo referência a IST, mas também trazendo uma mensagem positiva: “Eu sou feliz sendo prostituta”. Após alguns dias sendo veiculada foi retirada do ar<sup>72</sup>.

**A queda nas campanhas de prevenção acontece em um momento no qual começava uma “nova onda” de infecções por HIV envolvendo particularmente HSH mais jovens.** No estudo de KERR (2018a) que citamos acima ela argumenta que entre a pesquisa feita em 2009 e a realizada em 2016 já se sabia que o Brasil teria um aumento dos casos entre HSH e que isso se deve, entre outras razões, justamente ao declínio das campanhas de prevenção com foco específico<sup>73</sup>.

---

<sup>72</sup> Para ver a campanha e a discussão sobre o recuo do Ministério cf.: COUTINHO; NUBLAT (2013).

<sup>73</sup> “Os jovens foram profundamente afetados, pois iniciaram suas atividades sexuais em um tempo que nem se fala mais de Aids e marcado por um enorme crescimento do preconceito e da discriminação contra estes homens. Enquanto em 2008, vários programas como ‘Fomento a Projetos de Combate à Homofobia’, ‘Apoio a Serviços de Prevenção e Combate à Homofobia’ e ‘Banco de Dados sobre Cidadania’ foram apoiados e financiados pelo governo, desde 2015, os projetos para esta comunidade específica têm sido reduzidos, até que os repasses federais para estes programas específicos de defesa da comunidade LGBT chegam a zero, no governo Temer, no final de 2017. (...) O estudo de 2016 registra um crescimento de relações sem camisinha de 24%, entre jovens. A camisinha é uma estratégia muito importante na prevenção da transmissão da infecção, mesmo não sendo a única. Além da redução do uso do preservativo, cresceu, entre os HSH, a percepção de que eles têm pouca chance de se infectar pelo HIV. Por outro lado, decresceu o percentual entre a comunidade daqueles que nunca se testaram para o HIV” (KERR, 2018a).

E o quadro de omissão permanece. A campanha de carnaval contra o HIV de 2019 não possuiu material específico para o público homossexual e não falava de outros meios de prevenção para além do preservativo, o que contraria o que estamos defendendo: de um lado, a orientação para que as campanhas sejam também feitas para as populações-chave e, de outro, vai contra a estratégia da “prevenção combinada”<sup>74</sup>. Ademais, a campanha ainda falha ao não tratar do problema considerando o viés da sexualidade, de forma que não há uma correlação direta entre uma coisa e outra. Tudo isso levou a várias críticas de setores como a Aliança Nacional LGBTI+ e a Abia (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids) (AGÊNCIA AIDS, 2019).

Por fim, uma campanha que começou a ser divulgada em novembro de 2019 não abordava diretamente o HIV-AIDS fazendo menção apenas a outras IST. Mesmo assim, ao abordar outras IST a campanha não era clara, não trabalhava com o conceito de “prevenção combinada”, apostava apenas no medo, sendo tecnicamente falha, conforme críticas que sofreu:

Mal foi apresentada a peça foi criticada por médicos e integrantes de grupos que trabalham na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. “É um desastre”, resumiu o médico infectologista da Universidade de São Paulo, Rico Vasconcelos. “Quem fez a campanha não estuda, não entende IST e não segue as estratégias mais modernas de prevenção. Preferem apostar no medo e na culpa”, completa. O formato da campanha também foi criticado pelo vice-presidente da Associação Interdisciplinar de Aids, Veriano Terto. “Ao investir no medo, no nojo, o resultado mais simples é que pessoas se afastem de informações relacionadas à doença e à prevenção”, afirmou Veriano. Tanto o vice-presidente da Abia quanto o infectologista da USP compararam esta campanha a outra, veiculada na década de 90, voltada para a prevenção de aids. Na época, o mote era “Se você não se cuidar, a aids vai te pegar”. “Sabe qual foi o impacto na redução de casos, na época? Nenhum”, afirmou Vasconcelos. “Por que repetir uma fórmula que comprovadamente não dá certo?” (...) O mote da campanha apresentada hoje é “Se ver já é desagradável, imagine pegar. Sem

---

<sup>74</sup> Sobre a campanha: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/ministerio-da-saude-lanca-campanha-para-conter-avanco-de-hiv-em-homens>.

camisinha você assume esse risco.” Além de considerada inadequada, a campanha, na avaliação de especialistas ouvidos pelo Estado, falha na informação. “Ela é desonesta. Mesmo se usar camisinha, há risco de se pegar algumas ISTS, como herpes e HPV”, observa o professor da USP. “Se você considerar o sexo oral, que menos de 2% das pessoas fazem com preservativo, os riscos são ainda mais expressivos. Pessoas podem pegar com essa prática desprotegida clamídia ou herpes”, completa. Terto avalia que o ideal seria que a campanha abordasse a estratégia mais recomendada por especialistas, que é a prevenção combinada. “Foi feito um manual pelo próprio ministério sobre esse tema, e ele não é abordado”, completa Vasconcelos. Nessa estratégia, além do sexo protegido, é preciso enfatizar a testagem e o tratamento. Com menos pessoas infectadas, o risco de contaminação se reduz. “Para falar sobre estratégias combinadas é preciso falar sobre sexualidade, e é algo que o ministério quer evitar”, avaliou Terto (FOMENTI, 2019)<sup>75</sup>.

A ascensão de **bancadas conservadoras** tem levado a proposições que violam compromissos históricos do país com o Direito Internacional dos Direitos Humanos. Sônia Corrêa lembra que em 2015, quando assume a *legislatura mais conversadora desde 1964*, foi desarquivado um Projeto para criminalizar a transmissão do HIV (que havia sido arquivado em 2001). Graças à mobilização da sociedade civil organizada e da turbulência política em razão do processo de *impeachment*, o Projeto acabou não avançando (CORRÊA, 2016, p. 15). Tratava-se do PL. 198/2015, do Dep. Fed. Pompeo de Mattos (PDT/RS). Ele chegou a ser aprovado na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania, mas recebeu parecer contrário na Comissão de Seguridade Social e Família, após o que seu autor pediu que ele fosse retirado de tramitação. Projetos similares são sistematicamente criticados por Organismos Internacionais como a ONU ou mais especificamente a UNAIDS<sup>76</sup> <sup>77</sup>.

---

<sup>75</sup> A campanha está disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45960-campanha-inedita-aborda-doencas-sexualmente-transmissiveis>. Ela vai em direção contrária aos princípios de Direitos Humanos que devem orientar as políticas públicas sobre o tema – ver, por exemplo, UNAIDS (2017c, p. 19).

<sup>76</sup> CORRÊA (2016, p. 15), por exemplo, lembra que por causa desse episódio “o Brasil hoje figura numa lista na qual a agência que arrola países que estão potencialmente sujeitos a situações emergenciais pode exigir ação imediata”.

<sup>77</sup> A respeito da influência política de religiosos de discurso fundamentalista Ronaldo de Almeida (2017) faz um interessante esboço histórico e de panorama da questão. Lembra que o problema não é haver um discurso conservador – pois que o conservadorismo não é, em si, contrário à democracia – e sim quando o discurso é fundamentalista e fascista. Argumenta que é sempre preciso lembrar que, sob o termo genérico “evangélicos” há uma gama variada de

Em 2019 um novo governo tomou posse e, como anunciado, vem provocando retrocessos na política de direitos sociais – com a aprovação de medidas, como, por exemplo, a Reforma da Previdência. As duas bases de sustentação do atual governo vêm, justamente, daqueles fatores que chamamos a atenção sobre a crise da resposta brasileira ao HIV-AIDS, isto é, de um lado uma agenda liberal que, como dito, quer limitar os direitos sociais para fazer frente “à crise econômica” e, de outro, uma agenda moralista quanto aos “costumes” de base religiosa. Como já discutido, não é que antes tais forças não estivessem presentes – a reforma trabalhista e os citados recuos do Ministério da Saúde são bons exemplos de uma e outra questão –, mas agora elas são o centro e a base do governo. Especificamente sobre o HIV-AIDS há muitas críticas sobre campanhas do governo (tanto a de carnaval quanto uma de novembro de 2019 acima citadas) que retomaremos no item 4 (“Propostas”). Aqui nos centraremos em outras medidas igualmente criticadas. A primeira foi a fusão do Departamento de “DST, AIDS e Hepatites Virais” ao de Tuberculose e Hanseníase dentro do Ministério da Saúde e que passou a se chamar “Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis” (**Decreto n. 9.795/2019**). Uma das críticas é que se juntam sob um mesmo departamento enfermidades sexualmente transmissíveis com outras que não são. Ainda, teme-se que haja, ao longo do tempo, diminuição proporcional do orçamento especificamente para o HIV-AIDS. Mais do que isso, retira o caráter autônomo do Programa Brasileiro sobre HIV-AIDS, que, como dito, já foi uma referência mundial na temática.

Em um contexto pós **EC. n. 95/2016** (do teto de gastos) e após o fim dos “blocos de investimento” (“verba carimbada”) – Portaria 3.992/2017<sup>78</sup>

---

denominações e de posições políticas, muitas vezes contraditórias. Ademais, que pautas de cunho fundamentalista aparecem mais no debate público de lideranças religiosas que atuam na política mas, no âmbito privado há maior tolerância de quem faz parte de tais grupos – ainda assim, o discurso conservador consegue gerar capital político suficiente para fortalecer e ampliar bancadas religiosas nos parlamentos nacional e regionais. Sobre a relação entre grupos religiosos e políticas para a população LGBT relacionadas com o HIV-AIDS ver também MAGNO (*et al.*) (2018, p. 11), KERR (2018a), KEER *et al.* (2018b), FERNANDES (2017), ALEIXO; GRANDELLE (2019) e DW (2019).

<sup>78</sup> Cf. [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2017/prt3992\\_28\\_12\\_2017.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html).

– o receio de que haja retrocessos no Programa não são de todo infundadas. Wilza Villela aponta que desde a crise econômica de 2013 houve uma mudança na forma como os recursos de prevenção são utilizados: desde o começo a política brasileira de HIV-AIDS contou com ONG's para que a informação chegasse às respectivas populações-chave. Essa relação já vinha sendo problemática nos últimos anos (os recursos já estavam diminuindo há algum tempo), mas com a crise o direcionamento as ações (e recursos) passou para agentes do SUS do programa de saúde da família. Ocorre que estes não têm a expertise e a representatividade daquelas organizações, o que prejudica a política, segundo Villela (em entrevista dada ao DW, 2019).

Desde 2016 há notícias sobre **atrasos na realização de exames periódicos e de fornecimento de medicamentos para os que vivem com HIV**<sup>79</sup>. Em 2017 houve vários relatos de faltas/atrasos no fornecimento do “3 em 1” (o “coquetel”, que reúne em um só comprimido os 3 medicamentos que compõem o tratamento) (AGÊNCIA AIDS, 2017). O mesmo em 2018 (ABIA, 2018; REIS, 2018). Em maio de 2019 o Correio 24 Horas noticiou a baixa nos estoques de antirretrovirais em Salvador (BITTENCOURT, 2019). Algo similar também foi noticiado em junho no Rio Grande do Norte (G1, 2019). Também em junho de 2019 um Jornal de Santarém mencionava que crianças com HIV no Pará estavam sem receber os medicamentos (O IMPACTO, 2019). Em Minas Gerais, em audiência pública na Assembleia Legislativa, houve denúncia de falta de distribuição de medicamentos para homens gays, pessoas trans e travestis infectados com o HIV no presídio Jason Albergaria – que possui uma Ala para LGBT (MINAS GERAIS, 2019). Não é preciso lembrar que o tratamento não pode ser interrompido, mesmo que por poucos dias, uma vez que pode levar à resistência do vírus e à necessidade de mudança daquele.

Outra ação bastante criticada foi o veto presidencial ao PLS. n. 188/2017, que acrescentou o §5º no art. 43 da Lei 8313/91 – o artigo trata

---

<sup>79</sup> Ver, e.g., estudo dirigido por ASTOLFO; KEHRING; OLIVEIRA (2018).

da aposentadoria por invalidez e o referido parágrafo isenta as pessoas que vivem com HIV-AIDS e, por isso, foram aposentadas por invalidez, da possibilidade de serem novamente convocadas para novas perícias médicas. O Presidente entendeu que o Projeto era inconstitucional e contrário ao interesse público<sup>80</sup>; contudo o veto foi derrubado pelo Congresso Nacional.

Como mencionado acima, há dois fatores a influenciar o dado da retração: **a ascensão política de bancadas parlamentares fundamentalistas religiosas nas duas últimas décadas e a recente crise econômica** (CEE-FIOCRUZ, 2016). A UNAIDS ([s/d]), de forma similar, também resume razões para o avanço aquém do esperado em matéria de prevenção:

Tres razones, estrechamente relacionadas, parecen estar detrás del fracaso de la puesta en marcha de programas efectivos a escala: **la falta de compromiso político** y, como resultado, la insuficiencia de las inversiones; **las reticencias a abordar temas delicados relacionados con las necesidades y los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes y de los grupos de población clave**, así como con la reducción del daño; y **la ausencia de una puesta en marcha de la prevención sistemática, incluso allí donde el entorno político lo permite** (grifos nossos).

Tudo isso tem já surtido efeitos sobre o número de infecções e sobre o acesso ao tratamento, como temos mostrado<sup>81</sup>. Tal realidade vai contra o grande esforço de construção do Sistema Único de Saúde e ao direito universal à saúde construídos/garantidos pela Constituição de 1988, particularmente em sentido inverso à história de sucesso (passada) do Programa Brasileiro contra o HIV-AIDS.

A pesquisadora Lígia Kerr (2018a) entende que a “segunda onda de AIDS no Brasil” está relacionada à **manutenção do estigma/discriminação**, de um lado e, de outro, na **falência dos meios de prevenção para os mais vulneráveis** em um cenário de **crescimento da extrema direita no**

---

<sup>80</sup> Para ler as razões do veto, cf. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/Msg/VET/VET-113.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Msg/VET/VET-113.htm).

<sup>81</sup> Além do que já tratamos, ver também: UNAIDS (2017a), ROSA (2017), LOPES (2017) e BRASIL (2018a).

**país**<sup>82</sup>. Se não há campanhas de prevenção – ou estas ficam aquém do que é necessário –, se há falta/atrasos na marcação de exames e fornecimento de medicamentos aos que vivem com o vírus, se o estigma e o preconceito ainda rondam a questão (o que, por exemplo, repele a que jovens façam o teste), se não há debate/ensino sobre sexualidade e gênero nas escolas, enfim; a soma de tantas ausências, somada a novas gerações que têm comportamentos diferentes das que vieram antes, tudo isso não pode resultar noutra coisa senão no quadro que temos visto de aumento de infecções principalmente entre os mais jovens e entre HSH e mulheres trans.

---

<sup>82</sup> Opinião compartilhada por Veriano Terto Jr.: “Estamos em um momento crítico dessas políticas públicas. Vivemos um contexto cada vez mais conservador, onde as populações mais atingidas pela Aids estão sendo consideradas, pelo governo federal e por vários governos estaduais e municipais também, como pessoas não desejáveis, de segunda categoria, com o recrudescimento do preconceito. Isso certamente vai dificultar a prevenção e o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde e também à prevenção, levando em conta que o maior número de casos de Aids é por transmissão sexual e que trabalhar o tema da sexualidade no Brasil virou um dos temas mais desafiantes. (...) No Brasil, temos uma epidemia ainda com uma taxa de mortalidade muito alta, chegando a aproximadamente 12 mil casos de morte por Aids por ano. Esse número está estabilizando, mas estabilizando em um patamar alto. Para um país que tem acesso universal a medicamentos, esse número deveria ser menor, o que demonstra uma falha no sistema de saúde, tanto no SUS, quanto no sistema privado” (TERTO JR., *apud* WEISSHEIMER, 2019).

## Os Avanços da Política sobre VIH-SIDA em Portugal

Portugal vem se tornando um exemplo mundial no tratamento de HIV-AIDS<sup>1</sup>. Após passar pela grave crise econômica de anos atrás, o país retomou investimentos sociais e vem consolidando o acesso universal à saúde pública. Quanto ao tratamento contra o VIH-SIDA, se ainda há problemas – alguns deles herança dos tempos de “austeridade fiscal” –, estes não afetam a hipótese de que o País é hoje um referencial de boas práticas para vários países, inclusive o Brasil. Particularmente, o Instituto de Saúde Pública (ISPUP) de Portugal se constitui em locus privilegiado para se repensar a saúde pública coletiva, universal e integral para o Brasil. O ISPUP reúne o que há de mais avançado no que toca à pesquisa e produção sobre saúde pública naquele país, com expertise em epidemiologia e, especificamente, com estudos sobre HIV-AIDS – *e.g.*, a pesquisa “European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey (EMIS)”, a respeito de contaminação por HIV e outras DST, cuja etapa portuguesa foi realizada sob a coordenação científica daquele Instituto (MARTINS, 2010)<sup>2</sup>. Outro estudo sobre HIV (e outras DST’s) com participação do ISPUP é o “Relatório: Rede de Rastreamento Comunitária: Resultados”: “[o] maior estudo português sobre

---

<sup>1</sup> “Portugal já atingiu uma das metas para 2020 definidas pelo Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/sida – ONUSIDA. Das 45.501 pessoas que se supõe estarem infectadas com o VIH, 90,3% estão já diagnosticadas. As chamadas metas 90-90-90 da ONUSIDA estabelecem o seguinte: em 2020, 90% das pessoas infectadas devem estar diagnosticadas; destas, 90% devem estar em tratamento e, neste grupo, 90% devem ter uma carga viral indetectável, não podendo assim infectar terceiros. (...) Entre as condições que catapultam Portugal para um lugar de destaque, Luiz Loures destacou a legislação existente, ‘provavelmente a mais avançada do mundo’, porque protege contra a discriminação, e a colaboração entre as autoridades e a sociedade civil na luta contra a epidemia” (VIANA, 2017).

<sup>2</sup> O ISPUP está auxiliando na versão latino-americana do estudo (LAMIS – 2018), atualmente em curso – <https://www.estudiolamis.org/>.

o VIH, hepatites víricas e infeções sexualmente transmissíveis” (MEIRELES, 2016). Retomaremos alguns destes estudos na sequência.

### **3.1. VIH-SIDA em Portugal**

Sobre as características de infecção, Portugal, assim como o Brasil (acima), tem uma epidemia concentrada em alguns grupos vulneráveis. No caso de HSH os dados variam entre 7,7 a 10,2% dos casos de infecção por VIH no país. Entre 2006 e 2010 houve um expressivo decréscimo de novos casos na ordem de 34,4% (PORTUGAL, 2012).

Como dito na Introdução a este trabalho, em Portugal o Sistema Nacional de Saúde é “tendencialmente gratuito”. Ainda que haja coparticipação com o pagamento de “taxas moderadoras” em alguns casos, o valor hoje é bem menor do que no passado e há subsídios para compra de vários medicamentos. No caso da Política de VIH-SIDA, toda pessoa infectada pode se inserir automaticamente no sistema para receber tratamento com antirretrovirais, tendo acesso gratuito aos medicamentos e consultas médicas.

Em 1985 Portugal criou o “Grupo de Trabalho da SIDA”, com a meta de angariar informações sobre a “nova” doença, identificar novos casos, criar protocolos de tratamento e de prevenção.

Desde 1987 o país arca com cem por cento dos custos de antirretrovirais e, desde 1992, não há pagamento de “taxas moderadoras” para as consultas médicas relacionadas com o monitoramento do vírus – tais direitos se estendem, inclusive, aos estrangeiros residentes no país<sup>3</sup>. Em 1989 o Grupo de Trabalho da SIDA é substituído pela “Comissão Nacional de Luta contra a SIDA” (CNLCS), mais abrangente e com mais recursos. Da Comissão saiu a muito bem-sucedida política de troca de seringas para

---

<sup>3</sup> Nos últimos anos Portugal tem recebido uma grande quantidade de imigrantes, o que pesa sobre seu sistema de saúde. No caso do HIV-AIDS, chama a atenção, por exemplo, que 13,2% dos HSH que participaram do EMIS e viviam em Portugal eram imigrantes de países não-europeus (BARROS, 2013a, p. 35). Como informado por membros da ABRAÇO, quando um estrangeiro que está irregular – não possuindo, pois, “número de utente” – os procura para fazer o teste e o resultado é positivo eles o encaminham à emergência dos Hospitais como um caso de emergência, o que “dribla” a burocracia que impediria o tratamento via médico da família.

diminuir os casos de transmissão do vírus entre usuários de drogas injetáveis (UDI) iniciada em 1993 (infra).

No início do novo século é criado o *Plano Estratégico de Luta Contra a Infecção pelo VIH-SIDA*, que descentraliza as ações de Testagem e Aconselhamento com o uso dos “CAD” (infra). Em 2004 foi extinta a CNLCS e criada a “**Coordenação Nacional para a Infecção VIH-SIDA**” (CNSida), integrada ao Alto Comissariado da Saúde e coordenada pelo Prof. do ISPUP Henrique de Barros. Foi, então, aprovado o “Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/Sida 2007-2010”, com metas audaciosas de redução dos casos de infecção e de mortalidade de AIDS no país<sup>4</sup>. Desde 2005 os casos de VIH-SIDA são de declaração obrigatória logo que detetados.

Em 2007 foi criado um órgão consultivo à CNSida denominado “Conselho Nacional para a Infecção VIH/Sida”, com vistas a aproximar as ações estatais de demandas e da realidade de agentes de saúde e ONG’s. Outro órgão consultivo foi criado em 2009, o “Fórum Nacional da Sociedade Civil para o VIH/Sida”, formado por várias ONG’s. Em 2012 o Programa Nacional para VIH/Sida é integrado à Direção-Geral de Saúde (DGS) e foi aprovado o “Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/Sida 2012-2016”, com objetivo de reduzir em 25% os novos casos de infecção e em 50% a mortalidade até 2016 (PORTUGAL, 2012); também foram aprovadas as “Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Infecção VHI-1 e VH-2”, sustentadas nos princípios da **universalidade, equidade e qualidade do tratamento**.<sup>5</sup> Retomamos à frente alguns desses Programas e também tratamos de suas versões atuais.

Quanto aos “comportamentos e atitudes da população sobre o VIH” a avaliação de 2010 apresenta dados melhores que a anteriores, *e.g.*, 70% disseram não ter dúvidas sobre como se prevenir. No entanto, apenas 36%

---

<sup>4</sup> “O resultado oficial do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/Sida 2007-2010 saldou-se por uma redução da mortalidade de apenas 10% entre 2006 e 2010, mas com uma redução de 34,4 % de novos casos de Sida no mesmo período (474 novos diagnósticos em 2010, contra 721 em 2006)” (CUNHA-OLIVEIRA; CUNHA-OLIVEIRA; CARDOSO, 2016, p. 157).

<sup>5</sup> Para esse histórico ver: CUNHA-OLIVEIRA; CUNHA-OLIVEIRA; CARDOSO (2016, p. 143 e ss.).

disseram usar preservativo sempre ou na maior parte das vezes – ainda que 84,4% tenham dito sempre suar em relações ocasionais (PORTUGAL, 2012).

Uma outra pesquisa sobre o mesmo tema publicada pelo DGS em 2015 (PORTUGAL, 2015) com 1000 indivíduos distribuídos em todas as regiões do país mostra que:

- Sobre o conhecimento acerca da doença: 37% sabiam que a AIDS é uma doença sexualmente transmissível e 21% sabiam que ela ataca o sistema imunológico; mais de 90% sabem que a doença não tem cura, mas que há um tratamento que pode controla-la; mais de 60% disseram não ter dúvidas de como se proteger; 63% disseram que tiveram alguma informação sobre o tema na escola.
- Sobre o uso de preservativos: 30,7% dizem que usam preservativo sempre/maioria das vezes (diminuição frente a 2010 quando o índice era de 35,9%); 49,1% de jovens entre 15-19 anos recebeu preservativos gratuitamente em hospitais/centros de saúde; 76,2% disseram ter usado na última relação sexual com alguém que tinham acabado de conhecer; 87,5% disseram que não teriam relações sexuais com um novo parceiro sem usar preservativo; 39,2% disseram que usar preservativo diminui a vontade de ter relações;
- Sobre a realização de exames anti-HIV: 48% já haviam feito alguma vez na vida;
- Sobre o estigma/discriminação: o índice parece ser baixo, já que 92% entendem que pessoas que vivem com o vírus devem frequentar as mesmas escolas que crianças não infectadas.

Segundo pesquisa coordenada por DIAS (2016) a respeito do comportamento sexual de HSH soropositivos em Portugal, a maioria dos entrevistados iniciou sua vida sexual entre os 11 e 18 anos de idade. **Na primeira relação sexual com homens, apenas 49,1% dos entrevistados afirmou ter usado preservativo** e o parceiro era alguém que eles não conheciam (ou conheciam há pouco tempo) em sua maioria. Um dado lembrado na pesquisa e que é preciso ser levado em conta quando se pensa em políticas de prevenção entre HSH é que (principalmente os mais jovens) consomem mais **álcool e drogas** que a população em geral e que vários estudos anteriores mostram uma associação disso com comportamentos sexuais de risco. As razões pelas quais há maior consumo de álcool

e drogas estão ligadas a duas ordens de fatores: de um lado, como facilitador da experiência sexual (e/ou melhoria de desempenho) e, de outro, a questão da vulnerabilidade decorrente do preconceito.

Uma vez que os sujeitos da pesquisa de Dias (2016) são soropositivos, foi-lhes perguntado sobre a frequência com que usam preservativos em relações sexuais: chama a atenção o dado de que, em relacionamentos estáveis, 40% deles não fazem uso constante e 25% não usam no caso de relações ocasionais – considerando que uma parcela deles não tem carga viral indetectável, isso significa que podem continuar contaminando outras pessoas (além de, de qualquer forma, continuarem se contaminando com outras cepas de vírus, o que prejudica seu tratamento); isso é ainda mais grave quando se percebe que 1/3 dos entrevistados que disseram ter tido relações sexuais com pessoas que eles não sabiam se também eram soropositivas, 26,8% também disseram nunca (ou só às vezes) terem usado preservativo.

Uma outra pesquisa que precisa ser comentada é a **EMIS (*European Men who have Sex with Men Internet Survey*)**, com dados de 2010 e publicada em 2013 (BARROS, 2013b). Trata-se da maior pesquisa já feita na Europa (envolveu 38 países) sobre o comportamento sexual de HSH e sua relação com o HIV-AIDS e outras IST. Em Portugal a pesquisa foi realizada pelo ISPUP em colaboração com o GAT<sup>6</sup> e contou, para o recrutamento de participantes, com redes sociais e *sites/blogs* LGBT e locais de socialização gay. Assim, se conseguiu a participação de 5187 HSH que responderam às questões via *internet*: com idade média de 32 anos, maioria com nível educacional alto e 70% se identificando como homossexual (além de 21,5% como bissexuais e o restante com outras identidades/orientações ou não se definiam de qualquer forma) (BARROS, 2013a e 2013b). A pesquisa, apesar das limitações, traça um perfil único

---

<sup>6</sup> Sobre o GAT: <https://www.gatportugal.org>.

sobre a forma como HSH de Portugal se veem, se relacionam (afetivamente e profissionalmente) e lidam (ou não) com o HIV-AIDS<sup>7</sup>.

Menos de 62% dos entrevistados estão totalmente “fora do armário” – isto é, aqueles cuja sexualidade é conhecida de todos, tanto em âmbito privado quanto público/profissional. Esse é um dado importante porque, como mostra o cruzamento de dados da EMIS, os “HSH que disseram estar ‘dentro do armário’ reportaram mais frequentemente sentimentos de solidão do que os outros (27,8% vs 23,4%  $p < 0,001$ )” e terem uma “vida sexual não satisfatória” (39,4% vs 29,7%  $p < 0,001$ ) e tais circunstâncias são fatores de vulnerabilidade à infecção. Quando perguntados sobre as razões de insatisfação quase 60% disseram que é porque gostariam de ter um relacionamento estável e 37,9% que gostariam de mais autoconfiança no sexo (BARROS, 2013a, p. 37-39).

A respeito da relação dos **HSH com o HIV-AIDS** vale anotar:

- Conhecimento sobre o Status Sorológico: a maioria respondeu à questão, sendo que 64,5% disseram ser soronegativos e 7,9% soropositivos. O que impressiona, no entanto, é que 27,6% responderam nunca terem tido um resultado de exame (BARROS, 2013a, p. 42).
- Gratuidade do teste: chama a atenção que 36,1% afirmaram que o teste não era gratuito ou não sabiam da gratuidade (BARROS, 2013a, p. 42).
- Dos que são soropositivos, 98% disseram ter tido pelo menos uma consulta médica no último ano; 61% disseram que a carga viral era indetectável; no entanto, 25,3% de soropositivos disseram que nunca estiveram em uso de TARV (Terapia Antirretroviral) e esse percentual foi bem maior entre aqueles soropositivos com menos de 25 anos (50%). Para 88% dos entrevistados a principal razão para isso teria sido que o médico não havia indicado que se iniciasse o tratamento; dos que haviam iniciado o tratamento 97% permaneciam tomando a medicação (BARROS, 2013a, p. 47-49)<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Como apontam os autores do estudo a pesquisa possui limites para ser possível fazer uma generalização de todos os HSH: primeiro que ela foi feita via *internet* (o que exclui quem não teve acesso à informação sobre a pesquisa e/ou não faz uso constante da rede); também há a limitação do fato de que os dados decorrem apenas de respostas dadas pelos participantes, o que envolve questões de memória e outros mecanismos pessoais que podem falsear as respostas (BARROS, 2013a, p. 71).

<sup>8</sup> Como já dissemos acima, vale lembrar que apenas a partir do final de 2015 o tratamento passou a ser recomendado a todos os infectados em Portugal, independentemente da contagem de células TCD4+.

- Sobre os conhecimentos acerca do HIV e das formas de contaminação, em geral um alto grau de conhecimento é compartilhado por mais de 95% dos entrevistados, no entanto, pouco mais de 50% disseram saber que o tratamento eficaz reduz o risco de contaminação (BARROS, 2013a, p. 54).
- Apesar do alto grau de conhecimento sobre o vírus e as formas de contaminação, quando perguntados sobre práticas sexuais é preocupante ver as respostas sobre terem feito sexo anal não protegido no último ano com parceiro masculino sorodiscordante ou de status sorológico desconhecido: 30,1% responderam que sim e 16% disseram que não usaram preservativo porque não o tinham disponível no momento (BARROS, 2013a, p. 58 e 62).
- Sobre a PEP (Profilaxia Pós Exposição), apenas 35% sabiam do que se tratava, 23% sabiam sobre como era feito o tratamento, 60% não o conheciam ou não tinham pleno conhecimento e 68,5% disseram ter pouca/nenhuma segurança/desconhecimento sobre sua eficácia (BARROS, 2013a, p. 64)<sup>9</sup>.

Como mostram Barros (*et al.*) (2013b) comentando os resultados da Pesquisa EMIS, (já) **havia, naquele momento um crescimento da incidência de HIV entre HSH em todo o mundo, paradoxalmente num momento em que se ampliava a cobertura de TARV**, o que poderia ser explicado, de acordo com os autores, “by an **increase in condomless sex**” (grifos nossos), particularmente porque um número muito alto (41%) de HSH que reportaram sexo não protegido nunca tinha feito o teste – apesar da maioria mostrar que não vê barreiras para fazê-lo. Por fim, lembram também **que a estratégia do Tratamento como Prevenção (TcP) só irá funcionar se “infected people are diagnosed earlier and indeed treated effectively”** (grifos nossos), isso porque a pesquisa mostrou que mais de 1/3 dos que estavam infectados (e detectáveis) ou que desconheciam/não revelaram qual a carga viral reportaram que fizeram sexo desprotegido nos doze meses anteriores. “These findings stress the need to clearly communicate that even someone on treatment might still be infectious and thus consistent condom use should be strongly encouraged for most MSM, even in times of broad access to and uptake of ART” (BARROS, 2013b, p. 18).

---

<sup>9</sup> A pesquisa não tratou da PrEP, pois que, como também já dissemos, ele apenas começou a ser implantado em Portugal a partir de 2018.

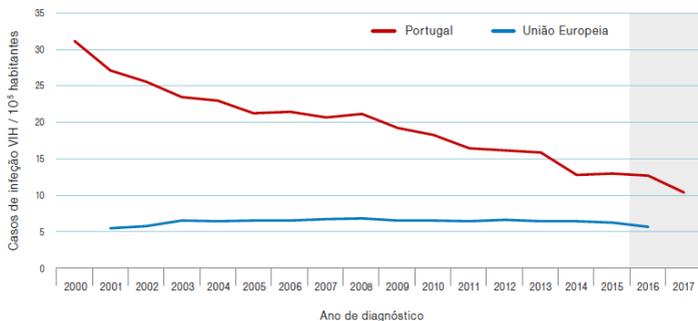


Figura 15. Infeção por HIV entre os anos 2000 e 2017 – comparação entre Portugal e União Europeia (PORTUGAL, 2018c).

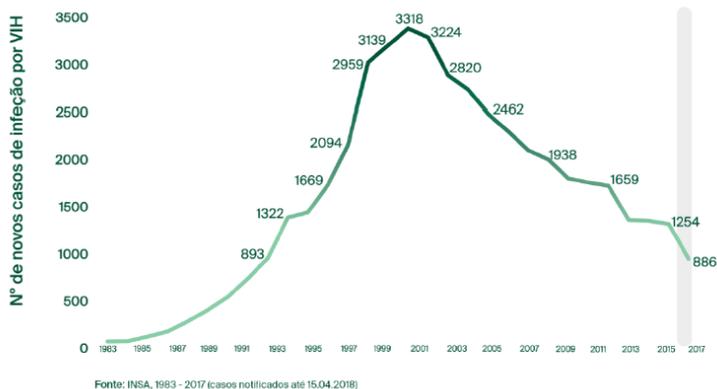


Figura 16. Novos casos de VIH em Portugal entre 1983-2017 (Portugal, 2018b)<sup>10</sup>

Percebe-se pelos gráficos que após o crescimento de novos casos até o final do século XX, Portugal vem mantendo uma taxa constante de decréscimo e se aproximando da média da União Europeia. Isso se dá em razão das políticas desenvolvidas no país, com destaque para o sucesso das ações face aos UDI (infra).

No entanto, é preciso ressaltar que, segundo os últimos dados, 23,5% dos diagnósticos aconteceram com pessoas entre 15 e 29 anos, 47,1% com pessoas entre 30 e 49 anos e 28,9% com pessoas com 50 anos ou mais.

<sup>10</sup> Os dados de 2017 são parciais (até abril daquele ano).

Particularmente preocupante é que a transmissão por relações sexuais entre homens ocorreu em 36,9% dos casos, o que mostra uma incidência desproporcionalmente maior entre HSH com o restante da população (ver abaixo). Outro dado que chama a atenção é que em mais de 50% dos casos o diagnóstico ocorreu de forma tardia ( $\text{TCD}_4^+ < 350$  células/ $\text{mm}^3$ ) e destes quase 33% apresentavam a doença em estágio avançado ( $\text{TCD}_4^+ < 200$  células/ $\text{mm}^3$ ) (PORTUGAL, 2018b, p. 6), o que demanda uma ação mais direcionada para incentivar o teste.

Dados da UNAIDS mostram como **Portugal** vem conseguindo sucesso na política para diminuir novas infecções, com **uma taxa de diminuição de novos casos de 52% quando se comparam os dados de 2010 e 2018:**

Trend of new HIV infections

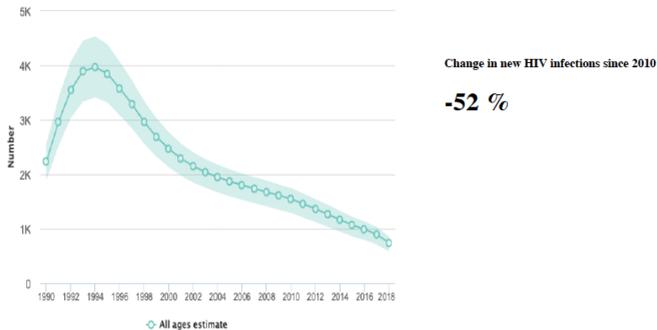
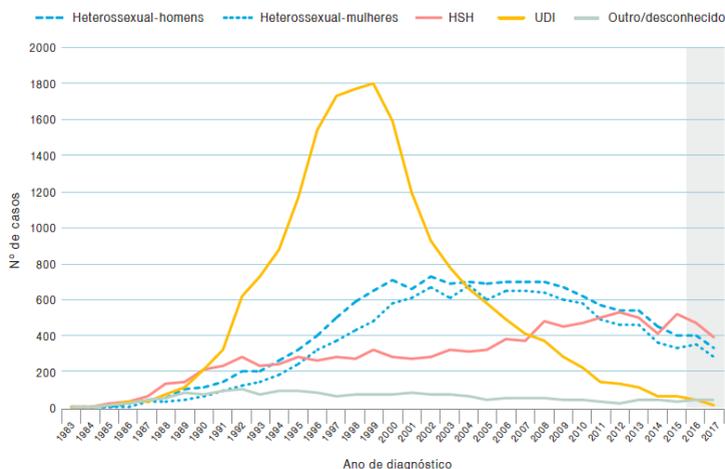


Figura 17. Fonte: <http://lawsandpolicies.unaids.org/>

Segundo a UNAIDS (2019c) a taxa de incidência (por 1000 habitantes) em Portugal vem caindo de forma consistente: em 2010 a taxa era de 0,15 e em 2018 caiu para 0,07. Para se ter uma comparação, no caso do **Brasil a taxa era de 0,23 em 2010 e aumentou para 0,26 em 2018.**

Figura 18. PORTUGAL (2018c)<sup>11</sup>.

No entanto, como se pode ver pelo gráfico acima (e consoante ao que temos trabalhado), **a taxa de infecção entre HSH cresce e já é maior do que a transmissão por relações sexuais heterossexuais desde 20015**. Ademais, **esse aumento é particularmente grande entre os mais jovens**: “nos novos casos com diagnóstico entre 2013 e 2017, em homens de idades entre 15 e 29 anos, 79,8% eram HSH” e: “[e]m 40,2% dos casos em HSH a idade à data de diagnóstico era inferior a 30 anos” (PORTUGAL, 2018c, p. 6 e 22).

A Região Norte, onde está o Porto, é a segunda com o maior número de casos de infecção, no entanto apresenta uma taxa de incidência de HIV menor que o restante do país (6,6 e 10,1/100 mil hab. em 2016, respectivamente) – principalmente quando comparado com a Região de Lisboa. Ainda assim é uma taxa considerada alta pela Administração Regional e, ademais, compartilha com a tendência nacional de aumento de concentração de casos na população HSH (PORTUGAL, 2017d).

<sup>11</sup> UDI: usuários de drogas injetáveis.

### 3.2. Política Nacional de Combate ao VIH-SIDA

As **estratégias do Programa português de tratamento da questão do VIH-SIDA** podem ser resumidas em:

- (i) Diminuir o risco (com conscientização da população em geral e, especificamente, dos grupos mais vulneráveis);
- (ii) Diminuir os fatores de vulnerabilidade (com políticas sociais e econômicas);
- (iii) Diminuir o impacto para os infectados (por exemplo, nas relações de trabalho).

Para tanto há uma série de ações e metas que não vamos detalhar aqui, mas vale a pena chamar a atenção para alguns pontos levantados, como a consciência de que, do ponto de vista governamental, as ações têm de ser **multissetoriais**, envolvendo outros órgãos, como o Ministério da Educação, a fim de se pensar na “**plena integração da educação sexual e reprodutiva no âmbito da Educação** para a Saúde e no novo contexto curricular” (PORTUGAL, 2012; grifos nossos)<sup>12</sup>.

Quanto aos gays e outros HSH, o Programa chama a atenção para o fato de que, apesar do maior número de novas infecções se dar entre heterossexuais<sup>13</sup>, há um crescimento desproporcional de novos casos entre os primeiros e que tal crescimento, inclusive, pode estar mal dimensionado e ser ainda maior, dado que há fatores – homofobia, estigma e desvalorização do risco – que criam barreiras para o completo conhecimento do problema. Uma das metas do Programa é que HSH (assim como profissionais do sexo e imigrantes, outros dois grupos vulneráveis) sejam mais bem integrados aos programas regulares de saúde e de serviço social. Para isso coloca-se como estratégia a aproximação com ONG’s dos setores específicos (PORTUGAL, 2012).

A Pesquisa “Infeção por VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade”,

---

<sup>12</sup> Sobre a questão da educação sexual nas escolas de Portugal ver também: CUNHA-OLIVEIRA; CUNHA-OLIVEIRA; CARDOSO (2016, p. 160 e ss.).

<sup>13</sup> A publicação é de 2012; como mencionamos acima, a partir de 2015 os HSH passaram a ter uma taxa de infecção maior que as resultantes de relações heterossexuais.

coordenada por Isabel Dias (2016) procurou investigar as razões que fazem com que a população HSH seja particularmente vulnerável. Foram ouvidos 671 HSH soropositivos para tentar identificar o que potencializa e o que limita a “agência individual de autorregulação”:

Os resultados apontam para níveis elevados de autoconhecimento dos comportamentos sexuais de risco mostrando que cerca de 80% da amostra estava informada sobre as formas de transmissão do vírus antes do diagnóstico e que a tendência é para a manutenção de comportamentos que envolvem risco, com cerca de 25% de indivíduos a não usarem sempre o preservativo no ato sexual, o que se observa quer em relações entre parceiros estáveis, mas com o consentimento de ambos, quer em relações com parceiros ocasionais, nestes em contextos maioritariamente de ocultação do estatuto serológico. Tais comportamentos de risco observam-se, de igual modo, em práticas sexuais em que o risco é simultaneamente assumido e intencional, como é o caso do *barebacking sex*, assinalado por 15% dos inquiridos. Mesmo a estabilidade da relação com os parceiros íntimos/sexuais não surge, neste estudo, como fator protetor do risco, na medida em que 23,2% dos inquiridos admite ter relações sexuais com outras pessoas (DIAS, 2016, p. 10).

A pesquisa mostra que muitos dos infectados não se sentem responsáveis pelo risco de contágio assumido pelo parceiro quando têm relações sexuais. Um outro fator para o não uso de meios seguros está na percepção da doença como “crônica”, mas não fatal, e ainda a esperança de progressos no tratamento (DIAS, 2016).

Por outro lado, é preciso lembrar o sucesso da política de saúde de fornecimento de seringas para usuários de drogas injetáveis (UDI): redução de 97% dos casos entre os anos 2000 e 2014<sup>14</sup>. No início do milênio, em Portugal, 49,5% dos casos eram de UDI e apenas 8% de HSH. Ao longo desse período, além da imensa queda de casos de UDI, as transmissões por relações sexuais entre heterossexuais também caíram de forma significativa (41,4%). Ao contrário, no caso de HSH, no período, houve aumento

---

<sup>14</sup> Além da política de fornecimento de seringas a pesquisa também aponta uma mudança de comportamento de usuários de drogas que passaram a fazer menos uso de drogas injetáveis.

de 50,4% dos casos. Não só isso, no caso dos mais jovens (até 34 anos), os HSH são a maioria dos novos casos (DIAS, 2016, p. 14-15).

Sobre uma resposta ao problema da exposição ao risco por parte dos **HSH**, Dias (2016) lembra estudos que mostram que a **vulnerabilidade – exclusão e/ou discriminação** – que sofrem membros daquele grupo é um fator que precisa ser considerado para se buscar explicações. Assim, mesmo tendo conhecimento sobre as formas de transmissão e mesmo aqueles HSH que vivem em países com políticas inclusivas, percebeu-se que **a estratégia que foca apenas em comportamentos individuais não funciona se o olhar na formulação daquela não leva em conta contextos sociais** – principalmente entre aqueles que são mais socialmente excluídos. Como já disse GUAJARDO (2018, p. 25-26): “la prevención del VIH/Sida no es un problema meramente informativo (...), no depende solamente de la transmisión de contenidos referenciales (...). **Las estrategias de prevención se desarrollan a través de una mediación cultural, a partir de la cual se realiza la lectura e interpretación de los datos aportados por la información, y su posterior, rechazo o aceptación**” (grifos nossos)<sup>15</sup>. Há que se considerar, então, ao mesmo tempo, “fatores de ordem comunitária (e.g., acesso aos serviços)”, bem como fatores “de natureza estrutural (e.g., estigmatização, discriminação e, em alguns países, criminalização da homossexualidade) presentes nos comportamentos e na saúde sexual dos HSH” (DIAS, 2016, p. 16). Ademais:

As redes, os comportamentos de encontro (...), as relações amorosas, sexuais e as dinâmicas de namoro também desempenham um papel importante nas práticas sociais e sexuais de risco dos HSH, sobretudo na fase de transição

---

<sup>15</sup> Em sentido similar – sobre a insuficiência de tratar o problema de uma perspectiva individual e epidemiológica isolada – ver BARREDA (2010, p. 48-49): “Organismos internacionales como la OPS y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (...), así como distintos investigadores en la temática (...), han señalado reiteradamente que la prevención del VIH no puede circunscribirse a los estrechos márgenes de la información ni a la realización de acciones técnico-operativa – distribución de preservativos y jeringas, por ejemplo – aun cuando ambos niveles de trabajo sean necesarios. La prevención supone complejos procesos que incluyen, además del conocimiento, *el problema del reconocimiento y el desarrollo de estrategias de cuidado y autocuidado*, que de ninguna manera pueden pensarse en términos individuales. Las relaciones sociales y el contexto más general de las trayectorias, las condiciones y modos de vida son particularmente relevantes (...). En esta línea, debe reconocerse que el problema VIH-sida intersecta núcleos estratégicos de la vida social y dimensiones de la subjetividad, a la vez que actualiza categorías clasificatorias morales estigmatizantes de prácticas, sujetos y grupos sociales”.

entre a adolescência e a idade adulta. Neste sentido, enquanto os jovens heterossexuais têm oportunidades de se envolverem livremente em sucessivas relações amorosas e sexuais durante a adolescência, para os homossexuais e outros HSH jovens essas oportunidades podem ser mitigadas e adiadas até à idade adulta devido à pressão causada por uma identidade não normativa (...) e ao receio de rejeição pela família e amigos (...). Para muitos destes jovens é na adultez que encontram mais oportunidades de viver a sua sexualidade e, mesmo quando têm a intenção de usar preservativos, a exploração de uma identidade sexual emergente, a par da entrada no mundo dos encontros amorosos com pessoas do mesmo sexo é acompanhada dos sentimentos de paixão e confiança, os quais podem comprometer a capacidade de negociação do uso consistente do preservativo em cada oportunidade sexual. A utilização deste tipo de prevenção é ainda menor se os HSH acreditarem que os benefícios decorrentes do envolvimento numa relação sexual desprotegida são superiores aos riscos (**balanço decisional**), sobretudo quando pretendem intensificar a intimidade e a ligação emocional com o parceiro sexual. (...) A análise dos comportamentos de risco passa também pelo estudo dos contextos e meios de busca das relações entre HSH. Neste âmbito, vários estudos reportam que os HSH que procuram parceiros sexuais através da internet, em particular das redes sociais, correm um risco superior de transmissão da infeção, quer porque têm mais parceiros ocasionais e infetados com VIH, quer porque praticam com mais frequência sexo anal desprotegido (grifos nossos) (DIAS, 2016, p. 16-17).

Um dado importante da pesquisa diz respeito a **como** os entrevistados souberam de seu status sorológico: 53,1% souberam porque, espontaneamente, fizeram o teste e 32,8% por aconselhamento médico. Há um alto grau de conhecimento das práticas de risco, pois quando se pergunta **as razões que os levaram a fazer o teste**: 36,6% por entender que tiveram comportamento de risco e 33,2% porque se sentiram doentes; outros 30,2% para realizar procedimentos clínicos de rotina (DIAS, 2016, p. 67-68)<sup>16</sup>.

A pesquisa sobre causas que envolvem o risco e a vulnerabilidade das populações-chave passa também por tentar medir o **estigma** em torno do vírus e dos que vivem com o mesmo. Nesse sentido o estudo conduzido

---

<sup>16</sup> Mais de uma alternativa poderia ser assinalada. Em sentido similar a pesquisa do SER+; GAT (2013, p. 12).

pelo “Ser +” (Associação Portuguesa para a Prevenção e Desafio à SIDA)<sup>17</sup> e “GAT” (Grupo de Activistas em Tratamento) buscou quantificar o “Índice de Estigma das Pessoas que Vivem com o VIH” (SER+; GAT, 2013). Para o estudo foram ouvidas 1062 pessoas em todo o território português e mostra dados preocupantes:

- Autoincriminação: a maioria se sente responsável por ter sido infectada e tem maior tendência ao suicídio; a descoberta também gera, em muitos, isolamento social e familiar;
- A maioria desconhece seus direitos para se defender/denunciar casos de discriminação;
- Acesso à medicação: 99% afirmam ter acesso fácil;
- Foram relatados 1.403 casos de discriminação nos dozes meses anteriores à entrevista: difamação, insulto ou coação (mais de 60%); agressão física ou verbal (22%) e exclusão familiar, religiosa e social (17%).<sup>18</sup>

A par dos dados o SER+ e o GAT (2013, p. 13 e 14) fizeram uma série de recomendações ao Parlamento português – melhor divulgação das normas protetivas, melhora na legislação, particularmente quanto à fiscalização e dos processos de discriminação –, ao Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA – melhor divulgação da legislação, criar ações anti-discriminatórias, fazer estudos constantes sobre estigma e discriminação de soropositivos – e para ONG’s – melhorar o sistema de recolhimento de dados de discriminação e cobrança de providências junto aos órgãos competentes. Desde 2010 funciona o “Centro Anti Discriminação VIH-SIDA” (CAD), vinculado ao SER + e GAT, justamente para o recebimento de denúncias. Segundo o Relatório o CAD recebe uma média de 25 casos por ano.

Em Portugal a questão da discriminação em razão de HIV-AIDS pode ser enquadrada na lei n. 46/06 – que proíbe qualquer forma de discriminação por entes públicos ou privados “em razão da deficiência e da existência de risco agravado de saúde” (PORTUGAL, 2006). No entanto o

---

<sup>17</sup> Sobre a ONG ver: <http://www.sermais.pt>.

<sup>18</sup> Comentamos os dados da pesquisa relativos ao mercado de trabalho no próximo item.

SER + e GAT (2013, p. 19-20) criticam a obsolescência da lei, por não fazer uma referência mais direta ao HIV-AIDS e também mostram sua baixa efetividade para combater os casos que são denunciados, inclusive por falta de instrumentos próprios por parte da Administração Pública.

**Uma estratégia de prevenção é não se perder a oportunidade de detectar casos de infecção todas as vezes em que isso for possível.** Nesse sentido a DGS já estabelecia, na Norma n. 58/2011, por exemplo que:

1. O rastreio laboratorial da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) deve ser efetuado em todos os indivíduos com idade compreendida entre os 18 e 64 anos (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I).
2. Com exceção do disposto nos pontos seguintes da presente Norma, a determinação laboratorial do VIH deve ser repetida, na população mencionada no ponto 1, se existir exposição de risco (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I).
3. Independentemente da idade, o rastreio laboratorial da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana deve ser efetuado ainda, e de forma mais específica, nas subpopulações seguintes (Anexo I, Quadros 1, 2 e 3) (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação I):
  - a) Utentes a quem seja necessário realizar diagnóstico diferencial de infecção por VIH;
  - b) Utentes a quem foi diagnosticada uma infecção sexualmente transmissível;
  - c) Parceiros sexuais de homens e mulheres a quem foi diagnosticada infecção por VIH;
  - d) Homens que tiveram sexo com outros homens;
  - e) Mulheres parceiras de homens que tiveram sexo com outros homens;
  - f) Pessoas com história de utilização de drogas;
  - g) Homens e mulheres originários de países com elevada prevalência de infecção por VIH (>1%);
  - h) Homens e mulheres que tiveram sexo no estrangeiro ou em Portugal com pessoas de países de elevada prevalência;
  - i) Reclusos;
  - j) Populações nómadas;
  - k) Sem abrigo;

l) Utentes de centros de aconselhamento e deteção precoce da infeção por VIH (CAD) (PORTUGAL, 2011b)<sup>19</sup>.

No Documento “Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção por VIH/SIDA 2012-2016” (PORTUGAL, 2012) a DGS de Portugal fez um balanço do impacto da doença no país, das políticas anteriores e dos compromissos para o quadriénio. Já inicia lembrando que o VIH-SIDA se trata de uma “ameaça ao desenvolvimento social e económico das populações”, e, por isso, o XIX Governo Constitucional da época considerava a questão como uma prioridade no “Plano Nacional de Saúde”. No Programa a questão não é tratada apenas do ponto de vista médico, mas também leva em conta a dimensão dos direitos humanos que deve nortear as políticas. A meta é manter a taxa de diminuição de novos casos (infra) e combater o crescimento localizado em algumas populações.

Em uma versão mais recente daquele Programa, de 2018, a DGS mostra que a principal estratégia do Programa nacional para diminuir os casos de transmissão por via sexual é a **Prevenção** – e, ainda que não fale em “prevenção combinada”, é isso o que é proposto:

## 2. Prevenção

Priorizar as intervenções de elevado impacto, dirigidas às populações mais vulneráveis à infeção por VIH, nomeadamente a promoção e o acesso ao preservativo masculino e feminino e ao gel lubrificante, à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), à Profilaxia Pós-Exposição (PPE), e a material assético para consumo de drogas injetáveis, constitui um dos objetivos basilares do Programa Nacional para a Infeção VIH e SIDA (PORTUGAL, 2018b, p. 7)<sup>20</sup>.

No “Plano Nacional de Saúde e Programas de Saúde Prioritários”, que faz parte do “Modelo de Governação” para o período 2016-2020 a infeção

---

<sup>19</sup> Ademais a norma estabelece que, sempre que houver resultado positivo para o VIH o paciente tem de ser encaminhado para consulta hospitalar em no máximo 7 dias (PORTUGAL, 2011). Ouvimos de profissionais da saúde que a prática de sempre fazer o teste em qualquer consulta do utente poderia ter o efeito reverso: afastar alguns de procurarem o médico para não ser “obrigado”, inclusive porque nem sempre o profissional tem a formação que aqueles que atuam nos CAD, de preparar o paciente antes do teste e fazer o aconselhamento correto após, independentemente do resultado ser positivo/negativo.

<sup>20</sup> Este Documento, assim como outros produzidos por Portugal em 2017 e 2018, estão alinhados à diretriz estabelecida pelo Parlamento Europeu em Resolução aprovada em junho de 2017 (UNIÃO EUROPEIA, 2018).

por VIH-SIDA aparece entre as áreas prioritárias como “Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA e Tuberculose” (PORTUGAL, 2016). Nas metas para 2020, destaque para a coordenação destas com a proposta dos “90-90-90” da UNAIDS (supra). **Vale destacar que Portugal conseguiu alcançar tal meta ainda em 2019**, conforme anúncio feito pela Direção-Geral de Saúde no início do mês de julho (PORTUGAL, 2019b).

Sobre a distribuição de preservativos e gel lubrificante: o Despacho n. 4835, de 26/05/2017 (PORTUGAL, 2017b) noticia que “em 2016, a distribuição de preservativos continuou a aumentar (mais 96,8 % quando comparada com 2012) e no que diz respeito à distribuição e troca de seringas, esta aumentou 34,4 % quando comparada com 2015” – vale lembrar que de 2011 a 2015 foi, justamente, o período em que Portugal esteve sob as políticas de austeridade da “Troika”.

Sobre a PrEP em Portugal: a política foi aprovada através do Despacho n. 4825/2017 do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (PORTUGAL, 2017b). Segundo o Despacho, a PrEP

representa (...) **uma oportunidade preventiva com potencial de impactar de forma decisiva o processo de transmissão do VIH nas populações mais vulneráveis**, em relação às quais a efetividade de muitas das ações preventivas ainda é limitada. (...)

**A eliminação de barreiras no acesso à prevenção por parte dos cidadãos com comportamentos de risco deverá ser assumida como prioritária.** Deverá, portanto, ser maximizado o acesso a aconselhamento médico assim como a dispositivos médicos e terapêuticas de eficácia comprovadas. De forma a serem minimizados todos os obstáculos no acesso a aconselhamento médico, garantindo a máxima adesão por parte dos utentes a uma estratégia de prevenção custo-efetiva, considera-se pertinente equacionar a isenção do pagamento de taxas moderadoras, o acesso direto dos utentes aos locais determinados da rede de referenciação hospitalar (não necessitando de serem referenciados pelos cuidados de saúde primários ou hospitalares), a utilização de normas de orientação clínica e o suporte de todo o processo no sistema de informação SI.VIDA. Salienta-se que **a utilização da PrEP conduz a uma redução até 90% no risco de aquisição de infeção VIH, e de acordo com a literatura internacional, estima-se uma poupança de 205.000 € por cada infeção VIH evitada** (...) (PORTUGAL, 2017b; grifos nossos).

Daí que o Despacho determina que os órgãos responsáveis elaborem e coloquem em prática uma política de implementação da PReP em Portugal, o que ocorreu através da Norma n. 25, de 28/11/2017 da DGS (PORTUGAL, 2017c), que estabelece que seriam referenciados para poder participar da política:

- a) Pessoas que nos últimos seis meses tiveram relações sexuais sem uso consistente de preservativo numa das seguintes condições (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I).
  - i. Parceiros sexuais com estatuto serológico para VIH desconhecido;
  - ii. Diagnóstico de infeção sexualmente transmissível;
- b) Pessoas cujo parceiro(a) está infetado por VIH, sem acompanhamento médico ou sem terapêutica antirretroviral ou sem supressão virológica e que não utiliza consistentemente preservativo;
- c) Pessoas que referem uso de substâncias psicoativas durante as relações sexuais;
- d) Utilizadores de drogas injetadas (UDI) que partilham agulhas, seringas ou material para preparação das mesmas;
- e) Parceiros serodiscordantes em situação de preconceção ou gravidez (PORTUGAL, 2017c).

Até 30 de junho de 2018 havia 50 pessoas atendidas e mais 74 pedidos pendentes (PORTUGAL, 2018b).

Houve um avanço muito significativo do uso de “Testes Rápidos” – de 140% em 2017 comparado com 2016 (PORTUGAL, 2018b, p. 8)<sup>21</sup>; esses testes são feitos em Centros de Saúde, nos **CAD (Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH)**<sup>22</sup> e também são disponibilizados pelo governo português para que sejam feitos em ONG’s, como a **ABRAÇO** (Associação de Apoio a Pessoas com VIH/SIDA) (infra). Em Porto, por

---

<sup>21</sup> Como já mostramos acima é bom lembrar que o aumento da cobertura de testagem é imprescindível na proposta da UNAIDS de Tratamento como Prevenção (TcP).

<sup>22</sup> Os “CAD” foram a primeira estrutura descentralizadora para testagem e aconselhamento sobre HIV-AIDS em Portugal para além dos serviços institucionais do SNS. Eles começaram em 1998 com o nome de “Centro de Rastreamento Anónimo (CRA). Em 2006 surge o “Programa Klotho” em que equipas que trabalham com política de redução de danos de usuários de drogas passaram a também ofertar testes para HIV (SIMÕES, 2016). Ver também: <https://www.pnvihsida.dgs.pt/rede-cad.aspx>.

exemplo, além de se poder procurar o CAD em seu endereço físico, há também uma van (“CAD Móvel”) que circula pela cidade e disponibiliza o teste rápido, aconselhamento e distribuição de preservativos. Frequentemente a encontramos, por exemplo, estacionada em frente à Estação de Metrô de Trindade, a que concentra o maior número de usuários; na “Porto Pride 2019” – um evento que durou 14 horas e ocupou a Praça D. João I, no centro da cidade – a van estava igualmente presente. Quando o teste dá positivo o profissional do CAD já encaminha o utente para o Hospital para início do tratamento sem necessidade deste passar primeiro pelo médico da família, como é a regra no SNS.

Além do CAD vale mencionar a iniciativa de criação dos “**Centros de Rastreio Comunitário**” em 2011, como mais uma iniciativa para a descentralização e aproximação do atendimento e testagem para pessoas e grupos que, por questões sociais ou econômicas, teriam dificuldade de aceder ao SNS para fazer o teste. Como mostram SIMÕES *et al.* (2016, p. 5) a rede foi reconhecida pela OMS em 2015 como um “exemplo de boas práticas”, em um trabalho em articulação com o GAT e outras ONG’s, que formam de uma rede descentralizada de base comunitária. Por exemplo, em Porto há duas unidades da ABRAÇO que disponibilizam não só apoio, aconselhamento e acompanhamento de pessoas com HIV-AIDS mas também recebe da DGS kits de teste rápido e preservativos. O trabalho é voluntário e profissionais como psicólogos, enfermeiros, etc. atuam na equipe. Havendo resultado positivo é feito o aconselhamento e encaminhamento para o início do tratamento.<sup>23</sup>

No final de 2015 Portugal mudou sua orientação sobre tratamento de infectados para – em consonância com a política mundial da prevenção combinada e TcP – determinar o início do tratamento para todos logo que

---

<sup>23</sup> Sobre a ABRAÇO, ver: <https://abraco.pt>. Além desta ONG, o Programa institucional trabalha também com outras Organizações Não-governamentais. Apenas para citar algumas – que a Administração Regional de Saúde do Norte cita como parceiras em seu Relatório (PORTUGAL, 2017d): APDES (Agência Piaget para o Desenvolvimento), APF (Associação para o Planeamento da Família), Arrimo (Organização Cooperativa para Desenvolvimento Social e Comunitário), Médicos do Mundo e Norte Vida (Associação para a Promoção da Saúde). Nos termos da legislação portuguesa as Organizações de Base Comunitária (OBC) podem apresentar projetos à DGS – no caso, ONG’s que trabalham com populações-chave para a questão do HIV-AIDS – para receberem, por exemplo, preservativos, seringas, kits de teste rápido. Em 2017 as OBC realizaram 985 testes na Região Norte (PORTUGAL, 2017d).

detectado, independente da contagem de células TCD4+ (PORTUGAL, 2018b, p. 10).

Em 2017 três cidades de Portugal (Lisboa, Porto e Cascais) aderiram à **Declaração de Paris “Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH”**<sup>24</sup> a fim de alcançar as metas “90-90-90” até 2020 (PORTUGAL, 2017a). Entre os compromissos que as cidades assumem, além da questão “matemática” da redução de novas infecções e de tratamento dos infectados, vale ressaltar a importância da preocupação com a pesquisa sobre as causas do risco, vulnerabilidade e, logo, maior chance de transmissão do HIV. Outras cidades portuguesas vêm aderindo à Declaração, como Almada, Amadora, Faro, etc<sup>25</sup>. No caso do Porto foi apresentado um Relatório em 2017 pelo Departamento de Saúde Pública regional decorrente do acordo (PORTUGAL, 2017d).

### 3.3. VIH-SIDA, Mercado de Trabalho e a Relação de Confidencialidade Médico-Paciente

Uma discussão que aconteceu em Portugal há alguns anos moldou boa parte da produção sobre ética médica envolvendo pessoas infectadas com o VIH e a questão da confidencialidade. Um caso que ficou muito conhecido nos anos 2000 foi o de um cozinheiro demitido do Hotel Sana, na Grande Lisboa, depois que o médico do trabalho da empresa descobriu que o cozinheiro era HIV positivo. A justificativa para a demissão era de que ele estava inapto para a função, ainda que a empresa negasse que soubesse do status sorológico do empregado (LOUREIRO; LOUREIRO, 2010). No entanto, no processo que se seguiu foi constatado que o médico do cozinheiro havia repassado ao médico da empresa a informação de que seu paciente havia tido tuberculose, mas que estava curado e que ele era HIV

---

<sup>24</sup> Em 2014, no Dia Mundial de Luta contra a AIDS, foi lançada a Declaração de Paris “Cidades na via Rápida para Acabar com a Epidemia HIV”, que envolveu, inicialmente, a cidade de Paris, a UNAIDS, o UM-HABITAT e a IAPAC (Associação Internacional de Prestadores de Cuidados em AIDS) e foi subscrita por várias cidades e, desde então, vem sendo adotada progressivamente por outras cidades.

<sup>25</sup> No caso do Brasil participam as cidades de Curitiba, Brasília, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo. Cf. <https://www.fast-trackcities.org>

positivo. O cozinheiro foi inicialmente afastado da cozinha e depois demitido.

A decisão do Tribunal do Trabalho, confirmada pelo Tribunal da Relação de Lisboa, foi de que haveria, sim, “risco à saúde pública” dos usuários do Hotel na manutenção do cozinheiro em suas funções. A decisão, de 2007, foi também mantida em grau recursal junto ao Supremo Tribunal de Justiça em 2008: considera que teria ficado provado (?) que o “vírus HIV pode ser transmitido no caso de haver derrame de sangue, saliva, suor ou lágrimas sobre alimentos servidos em cru consumidos por quem tenha na boca uma ferida ou mucosa de qualquer espécie” (VICENTE; ROUXINOL, 2010, p. 21)<sup>26</sup>.

Sobre esse caso o GAT dedicou todo um número de sua Revista “Ação & Tratamentos” (n. 13, edição especial, nov./dez. 2008). Foram convidados vários especialistas para comentar a decisão. Maria do Céu Rueff, Professora do Curso de Medicina da Universidade de Lisboa, por exemplo, inicia seu texto afirmando que a “morte civil dos doentes acaba de ser confirmada por uma decisão da mais alta instância judicial”; lembra que a decisão ofende o art. 1º da Constituição portuguesa quando esta trata da dignidade da pessoa humana (RUEFF, 2010, p. 6).

A partir de casos assim veio a discussão acerca da chamada “**dupla responsabilidade**” que o médico teria quando contratado por uma seguradora ou por uma empresa para fazer exame admissional de candidato a emprego (ou periódico de empregado), etc.: haveria um conflito entre o regime de confidencialidade da relação médico-paciente e o contrato do médico com a seguradora, empresa (etc.)? Segundo Maria do Céu Rueff a resposta foi dada pelo “Guideline Confidentiality: Protecting and Providing Information do GMC”, arts. 34 e 35, que determinam que o médico apenas

---

<sup>26</sup> Como argumentam VICENTE e ROUXINOL (2010, p. 21), a possibilidade de contágio por sangue, da forma como descrito, é algo meramente incidental. Quanto às outras possibilidades (suor, lágrimas ou saliva) a decisão não encontra suporte em estudos científicos sobre o tema. Ainda, em reportagem da época o então Coordenador Nacional para a Infecção HIV/SIDA, Prof. Henrique Barros, ao ser entrevistado sobre o caso afirmou que “do ponto de vista biológico, as conclusões tiradas nunca foram provadas nem a comunidade científica as considera plausíveis”. Explica que é verdade que o vírus existe no suor, lágrimas e saliva, ‘só que é irrelevante em termos de riscos de transmissão porque as concentrações do vírus nessas circunstâncias são incapazes de transmitir a infecção’.

está autorizado a revelar o resultado do exame para seu contratante quando autorizado pelo paciente ou quando, excepcionalmente, mesmo sem autorização, a revelação seja necessária para proteger outras pessoas do risco de morte ou de sério dano (RUEFF, 2010, p. 62). Como mostra a autora (*idem*, p. 62 ss.), em sentido similar é a norma da Ordem dos Médicos de Portugal e a orientação do Tribunal Constitucional (TC) português<sup>27</sup>, o que culminou com as legislações do Código do Trabalho (Lei n. 99/03) – atualmente **Lei n. 7/2009** (ver arts. 16, 17, 19, 24 e 25) (PORTUGAL, 2009a) e sua regulamentação (Lei n. 35/04) – atualmente a regulamentação sobre saúde do trabalhador é feita pela **lei n. 102/09** (art. 45) (PORTUGAL, 2009b) – além da já citada Lei n. 46/06. De acordo com João Leal Amado, em decorrência das atuais normas trabalhistas:

[O] trabalhador seropositivo assintomático (isto é, infectado, mas ainda não incapacitado) deve ser tratado como qualquer outro trabalhador; e o trabalhador doente com SIDA deve ser tratado como qualquer outro trabalhador doente, o que significa que as suas faltas ao trabalho serão, em princípio, consideradas justificadas, suspendendo se o contrato em caso de impedimento temporário que se prolongue por mais de um mês (AMADO, 2013, p. 170).

Quanto à confidencialidade, João Amado diz que o trabalhador tem o “direito à opacidade serológica”, ou mais, um “direito à mentira” quanto a tal informação. As exceções àquela regra estão previstas expressamente no Código do Trabalho (art. 17, n. 1-b, 19, n. 1, e 25, n. 2 da lei n. 07/09) (PORTUGAL, 2009a) e dizem respeito a casos em que o tipo de atividade laboral enseje um “risco qualificado de transmissão do vírus”. Em tais casos não é que o exame possa ser feito sem o consentimento, mas é que sua

---

<sup>27</sup> Segundo decidiu o TC de Portugal há uma diferença entre “ficha clínica” e “ficha de aptidão”: “Na ficha clínica são anotadas ‘a observações clínicas relativas aos exames médicos’ (...), sendo certo que esta ficha ‘encontra-se sujeita ao regime do segredo profissional, só podendo ser facultada às autoridades de saúde e aos médicos da Inspeção Geral do Trabalho’ (...), o que significa que a ela, no seio da empresa, só tem acesso o médico do trabalho, a quem cabe ‘a responsabilidade técnica da vigilância da saúde’ (...) e que ‘exerce as suas funções com independência técnica e em estrita obediência aos princípios da deontologia profissional’ (...)”. E continua: “A ficha de aptidão, igualmente preenchida pelo médico do trabalho, que deve ‘remeter uma cópia ao responsável dos recursos humanos da empresa’ (...), já ‘não pode conter elementos que envolvam segredo profissional’ (...). [A] única informação relativa ao resultado do exame se traduz na inscrição de um sinal nas quadrículas que correspondem aos itens ‘Apto’, ‘Apto condicionalmente’, ‘Inapto temporariamente’ e ‘Inapto definitivamente’” (RUEFF, 2010, p. 66-67).

recusa autoriza o empregador à não contratação ou justifica pôr fim ao contrato existente (AMADO, 2013).

A confidencialidade também aparece no “**Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção por VIH/SIDA 2012-2016**” (PORTUGAL, 2012), que estabelece como uma de suas metas “[formar] as empresas subscritoras do código de conduta Empresas e VIH”. No *site* permanente do Programa português podem ser consultados os documentos que subsidiam a “Plataforma Laboral contra a SIDA”, como o “Código de Conduta Empresas e VIH”, o “Manifesto Laboral” e uma lista de entidades laborais e ONG’s que aderiram à iniciativa. Além da questão da não-discriminação no mercado de trabalho, uma diretriz posta no referido “Código de Conduta” é: “Reconhecer que a realização do teste para a deteção da infecção pelo VIH, enquanto medida de saúde pública importante, é insustentável de comprometer o ingresso e a progressão na carreira de cada trabalhador” e: “Respeitar e fazer respeitar o carácter voluntário dos testes para a deteção da infecção pelo VIH e a confidencialidade dos seus resultados”<sup>28 29</sup>.

---

<sup>28</sup> <https://www.pnvihsida.dgs.pt/>. Ver também: ABRAÇO (2018).

<sup>29</sup> Para se ter uma comparação com o Brasil vale mencionar a **Portaria Interministerial n. 869/92** – que proíbe a realização de testes de HIV em exames admissionais/periódicos no serviço público federal (BRASIL, 1992); a **Portaria do MTE n. 1246/2010** – que proíbe empresas de fazerem testes de HIV em exames de admissão, mudança de função, periódicos, retorno, demissionais, etc. No máximo o que se incentiva é que sejam feitas campanhas de prevenção e orientação aos empregados para que conheçam seus status sorológicos quanto ao HIV através de “orientações e exames comprovadamente voluntários, sem vínculo com a relação de trabalho e sempre resguardada a privacidade quanto ao conhecimento dos resultados” (BRASIL, 2010); a **Resolução n. 1665/2003 do Conselho Federal de Medicina** (CFM, 2003) dispõe, a respeito da relação médico-paciente e o HIV-AIDS, que é proibido o exame compulsório (art. 4º) e quanto ao sigilo, que este é “absoluto, nos termos da lei, e notadamente resguardado em relação aos empregadores e aos serviços públicos” (art. 9º). E o parágrafo único do art. 9º complementa: “O médico não poderá transmitir informações sobre a condição do portador do vírus da SIDA (AIDS), mesmo quando submetido a normas de trabalho em serviço público ou privado, salvo nos casos previstos em lei, especialmente quando disto resultar a proibição da internação, a interrupção ou limitação do tratamento ou a transferência dos custos para o paciente ou sua família”. A **Portaria do MTE n. 1927/2014** traz a regulamentação mais ampla sobre o tema: “Art. 3º Os seguintes princípios gerais devem aplicar-se a todas as ações relativas ao HIV e à Aids no mundo do trabalho: a) a resposta ao HIV e à Aids deve ser reconhecida como uma contribuição para a concretização dos direitos humanos, das liberdades fundamentais e da igualdade de gênero para todos, incluindo os trabalhadores, suas famílias e dependentes; b) o HIV e a Aids devem ser reconhecidos e tratados como uma questão que afeta o local de trabalho, a ser incluída entre os elementos essenciais da resposta nacional para a pandemia, com plena participação das organizações de empregadores e de trabalhadores; c) não pode haver discriminação ou estigmatização dos trabalhadores, em particular as pessoas que buscam e as que se candidatam a um emprego, em razão do seu estado sorológico relativo ao HIV, real ou suposto, ou do fato de pertencerem a regiões do mundo ou a segmentos da população considerados sob maior risco ou maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV; d) a prevenção de todos os meios de transmissão do HIV deve ser uma prioridade fundamental; (...) h) os trabalhadores, suas famílias e seus dependentes devem gozar de proteção da sua privacidade, incluindo a confidencialidade relacionada ao HIV e à Aids, em particular no que diz respeito ao

Por seu turno a OIT, com a Recomendação n. 200 de 2010, deixa bem claros os marcos sobre a relação entre HIV e mercado de trabalho ao estabelecer, por exemplo, em alguns dos “Princípios Gerais” (art. 3º):

- c) não devem ser exercidas discriminações nem estigmatizações de trabalhadores, em especial das pessoas que procuram trabalho ou dos candidatos a emprego, em função do seu estatuto VIH real ou suposto ou pelo facto de pertencerem a regiões do mundo ou a segmentos da população considerados como estando mais expostos ou vulneráveis à infecção de VIH; (...)
- h) os trabalhadores, as suas famílias e seus dependentes devem beneficiar da protecção da sua privacidade, incluindo a confidencialidade relacionada com o VIH e Sida, especialmente no que se refere ao seu próprio estatuto VIH;

---

seu próprio estado sorológico para o HIV; i) nenhum trabalhador pode ser obrigado a realizar o teste de HIV ou revelar seu estado sorológico para o HIV; (...) Art. 8º O estado sorológico de HIV, real ou suposto, não pode ser motivo de qualquer discriminação para a contratação ou manutenção do emprego, ou para a busca da igualdade de oportunidades compatíveis com as disposições da Convenção sobre Discriminação (Emprego e Ocupação), de 1958. Art. 9º O estado sorológico de HIV, real ou suposto, não pode ser causa de rompimento da relação de trabalho. Parágrafo único. As ausências temporárias do trabalho por motivo de doença ou para prestar cuidados relacionadas ao HIV e à Aids devem ser tratadas da mesma maneira que as ausências por outros motivos de saúde. Art. 10. Quando as medidas existentes contra a discriminação no local de trabalho forem inadequadas para assegurar a proteção eficaz contra a discriminação relacionada com o HIV e a Aids, deve ser feita adaptação ou substituição dessas medidas por outras mais eficazes. Art. 11. Às pessoas com doenças relacionadas ao HIV não deve ser negada a possibilidade de continuar a realizar seu trabalho enquanto são clinicamente aptas a fazê-lo, mediante acomodações razoáveis sempre que necessário. Parágrafo único. Devem ser estimuladas medidas para realocar essas pessoas em atividades razoavelmente adaptadas às suas capacidades, apoiada sua requalificação profissional para o caso de procurarem outro trabalho ou facilitar o seu retorno ao trabalho. Art. 12. Deverão ser tomadas medidas no local de trabalho, ou através dele, para reduzir a transmissão do HIV e atenuar o seu impacto, utilizando medidas como: a) garantir o respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais; b) assegurar a igualdade de gênero; c) garantir ações para prevenir e proibir a violência e o assédio no local de trabalho; d) promover a participação ativa de mulheres e homens na resposta ao HIV e à Aids; e) promover o envolvimento de todos os trabalhadores, independentemente da sua orientação sexual ou porque façam ou não parte de grupos vulneráveis; f) garantir a efetiva confidencialidade dos dados pessoais, inclusive dos dados médicos. (...) Art. 15. Os testes diagnósticos devem ser verdadeiramente voluntários e livres de qualquer coerção, respeitando as diretrizes internacionais em matéria de confidencialidade, aconselhamento e consentimento. Art. 16. Caracteriza-se como prática discriminatória exigir aos trabalhadores, incluindo os migrantes, às pessoas que procuram emprego e aos candidatos a trabalho, testes para HIV ou quaisquer outras formas de diagnóstico de HIV. Art. 17. Os resultados dos testes de HIV devem ser confidenciais e não devem comprometer o acesso ao emprego, a estabilidade, a segurança no emprego ou oportunidades para o avanço profissional. Art. 18. Os trabalhadores, incluindo os migrantes, os desempregados e os candidatos a emprego, não devem ser coagidos a fornecer informações relacionadas ao HIV sobre si mesmos ou outros. Art. 19. O trânsito dos trabalhadores migrantes ou daqueles que pretendem migrar em função do emprego não deve ser impedido com base no seu status sorológico para o HIV, real ou suposto. (...) Art. 24. As práticas discriminatórias referidas nesta norma são passíveis das sanções previstas na Lei nº 9029, de 13 de abril de 1995” (BRASIL, 2014). Também de 2014 é a **lei 12.984**, que criminaliza a discriminação dos que vivem com HIV-AIDS, inclusive tratando de questões da relação laboral (supra). Por fim vale mencionar a **Súmula n. 443 do TST**, de 2012: “Presume-se discriminatória a despedida de empregado portador do vírus HIV ou de outra doença grave que suscite estigma ou preconceito. Inválido o ato, o empregado tem direito à reintegração no emprego”.

i) nenhum trabalhador deve ser obrigado a submeter-se a um teste de VIH nem a revelar o seu estatuto VIH (OIT, 2010)<sup>30</sup>.

Segundo dados de pesquisa coordenada por Isabel Dias, entre os soropositivos entrevistados, 69,7% estavam na mesma condição de trabalho que tinham antes do diagnóstico (DIAS, 2016, p. 59). Sem embargo, é interessante que a mesma pesquisa também mostra que a maioria deles não revelou sua condição no local de trabalho – ainda que a maioria dos colegas de trabalho e entidade patronal soubessem de sua orientação sexual (*idem*, p. 81-82 e 91) – o mesmo dado (sobre não falar sobre o status sorológico é confirmado na pesquisa do SER+ e GAT (2013). Esta última também mostra que dos que foram demitidos dos empregos, 1/3 acredita que isso aconteceu em razão do status sorológico; alguns relatam que o HIV foi a motivação de recusa de emprego e/ou de alteração de funções no trabalho; 36% dos entrevistados ainda acredita que empresas podem exigir o teste de HIV dos seus empregados e 12% que a empresa pode fazê-lo sem o conhecimento destes (SER+; GAT, 2013, p. 12) – o que mostra que falta informação sobre os direitos que tais trabalhadores possuem. Tais impressões são corroboradas pelo dado, também decorrente da pesquisa, de que a maioria dos casos de discriminação aconteceu no ambiente de trabalho (44%), o que é ainda mais impressionante quando se considera que, àquela época (ainda no auge da crise econômica em Portugal), mais 60% dos entrevistados estavam: desempregados (41%), aposentados (18%) ou eram estudantes (2%) (SER+; GAT, 2013, p. 39).

A questão, assim, está resolvida do ponto de vista legal, no entanto, ainda persiste uma discriminação no mercado de trabalho, ao menos percebida pelos trabalhadores soropositivos e pelos LGBT.

---

<sup>30</sup> O Documento volta à questão da confidencialidade e do status sorológico nos arts. 24 a 29 (OIT, 2010).

## Propostas

Aqui procuramos trazer algumas lições aprendidas com o que tem (ou não) dado certo em Portugal e também noutros países e diretrizes que vêm sendo trazidas por organismos internacionais. Relatamos também propostas e boas práticas existentes já no Brasil.

Concordamos com Kátia Edmundo (2018) quando lista tópicos para se promover uma nova estratégia de prevenção – a partir do momento em que se a reconhece como sendo um direito:

(i) é fundamental a participação da comunidade e dos indivíduos para os quais os programas de prevenção são direcionados. Só dessa maneira os impactos poderão ser observados; (ii) todos os esforços/programas de prevenção ao HIV devem ter como base fundamental a promoção, a proteção e o respeito aos direitos humanos, incluindo a igualdade de gênero; (iii) os programas de prevenção ao HIV e as estratégias devem ser diferenciados e adaptados localmente para os contextos relevantes nos quais eles forem implementados, a partir da cultura local, para serem escritos e reescritos, dos pontos de vista epidemiológico, econômico, social e cultural; (iv) os programas de prevenção ao HIV devem ser de âmbito geral, aplicando um amplo espectro de políticas e intervenções programáticas já conhecidas por serem efetivas (...); (v) a prevenção ao HIV é para toda a vida. Torna-se fundamental envolver as diferentes gerações, suas práticas e abordagens. Neste sentido, destaca-se a importância do envolvimento da juventude, reconfigurando os saberes sobre a epidemia, seus modos de transmissão, suas tecnologias de prevenção e de cuidado. (...) (vi) os programas de prevenção ao HIV devem apresentar uma cobertura, escala e intensidade que sejam satisfatórias o suficiente para que se observe uma diferença. É necessário que alcancem as populações e façam chegar a prevenção capaz de mobilizar uma série de forças, mesmo em contextos conservadores, e mudar as vidas nos territórios (EDMUNDO, 2018, p. 19).

Uma primeira questão que precisa ser dita é que **é preciso repensar a educação e o acesso à informação aos mais jovens usando a linguagem da *internet* e levando em conta contextos mais fluidos de engajamento e reconhecimento, diversos da forma mais identitária e fixa de décadas atrás**<sup>1</sup>.

A **prevenção** é não apenas um direito, mas também (e como tal) precisa ser compreendida na esfera da **individualidade** de quem toma a decisão/não de se prevenir ou de minimizar os riscos. A questão não pode ser tratada, apenas, como um problema de saúde pública, de uma questão coletiva, seja geral ou de grupos. **Tentar impor comportamentos de prevenção, seja pela força ou mesmo pelo constrangimento, além de dar pouco resultado, reforça marginalização e vulnerabilidade e viola o direito fundamental à autonomia da vontade**<sup>2</sup>.

Além da autonomia, outro ponto que é preciso considerar é que a **vulnerabilidade** se agrava quando são considerados outros **fatores de exclusão social de forma interseccional**, o que implica:

1. Considerar que a prevenção precisa considerar diferentes recortes de “populações-chave”, “populações-prioritárias” e também contextos de raça, cor, escolaridade, etc.;
2. É preciso compreender que questões de desigualdade social, econômica, de gênero, etc., precisam não só ser levadas em conta na elaboração de políticas de prevenção, mas precisam, efetivamente, ser superadas.

Nesse sentido Henrique Barros (2008, p. 08-09):

---

<sup>1</sup> Como já salientava GUAJARDO (2002, p. 59): “cada vez más la idea de sociedad como espacio referencial en el establecimiento de identidades homogéneas, incomunicadas o fijas, es cuestionada en las ciencias sociales de la región, principalmente al confluir procesos de globalización que destruyen la idea de frontera con un centro endógeno de decisión y negociación. (...) Este proceso ha implicado una *trama cultural urbana heterogénea, formada por una densa multiculturalidad que es heterogeneidad de formas de vivir y pensar, de estructuras de sentir y de narrar, pero muy fuertemente comunicada. Se trata de una multiculturalidad que desafía los marcos de referencia y comprensión forjados sobre la base de identidades nítidas, de arraigos fuertes y deslindes claros*’ (Martín-Barbero, 2000)”. Nesse sentido e tratando especificamente da questão do HIV-AIDS cf. também: SEFFNER (2018) e DIAS (2016, p. 136).

<sup>2</sup> Nesse sentido organizações internacionais como a UNAIDS (2017c, p. 22 e ss.).

A infecção VIH cresce na pobreza, na discriminação, no medo, nas relações violentas, na desigualdade de género, na intolerância. Sem solucionar essas causas não há países, populações ou sociedades imunes. Não há ilhas de sossego como esperaríamos alguns que pedem o isolamento, a criminalização, a proibição de viajar, os tratamentos compulsivos. (...) O medo dos outros, o estigma e a discriminação, são as barreiras mais potentes à utilização daquilo de que dispomos para contrariar a infecção. São o inimigo mais tremendo da saúde pública, e afinal os grandes responsáveis por manter a transmissão da infecção<sup>3</sup>.

Em Seminário realizado pelo “Pela Vidda” e pela ABIA em 2007 foram estabelecidas algumas diretrizes para os órgãos governamentais a fim de se enfrentar a epidemia localizada de HIV-AIDS no Brasil. Destacamos algumas que continuam sendo desafios atuais mais de dez anos depois:

**8. Aumentar os recursos financeiros da área de prevenção associados às atividades com homossexuais nos Planos de Ações e Metas (PAMs) estaduais, proporcionalmente à representatividade epidemiológica e considerando a alta incidência do HIV/Aids nessa população, 11 vezes maior quando comparado à população geral do País.**

**9. Caracterizar o enfrentamento da epidemia entre os homossexuais como uma política de saúde pública.** Os três níveis de governo do SUS devem implementar, apoiar e investir prioritariamente em ações no campo da promoção, da prevenção e da assistência em saúde, adotando como um dos sub-componentes o apoio às ações de promoção de direitos humanos, visibilidade, combate à homofobia, discriminação e violência contra os homossexuais.

10. Os programas de Aids, nos três níveis de governo do SUS, em conformidade com a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde, devem implementar ações próprias de prevenção em HIV/Aids. **A prevenção em**

---

<sup>3</sup> Na mesma sintonia a Resolução da ONU sobre o compromisso dos Estados de erradicar a AIDS até 2030 lembra, em seu item 10 que: “**a propagação do HIV é, muitas vezes, uma causa e consequência da pobreza e da desigualdade**”, por isso, “**respostas efetivas ao HIV e à AIDS são fundamentais para a realização da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável em suas três dimensões – econômica social e ambiental**”, que reconhece que erradicar a pobreza em todas as suas formas e dimensões, incluindo a pobreza extrema, é o maior desafio global e um requisito indispensável para o desenvolvimento sustentável, que a dignidade da pessoa humana é fundamental, e que os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e suas metas devem ser alcançados por todas as nações e povos e por todos os segmentos da sociedade, de modo que ninguém seja deixado para trás, gerando efeitos multiplicadores e um ciclo virtuoso de progresso em toda a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, tendo em conta a natureza universal, integrada e indivisível da nova agenda” (ONU, 2016, grifos nossos). Ver também: UNAIDS (2017c, p. 15 e ss.), OMS (2016), OPS; UNICEF; ONUSIDA (2009, p. 15), GAVIGAN (2015) e CÁCERES (2002, p. 43 e ss.).

**HIV/Aids para homossexuais não deve ser responsabilidade exclusiva das organizações não governamentais. (...)**

15. Incorporar, nas ações, materiais e campanhas de prevenção, os conhecimentos acumulados e resultados de estudos sobre identidades sexuais, vulnerabilidades e redução de danos. **Os conteúdos dos materiais educativos devem ser atraentes, marcados pela criatividade, ousadia e adequação de linguagem. (...)**

19. Além das mensagens específicas e ações dirigidas de prevenção em HIV/Aids, o Ministério da Saúde deve promover campanhas nos meios de comunicação de massa, dirigidas aos homossexuais e ao grande público. (...)

25. Os trabalhos e ações de prevenção devem contemplar a diversidade e a transversalidade, levando em conta que, muitas vezes, não é apenas um aspecto (classe, gênero, idade etc) que determina a vulnerabilidade à infecção pelo HIV entre os homossexuais.

26. Quanto às intervenções diretas de campo junto aos homossexuais, iniciativas governamentais ou da sociedade civil, é recomendável que sejam feitas preferencialmente entre pares, assegurando o diálogo e o “corpo-a-corpo” (...).

34. Respeitar a identidade de gênero, considerar as necessidades de saúde e implementar políticas específicas para as travestis e as transexuais. As políticas voltadas a homossexuais não são pensadas pelo recorte de gênero e não contemplam essa população. Os serviços que atendem HIV-Aids devem ser adequados e os profissionais de saúde capacitados para acolher e não discriminar as travestis e as transexuais (PELA VIDDA; ABIA, 2007)<sup>4</sup>.

Como já adiantado, há que se pensar em campanhas de prevenção que sejam adequadas à linguagem fluída da era digital, das redes sociais, de “digital influencers”, etc. – particularmente considerando o público mais jovem. Estratégias que deram certo no passado possivelmente não funcionarão mais nos dias de hoje (CALAZANS, 2018)<sup>5</sup>. Para PORTINARI e WOLFGANG (2017, p. 56):

---

<sup>4</sup> A OMS (2016, p. 27) estabeleceu cinco estratégias para que os países alcancem as metas da Agenda 2030 para a erradicação da epidemia de AIDS no mundo: “Orientación estratégica 1: Información para una acción específica (conocer la epidemia y la respuesta). Orientación estratégica 2: Intervenciones que tienen impacto (cobertura de la gama de servicios requeridos). Orientación estratégica 3: Atención para un acceso equitativo (cobertura de los grupos de población que requieren servicios). Orientación estratégica 4: Financiación para la sostenibilidad (cobertura de los costos de los servicios). Orientación estratégica 5: Innovación para la agilización (de cara al futuro)”.

<sup>5</sup> Sobre o uso da internet como ferramenta para alcançar a nova geração e tratar da questão do HIV-AIDS vale ler o estudo feito por ALVA *et al.* (2007). MANZELLI; PECHENY (2002, p. 116 e ss.) também chamam a atenção para uma abordagem de prevenção que possa alcançar a população mais jovem como algo fundamental para conter o avanço

Uma possível saída para preencher as lacunas da prevenção no Brasil é apostarem campanhas informativas com um viés focado no diálogo, no questionamento e na interação contínua com a população. Iniciativas como essas já são utilizadas com sucesso em outras partes do mundo como Europa e Estados Unidos. A prevenção nessas localidades se dá através de uma parceria entre público e privado trabalhando no tratamento e no aconselhamento da população de uma maneira muito abrangente e com constante trabalho em campo. A panfletagem e a fixação de cartazes ocorrem dentro de boates e bares de forma contínua, assim como a distribuição de preservativos em locais como saunas e festas de sexo. Além disso, palestras e grupos de discussão são uma realidade cotidiana, com ampla divulgação e ressonância.

Estamos no meio de uma **fadiga de modelos tradicionais de prevenção**, inadequados ao momento atual. Essa fadiga/exaustão é apontada em pesquisas com HSH (e outras populações-chave) quanto às campanhas tradicionais sobre HIV-AIDS, o que irá demandar, como lembram ADAM *et al.* (2005, p. 245-246):

The development of effective HIV programming requires communicative methods congruent with the self-understandings of target groups themselves. Attending closely to the narratives of gay and bisexual men about their own sexuality shows how consistent unsafe sex is with predominant discourses of romantic and erotic communication, and how safer sex decision-making is caught up in semiotic snares built into government and corporate neoliberal rhetoric, scientific and public health language, autobiographical narratives, status hierarchies, body image, aging, and the search for intimacy.<sup>6</sup>

---

do vírus. Tal abordagem, além de ter de ser inovadora, deve também considerar que só será eficaz se for acompanhada da superação de ambientes de discriminação contra HSH e LGBT em geral, como as escolas: "cualquier estrategia de prevención dirigida hacia los adolescentes y jóvenes HSH debe apuntar hacia una transformación social de las instituciones educativas, que incorpore contenidos transversales en todas las áreas sobre las diferentes posibilidades de la sexualidad" (MANZELLI; PECHENY, 2002, p. 117).

<sup>6</sup> Como pode ser visto, por exemplo em: ESTRADA-MONTOYA (2014) e FERNÁNDEZ-DÁVILA (2009).

Pensar em novas estratégias<sup>7</sup>, no entanto, demanda tempo e dinheiro públicos, além da conexão de órgãos governamentais com redes da sociedade civil organizada – aliás, mesmo quanto a estas últimas há diferenças, uma vez que as novas gerações não lidam com as ONG’s da mesma forma identitária e fixa que gerações passadas. Isso não quer dizer que não se tenha que voltar aos dados mais fundamentais, é dizer, ainda que o formato pelo qual a informação será transmitida seja diferente o conteúdo precisa (também) dizer o básico, adaptando a linguagem para cada segmento que se quer atingir, para dizer: quais são os meios de prevenção combinada; que a AIDS não tem cura; que o tratamento não é uma cura e exige uma rotina de disciplina do paciente, etc<sup>8</sup>. A informação não deve ser destinada somente às populações-chave e prioritárias; há que se ter campanhas também para a população em geral<sup>9</sup>, além de ações em ambientes específicos (escolas, locais de trabalho, etc.), pois que **a discriminação quanto aos infectados viola direitos fundamentais e, ademais, é um**

---

<sup>7</sup> Quando se fala de novas estratégias não se quer dizer que algumas soluções “tradicionais” tenham de ser abandonadas. Vários estudos mostram, por exemplo, que a disponibilização de preservativos gratuitos aumenta seu uso (GUTIERREZ *et al.*, 2019, p. 11). No entanto, na pesquisa citada apenas 21% dos jovens que responderam à pesquisa disseram que tinham acesso fácil aos preservativos gratuitos: “[n]as unidades de saúde, as barreiras mais óbvias são o horário de funcionamento e a limitação da quantidade fornecida”. Daí porque recomendam: “que preservativos estejam disponíveis sem barreiras, 24 horas por dia, inclusive aos finais de semana e feriados”, o que foi acatado pelo Programa municipal de DST/AIDS, “através da alocação de grandes dispensadores de preservativos, com cerca de 15 mil unidades cada, nas ruas, fora das unidades de saúde e também nos 26 terminais de ônibus urbanos, por onde circulam diariamente cerca de 6 milhões de pessoas. A resposta a essa política pública tem sido extraordinária, com aumento de mais de 100% do número de preservativos entregues”.

<sup>8</sup> Veriano Terto Jr. também chama a atenção para isso: “Algumas pessoas dizem que isso acontece porque os jovens não se cuidam, são irresponsáveis e banalizam a epidemia, quando, na verdade, essa é uma explicação fraca, quando se constata que hoje não temos campanhas destinadas a essa juventude no Brasil. Se formos olhar hoje, em nível de estados e municípios, são muito raras as campanhas de prevenção para essa população. Nas escolas, apesar de os currículos apresentarem a possibilidade, ao menos legal, de se trabalhar temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva, isso é cada vez mais difícil. Muitos jovens não têm, na escola, acesso à informação sobre saúde sexual e reprodutiva e, por consequência, também não terão sobre Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis. Isso é uma falha imensa. Estamos falando de jovens de 14, 15 anos, principalmente de classes populares, que não têm noções básicas sobre gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, Aids, funcionamento do aparelho reprodutor e sobre como levar a sua vida sexual. Há um discurso cada vez mais conservador que acha que isso deve ser trabalhado só nas famílias, quando muitas dessas famílias não têm estrutura ou condições de informação para passar isso para seus filhos” (TERTO JR. *apud* WEISSHEIMER, 2019). Essa ideia não é exatamente nova; pode ser vista também, *e.g.*, em um texto de 2002 de CÁCERES; PECHENY (2002, p. 19).

<sup>9</sup> Ainda que campanhas para a “população em geral” não sejam eficazes para a prevenção em populações-chave ela é importante para “desarrollar una conciencia de la existencia del SIDA y nociones sobre su prevención (...). Se les considera intervenciones estructurales en ambiente social” (CÁCERES, 2004, p. 1473). O problema está quando a política deixa de focar em populações específicas para ficar apenas no nível “genérico”, como chamam a atenção vários estudiosos – *e.g.* ESTRADA-MONTOYA (2014, p. 46).

## **fator inibidor para que pessoas façam o teste e/ou iniciem o tratamento:**

Populations at increased risk of HIV infection face high levels of stigma due to, among other things, their gender, sexual orientation, gender identity, drug use or sex work. Stigma towards people living with or at risk of HIV drives acts of discrimination in all sectors of society—from public officials, police officers and health-care workers to the workplace, schools and communities. In many countries, discriminatory laws and policies reinforce an environment of violence and marginalization. This stigma and discrimination discourage people from accessing health-care services, including HIV prevention methods, learning their HIV status, enrolling in care and adhering to treatment. Studies on stigma and discrimination and health-seeking behavior show that people living with HIV who perceive high levels of HIV-related stigma are 2.4 times more likely to delay enrolment in care until they are very ill (...). In eight countries with available data, more than a quarter of people living with HIV reported that they had avoided going to a local clinic in the previous 12 months because of their HIV status (...). Such fears also discourage the uptake of prevention and testing services. For example, fear of the HIV-related stigma and discrimination that may result from an HIV-positive test result and having that result disclosed to others, either through self-disclosure or otherwise, has been identified as a disincentive to HIV testing in a range of settings (...)

(UNAIDS, 2017b, p. 2)<sup>10</sup>.

Nesse sentido foi o estudo de Sonya Arreola *et al.* (2015) que entrevistou 3.340 HSH de 115 países diferentes (através de plataforma *online*) para verificar como o acesso ao tratamento para o HIV poderia ser afetado por cada um de três fatores: (i) percepção de homofobia pelo indivíduo; (ii) criminalização da homossexualidade; (iii) nível de investimento governamental para os serviços relacionados ao HIV dirigidos aos HSH. As conclusões mostraram que a existência de um ou mais destes fatores está diretamente relacionada a menor acesso a (ou menor uso de) preservativos, exames, tratamentos, etc. Por isso, mais uma vez, também aqui aparece a conclusão de que **uma política eficaz sobre HIV-AIDS não**

---

<sup>10</sup> Segundo pesquisa feita em 2019 e divulgada pela UNAIDS “mais de 64% das pessoas que vivem com HIV no Brasil sofreram discriminação” (UNAIDS, 2019d).

**pode estar desassociada de discutir questões estruturais a respeito de estigma e discriminação.** É dizer, intervenções generalistas, baseadas apenas na questão epidemiológica para que pessoas usem preservativo podem funcionar para alguns, mas não para todos<sup>11</sup>. Há necessidades específicas que precisam ser consideradas quando se trata de HSH – e que são diferentes para mulheres trans e travestis ou para qualquer outro grupo das chamadas “populações-chave” e/ou das “populações-prioritárias – inclusive, como temos defendido, considerando a intersecção de raça, classe, gênero, etc. As ações e programas precisam, assim, contar com a participação dos destinatários quando de sua formulação<sup>12</sup>; isso é não só uma exigência democrática como também um requisito para sua maior eficácia – como será retomado abaixo.

Como mostram BARBOSA JR. *et al.* (2009, p. 727), quando se trata de uma epidemia do tipo concentrado, como é o caso do HIV-AIDS (na maior parte dos países), as intervenções têm de ser focadas justamente nos grupos de alto risco, o que, comprovadamente, pode reduzir a incidência de novos casos.

---

<sup>11</sup> “Although these approaches [sobre o uso de preservativo e de lubrificantes] may be effective as a way of increasing awareness and reducing behavioral risk for HIV among some MSM, especially among those who find themselves in countries with more supportive public policies with respect to homosexuality, it is increasingly clear that interventions targeting individual behavior change alone are not effective for all MSM. This is particularly relevant among communities of MSM who live in socially and structurally oppressive contexts that hinder access to basic HIV services. Multilevel ecological approaches to understanding the HIV epidemic among MSM could be useful given the excess burden of HIV on MSM, the limited effectiveness of individually-focused research and interventions, and the impact of structural factors on the sexual health choices of MSM. These approaches move beyond individual-level indicators of HIV risk to include community factors (e.g., access to services) as well as factors at the structural level (e.g., stigmatization and criminalization of homosexuality), to produce a more comprehensive understanding of the context in which HIV impacts the sexual health of MSM” (ARREOLA, 2015, p. 228). O estudo de BEYRER *et al.* (2012) chega a conclusões similares.

<sup>12</sup> Tal ideia está presente, por exemplo, neste documento da UNAIDS: “La participación de las comunidades en el diseño y en la ejecución de programas reduce en gran medida el riesgo que existe de realizar esfuerzos bien intencionados pero inapropiados, y también aumenta las oportunidades para identificar posibles obstáculos sociales, culturales o jurídicos que deberán abordarse para facilitar el acceso a los servicios. (...) La participación de las comunidades y de los usuarios de los servicios puede identificar las dificultades relativas al cumplimiento del tratamiento que necesitan ser abordadas. Estas dificultades pueden estar relacionadas con los efectos adversos de regímenes de medicamentos específicos, con procedimientos innecesariamente pesados o con la discriminación en los servicios sanitarios, o barreras en un entorno más amplio (como la dificultad de mantener la privacidad sobre el estado de salud de la persona para evitar el estigma o la discriminación). La experiencia demuestra que la inclusión de las comunidades afectadas en el diseño e implementación de programas de tratamiento del VIH ayuda a asegurar que esos programas sean apropiados y contribuye a cambiar las percepciones sociales del VIH y de las personas que viven con éste” (UNAIDS, 2017c, p. 27).

Questões envolvendo a **saúde mental** e a **plena realização da pessoa (grupo)** nas esferas profissional e pessoal são essenciais para uma abordagem que vai além da epidemiologia. Tanto no Brasil quanto em Portugal pesquisas mostram que há elevado conhecimento sobre o que é HIV-AIDS e sobre as principais formas de contágio, mas que isso não é suficiente<sup>13</sup>. **Falar em “prevenção” só fará sentido para uma população como HSH e, principalmente para mulheres trans e travestis, se isso se ligar a uma projeção de “vida-bom” que eles estariam perdendo.** Ao revés, quando o contexto é de discriminação e é baixa a expectativa de realização pessoal – ou de vida mesmo, particularmente no caso de trans e travestis –, a “prevenção” perde boa parte de seu apelo<sup>14</sup>; ao mesmo tempo, em nome do aumento da autoestima e como uma forma de driblar a solidão – ou de garantir a sobrevivência no curto prazo – muitos que irão abrir mão da segurança nas relações sexuais, como indicam vários estudos<sup>15</sup>. Ainda, **a prevenção não pode ser colocada como forma de castração da afetividade ou mesmo da sexualidade/desejo porque será ineficaz**<sup>16</sup> – além de violar o direito à plenitude de vivência da

---

<sup>13</sup> Pelo menos em ambientes urbanos o mesmo pode ser dito para a maior parte do Ocidente. Logo, a questão não é falta de conhecimento – ainda que, insistimos, a educação, inclusive para falar o básico, continue sendo importante. Nesse sentido (de que não falta conhecimento), alertam ADAM *et al.* (2005): “Neither ignorance, nor obstinacy, nor irresponsibility explains much about unprotected sex among gay and bisexual men today. Most are well-informed, sophisticated calculators of risk, and any prevention message that fails to respect the knowledge levels widespread in the community will surely fall on deaf ears. There is no average gay man nor average factor determining unsafe sex and no single message that can address the multiple situations and overlapping social and sexual microcultures, each with its own vulnerabilities to unsafe sex”.

<sup>14</sup> No caso específico de **mulheres trans e travestis** a situação é ainda muito mais grave do que o de HSH, pois que elas sofrem uma discriminação maior, já que dificilmente podem “esconder” sua sexualidade como muitos HSH fazem; estão excluídas do sistema educacional – têm as maiores taxas de evasão escolar (PEREIRA; BAHIA, 2011) – e do mercado de trabalho formal, tendo boa parte que viver da prostituição como única forma de sobrevivência, o que aumenta sua vulnerabilidade à violência e ao risco de infecção por HIV e outras IST. Não à toa têm uma expectativa de vida muito mais baixa que a média do restante da população. A correlação entre a extrema vulnerabilidade da população trans ao HIV já vem sendo constatada em estudos de longa data. Cf., *e.g.*, TORO-ALFONSO (2002, p. 91 e ss.) e MANZELLI; PECHENY (2002, p. 120 e ss.). Pesquisas mais recentes mostram que mulheres trans e travestis continuam em situação de extrema vulnerabilidade ao HIV-AIDS (e outras IST), como se pode ser com SOUSA; FERREIRA; SÁ (2013), FERREIRA JR. *et al.* (2016), VERAS (2018), MAGNO (2018) e REIS (2018). Sobre a discriminação estrutural pela qual passa a população de transexuais e travestis, cf. KULICK (2008), SILVA (2019) e CAMILLOTO (2019).

<sup>15</sup> Ver., *e.g.*, ESTRADA-MONTOYA (2014, p. 52 e ss.) e FERNÁNDEZ-DÁVILA (2009).

<sup>16</sup> “El deseo de estar con una persona motivado por una fuerte atracción física puede llevar a los hsh a tener relaciones sexuales anales no protegidas. El acto sexual así considerado se convierte en un modo de afirmar la sensación de ser atractivo para los demás y de ser sexualmente deseable. La necesidad de sentir pasión y la oportunidad de conectar con una pareja particularmente deseable, situación a veces facilitada por el consumo de alcohol y/o drogas, también

**sexualidade, que é um direito fundamental**<sup>17</sup>. Como lembra FERNÁNDEZ-ÁVILA (2009): “[I]a construcción social de la sexualidad es más que un conjunto de ideas y discursos, es una compleja estrategia de poder que constituye sujetos, disciplina cuerpos, mandatos, deseos y organiza todas las relaciones sociales. Por lo tanto, concebimos a la sexualidad como un fenómeno que se expresa en una dimensión subjetiva, intersubjetiva y socio-cultural” – o que nos leva, mais uma vez, a ter que superar paradigmas que lidam com a questão de um ponto de vista biomédico de indivíduos atomizados. Assim, campanhas sobre o tema têm de perpassar também por aspectos “não racionais”, contemplando discussões sobre afetividade e o que leva alguém a decidir ter uma relação sexual de risco (FERNÁNDEZ-ÁVILA, 2009).

Uma questão que também aparece em várias pesquisas com HSH é que a forma como é apresentado o uso do preservativo faz com que ele seja pouco interessante do ponto de vista sexual e do desejo. Não é inco mum que se diga que, apesar de sabermos a importância da “camisinha”, que não a usamos porque é “complicado colocar” ou porque ela provoca

---

puede llevar a encuentros sexuales no protegidos entre hsh. Debido al calor del momento, la situación se puede tornar complicada cuando los hombres que se sienten en desventaja por algún motivo (ya sea por edad, raza o por la creencia de carecer de atractivos físicos), temiendo ofender a la pareja deseable, acceden a prácticas sexuales no protegidas, inicialmente para no perder ni la oportunidad de interactuar sexualmente, ni la de alimentar su propia autoestima” (ESTRADA-MONTOYA, 2014, p. 52-53). Em sentido similar: FERNÁNDEZ-DÁVILA (2009): “[E]n escenarios de ‘desventajas’ (...), se pueden poner en un índice jerarquías sociales que crean una economía del riesgo, donde un sentido de carencia personal, percepción del propio atractivo y el deseo de no arruinar una oportunidad sexual hacen más grande la vulnerabilidad” (grifos nossos). De um lado percebem-se questões que envolvem carência, desejo de afetividade e/ou desejo sexual “apenas”; de outro, uma cultura que supervaloriza o corpo, a beleza e a juventude, o que faz com que se faça sexo não seguro para suprir necessidades emocionais e contra a solidão e/ou, para aqueles que não se encaixam nos estereótipos, como uma afirmação de sua própria autoestima. Ver também: FERNÁNDEZ-DÁVILA (2007), ADAM (2005, p. 241 e ss.), BARREDA (2010, p. 49) e GUAJARDO (2002, p. 66-67).

<sup>17</sup> A **sexualidade como um direito fundamental** está presente em documentos da OMS e que são lembrados pelo Ministério da Saúde brasileiro: “A sexualidade é definida como uma questão essencial do ser humano, que contempla sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução, sendo influenciada por uma relação de aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais (...). Pode ser vivida e expressada por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos, embora nem todas essas dimensões sejam experimentadas ou expressadas (...). O direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, ao afeto, aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos são considerados Direitos Humanos fundamentais. Respeitá-los é promover a vida em sociedade, sem discriminação de classe social, de cultura, de religião, de raça, de etnia, de profissão ou de orientação sexual. Para que exista a igualdade de direitos, é preciso respeito às diferenças, as quais não devem ter valores diferentes na sociedade. Não existe um direito mais importante que o outro. Para o pleno exercício da cidadania, é preciso a garantia do conjunto dos Direitos Humanos (...)” (BRASIL, 2019c).

perda de ereção<sup>18</sup>. Mais uma vez, **há que se repensar estratégias que tornem o uso do preservativo algo que não é “apenas” necessário, mas também, interessante do ponto de vista sexual.**

De outro lado, a ideia de que “AIDS não mata mais” porque há o tratamento que, se não cura, também impede a morte, está muito difundida principalmente nas gerações que não viveram com as manchetes alarmistas de mortes por causa da doença, muitas vezes envolvendo artistas famosos. Para estes, como já dito, uma outra linguagem e material precisaram ser pensados.

#### 4.1. Algumas boas iniciativas

Há no Brasil algumas ações positivas quanto à política de prevenção/tratamento ao HIV-AIDS. Já citamos a estratégia do TcP, quem vem junto a algo maior: a Prevenção Combinada e que, mais do que ofertar vários meios de prevenção, combina uma estratégia biomédica com questões sociológicas e de direitos humanos. Aqui vamos falar de algumas ações/programas pontuais que vêm obtendo bons resultados e/ou se constituem em ações relevantes para o que se espera que sejam as políticas desse setor.

O aumento dos casos de infecção entre a população LGBT – particularmente entre gays e trans/travestis – se refletiu na Parada do Orgulho LGBT de São Paulo em 2019. Como notícia a UNAIDS (2019b):

En 2018 había alrededor de 900.000 personas viviendo con VIH en Brasil, un aumento de estas infecciones mayor al 20% desde 2010. Si bien la prevalencia del VIH en Brasil entre la población adulta se estima en el 0,5%, entre las personas transgénero es de alrededor del 30% y entre los hombres homosexuales y los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres en torno al 18,3%. (...) “Me di cuenta<sup>19</sup> de que en los desfiles de la comunidad LGBT, incluido el de São Paulo, ya no cuentan con iniciativas eficaces para poner fin al

<sup>18</sup> Sobre isso ver: ADAM (2005) e GUTIERREZ *et al.* (2019, p. 8).

<sup>19</sup> A reportagem entrevistou o dono de uma sauna em São Paulo que, diante do aumento dos casos de infecção por HIV resolveu voltar a participar da Parada do Orgulho e mobilizá-la quanto à questão da prevenção do HIV.

VIH dentro de sus asociaciones”, dice. “Debido a eso, decidimos convocar una reunión con los organizadores de los 27 desfiles que representan a cada una de las capitales estatales de Brasil y, además, una docena de los que pertenecen a las ciudades más importantes del estado de São Paulo (...)”. Con el apoyo de la oficina de ONUSIDA en Brasil y otros socios clave, el Sr. Nascimento y la Asociación del Desfile del Orgullo LGBT de São Paulo preparan la tercera reunión LGBTI por la Salud y la Prevención en Jóvenes que se celebrará en noviembre.

Uma exceção louvável às campanhas (tímidas, assépticas e generalistas) do governo federal nos últimos anos é a cartilha **“Homens trans: vamos falar sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis?”** (BRASIL, 2019d), que fala sobre HIV-AIDS e outras IST para um grupo específico e de forma didática e sem tabus. No entanto não é um material de alcance de massa, mesmo para o público a que se destina.

Uma outra boa prática é o **Programa “Juntos na Prevenção”**, do Governo do Estado de São Paulo, que ainda está sendo implementado e que conjuga esforços das Secretarias de Estado da Saúde e da Educação (SÃO PAULO, 2018b). A política aposta na **educação em sexualidade e gênero como forma de aumentar a adesão de adolescentes e jovens a métodos de sexo seguro**. Para isso cria as “Estações de Prevenção”, que envolvem membros da comunidade local com as escolas públicas e particulares e, ademais,

fazem a interface com outros espaços do território onde circulam não só os jovens escolarizados, mas também aqueles que estão fora da escola, propiciando assim que um maior número de jovens tenham acesso às ações de prevenção e envolvendo a comunidade nessa rede de informação e ampliação das possibilidades de acesso. Neste sentido, o trabalho sistematizado de prevenção das IST/aids, realizado no âmbito do território, envolve toda a comunidade, alcança outras populações vulneráveis como gays, homens que fazem sexo com homens, travestis e transexuais, profissionais do sexo, mulheres e pessoas em uso de drogas (SÃO PAULO, 2018b, p. 10).

Kátia Edmundo (2018, p. 20) ainda dá um exemplo interessante de mobilização da comunidade local para promover políticas de saúde, inclusive quanto ao HIV-AIDS. Trata-se da “**Rede de Comunidades Saudáveis**”, composta por membros de comunidades do Rio de Janeiro e que promove várias ações locais. Entre os Projetos está o “**Caminhos da Inclusão**”:

uma iniciativa do CEDAPS e IIDI (...), que também conta com o apoio do Ministério da Saúde, tem como objetivo contribuir para a atenção de efeitos relativos à deficiência em pessoas vivendo com HIV/AIDS e prevenção das DST/AIDS entre pessoas com deficiências. A iniciativa visa desenvolver esforços para aprofundar o debate sobre o assunto, compartilhar ideias e metodologias, consolidar o campo de pesquisa e intervenção no cenário brasileiro e gerar intercâmbios necessários no âmbito internacional. Dentre os resultados esperados, o projeto pretende mobilizar e formar um grupo de profissionais, ativistas e pessoas com deficiência e Aids para o tema vários estados brasileiros, bem como gerar um conjunto de recomendações e propostas para fazer frente aos desafios de prevenção e atenção as DST/AIDS e deficiências em âmbito governamental e da sociedade civil. Serão estimuladas e formadas alianças e parcerias em nível nacional e internacional para avanço do campo temático<sup>20</sup>.

Vale mencionar também o **Programa “Viva Melhor Sabendo”** do governo federal – e com participação do UNICEF – implantado em novembro de 2013 e que tem como forma de ação atuar nas populações-chave através das respectivas OSCs (Organizações da Sociedade Civil) e na formação de pessoas pertencentes àqueles grupos (BRASIL, 2019e). Os testes rápidos (por fluído oral) para o HIV e aconselhamentos sobre prevenção e tratamento são feitos nos espaços de sociabilidade das populações-chave, o que permite que a informação e a testagem possam ser feitos fora de centros de saúde, em horários alternativos, longe da discriminação que boa parte dos membros dessas populações vivem e com a segurança e confidencialidade de um ambiente conhecido. Percebe-se que a iniciativa

---

<sup>20</sup> Cf. <http://cedaps.org.br/projetos/caminhos-da-inclusao/>

combina várias das questões problemáticas que temos falado ao longo do presente: descentralização, atuação direta de OSCs para a realização (e para pensar as ações), horários e locais alternativos – o que é fundamental, por exemplo, para profissionais do sexo que têm horários diferentes do restante da população e, ademais, não se sentem confortáveis em ir a centros de saúde em razão de discriminação, como falado acima – e atuação que combina diferentes estratégias (e não só a biomédica), reconhecendo o caráter transversal de vulnerabilidade, é dizer, que o problema não está somente em ter informação genérica sobre HIV e ter acesso a preservativos, mas atravessa diferentes questões sociais e de discriminação<sup>21</sup>. Em um evento em abril de 2018 foram apresentados alguns resultados do Programa, por exemplo, que “entre 2014 e 2018, o projeto Viva Melhor Sabendo realizou 160.280 testes em todo o Brasil com foco nas trabalhadoras do sexo, travestis, mulheres e homens trans, gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), homens heterossexuais e pessoas que usam álcool e outras drogas” (BRASIL, 2018e).

---

<sup>21</sup> “As equipes das OSC conduzirão todas as etapas do processo, desde a abordagem individual, a informação do resultado do teste, a oferta das ações de Prevenção Combinada, os encaminhamentos conforme a necessidade e o apoio para vinculação dos casos reagentes ao serviço de saúde de referência para o Projeto VMS Viva Melhor Sabendo. Todas as ações desenvolvidas devem seguir os princípios do SUS e precisam estar fundamentadas nos direitos humanos, no enfrentamento ao estigma e à discriminação e no sigilo e confidencialidade. (...) Mais do que passar informações e desenvolver abordagens criativas para executar as ações do Projeto VMS, espera-se que o(a) educador(a) entre pares seja responsável por ajudar a comunidade a desconstruir ideias preconceituosas e atitudes discriminatórias associadas às culturas e dinâmicas locais. É fundamental que o(a) educador(a) de pares saiba ouvir e perceber as abordagens que melhor dialogam com os contextos e momentos de vida da comunidade na qual está atuando. Aliás, saber ouvir ou perceber é uma das tarefas mais necessárias no âmbito de uma metodologia como essa, pois exige concentração, respeito, ausência de julgamento, aceitação de valores e conceitos de vida diferentes dos seus” (BRASIL, 2019c, p. 21).

## Considerações Finais

Al tomar medidas para prevenir nuevas infecciones por VIH y garantizar el acceso de todo el mundo a los servicios de prevención, pruebas y tratamiento de VIH, los gobiernos están cumpliendo con su obligación para, con el tiempo, salvaguardar plenamente los derechos humanos y lograr el más alto nivel posible de salud física y mental. Esto, a su vez, permite a las personas llevar una vida plena y digna (UNAIDS, 2017c, p. 5).

A pesquisa almejou fazer um diagnóstico dos retrocessos nas políticas de saúde pública do Brasil quanto às questões envolvendo HIV-AIDS, particularmente quanto HSH e mulheres trans. Para isso fez uma comparação entre os Sistemas Públicos de Saúde do Brasil e de Portugal tendo como eixos a crise econômica experimentada pelos dois países em tempos recentes e a ascensão de grupos religiosos conservadores na política brasileira. Uma das hipóteses era a de que os dois fatores têm contribuído para o referido retrocesso e que este já tem provocado resultados (ou os tem agravado): diminuição do orçamento e da autonomia do setor, aumento no número de infecções entre os mais jovens e problemas com a gratuidade de exames e medicamentos.

O que não estava considerado no início e que apareceu durante a pesquisa é a importância da **questão interseccional** para se compreender a dinâmica de persistência (ou crescimento) de novas infecções em grupos específicos. Este é um dado que se vê em vários Documentos de entes internacionais como a ONU ou a UNAIDS, bem como em pesquisas de campo que buscam explicar os novos casos de HIV-AIDS. É dizer, **a diminuição do cuidado com o problema por parte do Brasil também se mostra em**

**sua incapacidade/omissão em resolver questões históricas como o racismo, a pobreza, a violência em geral, a violência de gênero, a desigualdade social, a homotransfobia, etc.** Como retomaremos abaixo, nenhuma nova política de prevenção terá sucesso pleno se não considerar tais questões, ao mesmo tempo em que precisa também superar a “austeridade” e o “moralismo-conservador-religioso” quanto à definição das políticas de saúde pública.

Partiu-se da ideia da saúde como um direito fundamental e sobre o qual valem as reservas da vedação do retrocesso e da intangibilidade das cláusulas pétreas. Assim, esse direito não está à livre disposição de maiorias eventuais no Congresso e mesmo em caso de crise econômica não pode ser deixado de lado/menosprezado, pois que se trata de uma questão de princípio, intangível por questões de política – no sentido de Dworkin (2001). A questão ainda é mais preocupante quando se considera que a minoria LGBTI é particularmente afetada pelos retrocessos quanto à questão, por sua posição de marginalidade estrutural e por nela haver maior vulnerabilidade.

Os dados sobre novos casos de infecção entre os mais jovens contrastam com uma era de amplo acesso à informação, particularmente por aquele grupo e mostra que são necessárias ações específicas de governos (locais, regionais e central) para esse público. A nova onda de infecções tem ocorrido, entre outras razões, pela diminuição dos recursos de campanhas de prevenção e esclarecimento sobre HIV-AIDS e outras IST em razão de argumentos religioso-conservadores e/ou econômicos. **Há alguns anos a saúde pública e o direito à vida têm disso negociados em razão de apoios políticos de bancadas conservadoras e/ou de ajustes econômicos.**

Concordamos com SEFFNER e PARKER sobre como **a AIDS trans-cende a questão médica e fala muito sobre quem nós somos como sociedade:**

Percebida como realidade político-cultural altamente complexa, a AIDS funciona como marcador social a indicar grupos, conjunturas, contextos e

situações que falam da desigualdade histórica da vida em sociedade, da vulnerabilidade que produz algumas poucas vidas como viáveis e muitas outras como não viáveis, vidas baratas que não valem a pena cuidar e tratar, pois não têm futuro. Falar da situação da AIDS em um país é necessariamente falar de sua estrutura social, suas hierarquias de desigualdade, o modo como este país lida com a construção do espaço público democrático e com os programas de inclusão social, de como se constrói a vida política e a repartição de poder entre indivíduos e grupos (por exemplo, a repartição de poder entre homens e mulheres, entre brancos e negros, entre populações com maior ou menor escolaridade, entre pessoas de um ou outro pertencimento religioso, entre aquelas que moram em tal ou qual região do país, entre pobres e ricas, entre jovens, adultos e velhos) (SEFFNER; PARKER, 2016, p. 25).

Igualmente concordamos com os autores (SEFFNER; PARKER, 2016, p. 30) quando defendem que **o Brasil, nós últimos anos, vem perdendo os ganhos da experiência histórica de luta contra o HIV-AIDS**, seja pelo retrocesso nas políticas de prevenção (pelos fatores que já apontamos), seja pela ênfase apenas numa visão estritamente biomédica do TcP, o que torna a questão algo apenas individual e retira a discussão do âmbito público e/ou de grupos. **Esse quadro, complementamos, é ainda mais preocupante em um cenário de cortes de “gastos” com saúde**, particularmente, aqui, cortes em campanhas de prevenção mais amplas, inclusivas, diretas e que considerem todas as dimensões da prevenção combinada.

Portugal passou por uma grave crise econômica cuja solução inicial foi um pacote de austeridade chamado de “Troika”, que, por exemplo, limitou o acesso à saúde pública pelo aumento de taxas que os cidadãos precisam pagar quando usam o sistema. No entanto, mudou sua orientação há alguns anos, aumentando os gastos sociais e, com isso, não apenas tendo resultados econômicos muito melhores – inclusive sobre as contas públicas –, como também diminuiu os custos de acesso a tratamentos e ampliou as políticas sobre HIV-AIDS.

O Brasil pode aprender com a experiência portuguesa no sentido de mudar o rumo que vem dando a essa política de saúde, uma vez que a

invisibilização de políticas de prevenção e cortes no tratamento já começaram a produzir resultados ruins: **aumento dos casos de infecção entre os mais jovens, na contramão de boa parte dos países ocidentais:** “[a]bout 90% of new infections in 2016 in Latin America occurred in seven countries, with nearly half (49%) in Brazil” (UNAIDS, 2017a, p. 134)<sup>1</sup>. Algo que começou a ser desenhado no Brasil em 2013 com o “Viva Melhor Sabendo”, isto é, ações de prevenção descentralizadas com a ajuda de ONG’s, já é feito há anos em Portugal e com muito bons resultados. O espaço não institucionalizado, mais informal e mais representativo de uma organização da sociedade civil facilita o acesso das populações-chave.

Não se descuida que os dois países possuem realidades de tamanho/diversidade populacional, social-econômica, geográfica, etc. muito diferentes. No entanto há muitas pontes de contato para um estudo de comparativismo integrado. A uma o fato, óbvio, de compartilharmos muitos aspectos históricos, culturais, linguísticos, etc.; a duas porque as crises econômicas globais e as respostas a elas são/foram muito parecidas, seja no Brasil, Portugal ou qualquer outro país de economia de mercado; por fim, ainda que haja diferenças colossais, Portugal é um bom exemplo a ser seguido quando se percebe que o país conseguiu alcançar as metas da UNAIDS de 90-90-90 um ano antes do que previsto e, logo, merece um olhar atento de outros países para que se perceba o que pode ser adaptado para realidades locais.

O conjunto de reformas econômicas ortodoxas de “austeridade” que o Brasil vem fazendo desde o *impeachment* da ex-presidenta Dilma Rousseff: reforma trabalhista, reforma da previdência, congelamento de “gastos” públicos com educação, saúde e outras áreas, diminuição/congelamento de salários, são uma receita bem conhecida de Portugal dos tempos da “Troika”. Após alguns anos de austeridade, no entanto, os índices econômicos pouco melhoraram – em compensação, a pobreza e emigração aumentaram bastante – e um novo governo, mais à esquerda

---

<sup>1</sup> Ver também: LOPES, 2017 e BRASIL, 2018a.

assumiu e tomou medidas em sentido oposto: maiores gastos públicos, o que reativou a economia ao mesmo tempo que diminuiu a dívida pública.

Quanto à saúde, durante a “Troika” houve aumento das taxas moderadoras, medida que vem sendo revertida desde a mudança de governo. Especificamente quanto ao HIV-AIDS em Portugal, há uma série de Programas e metas que vêm sendo implementados e sucedidos, um após outro e que têm conseguido muitos bons resultados quando se considera a queda de novas infecções e o alcance do tratamento dos infectados. O país possui problemas, no entanto, os quais, guardadas as diferenças, também são similares aos de outros países, como o Brasil. Um dado comum é o aumento de casos entre os mais jovens e, particularmente, entre HSH, mulheres trans e travestis; ainda, que os mais jovens seguem tendo relações sexuais desprotegidas em uma quantidade significativa de vezes. No entanto, a situação em Portugal tende a ser menos preocupante quando se considera que mais de 90% dos que fazem tratamento têm carga viral indetectável (logo, intransmissível), o que não é o caso de países como o Brasil, pois que, mesmo quando se compara o país lusitano com o Estado mais rico da Federação, São Paulo, percebe-se que estamos muito aquém dos resultados ali obtidos.

No ano de 1999 o Brasil tinha uma taxa de incidência de 17,3/100 mil hab., enquanto quem em Portugal a taxa era de 32,4/100 mil hab. (foi o ano de pico em Portugal). Em 2017 o índice de Portugal baixou para pouco mais de 10/100 mil hab., já no Brasil subiu para 18,3 /100 mil hab. (o pico no Brasil foi registrado em 2012, quando a taxa foi de 21,7/100 mil hab.) (BRASIL, 2019f). Em um espaço de menos de 20 anos Portugal teve uma queda muito expressiva enquanto que o Brasil experimentou um aumento constante até 2012, quando, então, o índice começa a baixar lentamente. A pesquisa buscou algumas pistas para entendermos como Portugal conseguiu baixar de forma tão expressiva a epidemia enquanto que o Brasil a manteve em patamares mais ou menos iguais.

O Brasil foi uma referência mundial na política de prevenção e tratamento do HIV-AIDS – e assim ainda aparece no imaginário coletivo

brasileiro e também de muitos dos especialistas com quem conversei em Portugal. Fomos o primeiro país em desenvolvimento a somar uma política de tratamento com a prevenção e o terceiro no mundo a iniciar o tratamento independentemente da contagem de células TCD4+. Lideramos o fórum global de discussão de quebra de patentes de medicamentos, com a aprovação de acordos internacionais na OMC e outras entidades internacionais. O Brasil era citado em encontros internacionais como um exemplo a ser seguido por outros países e foi convidado a prestar auxílio tecnológico para replicar sua política noutros países. No entanto, em algum momento, o país perdeu o ritmo, ficou relapso e não soube se aproveitar dos ganhos da experiência passada para se reinventar. Como mostramos, não é que faltem estudos e protocolos do próprio Ministério da Saúde dimensionando a questão, os focos prioritários e a forma ideal de atuação. **O problema é político e não de ausência de soluções técnico-científicas.**

O planejamento e a execução da política portuguesa de resposta ao HIV-AIDS têm, pois, conseguido melhores resultados que a brasileira. Como mostrado, Portugal chegou a ter uma taxa de infecção que era quase o dobro da brasileira em 1999 e foi diminuída para menos de 1/3 em menos de 20 anos. Como pudemos “largar na frente” com a criação de uma política-modelo, que, por exemplo, evitou que tivéssemos índices alarmantes como outros países chegaram a ter – mesmo Portugal, com uma alta taxa de mais de 30/100 mil hab. mas não conseguimos sustenta-la/leva-la a um outro patamar?

A nova onda de infecções pega o Brasil despreparado/não motivado a lidar de forma correta com a mesma. Temos o maior sistema público de saúde do mundo, um dos grandes responsáveis para que a política nacional contra o HIV-AIDS tenha conseguido ser inserida nos mais variados contextos de um país continental. Contamos com legislações e insumos que não estão atrás do que há de mais contemporâneo: Prevenção Combinada, distribuição gratuita de preservativos, realização gratuita de exames

e consultas, TcP, PrEP, PEP, etc. No entanto, experimentamos um aumento muito expressivo de novos casos entre a população mais jovem sexualmente ativa, particularmente entre HSH e mulheres trans/travestis. É bom lembrar aqui que essa tendência já vem sendo observada há alguns anos no país, não se trata de uma novidade decorrente da recente crise econômica e menos ainda do atual governo conservador. Por outro lado, HIV-AIDS não é uma questão que possa ser tratada apenas por um viés individual, pois que não se trata apenas de fornecer informação a cada pessoa – ainda que fazer isso continue sendo importante. Há contextos e questões culturais de grupos que determinam a forma como (ou se) chega a informação e como ela será tratada pelas pessoas que compõem o grupo.

A novidade está em que a resposta política à crise econômica e a ascensão de governos conservadores vêm tornar a equação ainda mais problemática. No caso da pressão de bancadas religiosas sobre a política de HIV-AIDS, como vimos, há quase dez anos, pelo menos, têm havido cortes. Em um cenário de cortes na saúde também em razão das mudanças normativas (como a PEC do teto de gastos, por exemplo), já há relatos nos últimos anos de atrasos/comprometimento na distribuição de medicamentos para o HIV-AIDS.

Mais do que uma questão financeira ou biomédica, o problema maior está em fazer com que políticas de prevenção alcancem as populações-chave e as populações-prioritárias. Os dados sobre novas infecções entre HSH jovens, por exemplo, vêm mostrando que o país erra/se omite em lidar com a questão. Campanhas generalistas e que não discutem a sexualidade/desejo assim como boicote à discussão sobre sexualidade/gênero nas escolas se somam aos problemas financeiros citados. **Um vírus cuja principal forma de transmissão é sexual** – os casos de transmissão por usuários de drogas injetáveis ou por transfusões de sangue há anos representam uma porcentagem apenas residual – **precisa ter uma resposta de prevenção combinada** naquele outro sentido constante dos documentos brasileiros de referência, isto é, **a combinação não só de estratégias técnicas de prevenção (preservativo, PEP, etc.) mas também destas com**

**estratégias comportamentais e estruturais.** Aí o problema deixa de ser referente apenas ao comportamento de um indivíduo, isolada e assepticamente considerado, para considerar questões estruturais da comunidade da qual ele faz parte – inclusive somando-se outros fatores que também geram discriminação, como cor, escolaridade, etc., de forma transversal – e discussões sobre sexualidade, desejo, tabus, etc.

Em termos de campanhas de prevenção desenvolvidas por governos fizemos críticas às feitas no Brasil nos últimos anos. Vale a comparação de como isso é feito em Portugal. Ainda que eu tenha ouvido, mais de uma vez, de agentes de saúde ou de ONG's que há poucas campanhas no país, podemos vê-las no *site* da DGS falando abertamente, por exemplo, sobre uso de preservativos em relacionamentos homoafetivos – sem tabus propagandas que falam sobre relacionamentos estáveis ou simplesmente uma relação sexual ocasional – ou ensinando profissionais do sexo em como usá-los<sup>2</sup>.

Oficialmente tanto Brasil quanto Portugal possuem documentos falando sobre uma perspectiva de prevenção combinada – “combinada” tanto quanto aos meios médicos de prevenção quanto do uso de outras estratégias para além da biomédica. No entanto, Portugal parece estar aplicando de forma mais eficaz ou com mais empenho que o Brasil. Os exemplos que colhemos nos dois países nos últimos anos até o momento atual mostram que enquanto o primeiro vem fazendo várias ações de prevenção combinada (e com muitos bons resultados), o segundo, quando muito, insiste em uma abordagem médico-generalista, ainda que, é preciso registrar, o Brasil já disponibiliza a PrEP há mais tempo e, mesmo proporcionalmente, de forma mais alargada que Portugal. Ainda assim, insistimos, prevalece a abordagem biomédica em detrimento de uma discussão mais larga sobre questões estruturais e comportamentais – contrariando, assim, Documentos oficiais do próprio SUS, como a Resolução que trata dos “Direitos dos Usuários” que trabalhamos antes. Esse

---

<sup>2</sup> Cf. vídeos disponíveis em: <http://www.videos.dgs.pt>.

tratamento unilateral da questão, é, inclusive, ineficaz, pois que, o que se entende hoje é que apenas a junção das três perspectivas que terá mais chance de sucesso.

A forma como Portugal combina a política de igualdade de gênero com a de prevenção de HIV-AIDS ou desta com a questão do imigrante ou ainda com a questão trabalhista mostra que há muitos vieses que podem ser usados para lidar com a questão. Questões transversais como violência de gênero, xenofobia ou discriminação no trabalho são muito importantes para lidar com HIV-AIDS pois que se tocam e se entrecruzam com a discriminação/estigma da própria doença. No Brasil a desigualdade de gênero entre homens e mulheres permanece em níveis gritantes – após alguma melhora nas duas décadas deste século –, acompanhada da violência, que é cooriginária àquela. Quando se considera a questão de desigualdade e violência por orientação sexual e identidade de gênero o quadro é tão ou mais preocupante e, mais uma vez, joga uma parcela da população à vulnerabilidade face o HIV-AIDS. Quando uma identidade de gênero ou orientação sexual precisa ser escondida para ser vivida isso leva à exposição em situações de risco próprias da “rua”: violência e maior exposição a IST e outras doenças. A exclusão da possibilidade de viver plenamente a sexualidade e o desejo podem fazer com que quando se tem oportunidade de dar vazão àqueles alguns farão um “balanço decisional” pela exposição à possibilidade de infecção, como vimos em relatos e pesquisas aqui tratados.

Ainda há pouca preocupação em relacionar a questão do migrante ao HIV no Brasil e tal ausência também é um dado que diz muito. Quanto à discriminação no trabalho o país possui legislação e jurisprudência consolidadas sobre o tema, mas pouco se faz para se contornar a exclusão de LGBT – particularmente de trans e travestis – do mercado de trabalho formal, colocando-os em situações de maior exposição ao vírus do HIV bem como a outras IST.

A descentralização das ações, com a participação de ONG’s no processo de definição das políticas e de realização de ações, traz a política para

perto de pessoas que estariam fora do sistema tradicional dos centros de saúde, seja por seu horário de trabalho, seja por temer discriminação. O mesmo se diga sobre a *van* do CAD em Porto que pode ser encontrada em vários locais da cidade e possibilita que pessoas possam ser aconselhadas, façam o teste rápido e/ou recebam preservativos.

Outro fator positivo é a ação conjunta entre os Ministérios da Saúde e Educação. Esse entrelaçamento para cuidar do problema não é novidade no Brasil, no entanto, enquanto que Portugal mantém tal perspectiva, no Brasil isso vem se perdendo devido a razões moralistas. Como mostramos, há documentos internacionais apontando a importância de se discutir gênero e sexualidade – e com isso, gravidez na adolescência, preservativos, AIDS e outras IST – como uma forma de dar aos adolescentes e jovens informação para que possam se prevenir; para que meninas conheçam melhor seu corpo/sexualidade e possam se colocar contra situações de abuso, etc. Discutir gênero e sexualidade nas escolas é um tema transversal nos Parâmetros Curriculares Nacionais de meados da década de 1990 no Brasil. No entanto, pouco vem sendo feito e, nos últimos anos, além da omissão há também pressão por parte de setores conservadores para que não haja qualquer discussão nas escolas. Mas a escola, como um espaço de formação e sociabilidade de adolescentes e jovens, é um local privilegiado para, justamente, tratar disso. Tratar por um viés moralista-religioso leva à omissão do Estado e deixa aqueles em situação de vulnerabilidade. Achar que por não se tratar disso de forma séria, aberta e científica nas escolas evitará que jovens e adolescentes busquem se informar por outros meios ou pior, que evitará que eles iniciem sua atividade sexual, é cinismo, mais do que mera ignorância. O resultado dessa omissão está aí, nos dados da nova onda de infecções entre os mais jovens.

A pesquisa sobre comportamentos de brasileiros e portugueses quanto ao HIV-AIDS mostra dados bem interessantes: vimos que muitos portugueses disseram ter feito exame para saber sobre seu status sorológico porque entenderam ter tido comportamento de risco e/ou porque se sentiram doentes. No Brasil a maioria só faz o exame em razão de eventual

pré-natal<sup>3</sup>. Apenas 36,1% dos brasileiros já haviam feito o teste alguma vez (ainda que esse número aumente para 47% na faixa dos 25 aos 34 anos) – em Portugal o índice é de 48%. Sobre a percepção de risco: 43,8% dos brasileiros acham que não estão expostos a qualquer risco e 40,1% entendem que o risco é baixo. Sobre o uso de preservativos: no Brasil 39,1% disseram ter sempre usado nos dozes meses anteriores (com parceiros fixos/ocasionais), enquanto em Portugal a resposta abrangeu 30,7%; e 66,7% quando a relação foi casual, no caso de Portugal 76,2%. Percebe-se que os dados dos dois países não são tão diferentes, ainda que Portugal tenha, em geral, índices melhores. No entanto, enquanto um país vive uma redução drástica de novos casos, ao mesmo tempo em que mais de 90% estão diagnosticados, tomando medicamentos e com carga viral zerada, o Brasil, por outro lado, experimenta crescimento significativo em parcelas de sua população; logo, o fato de que mais de 33% dos brasileiros digam que não usam preservativos em todas as relações sexuais ocasionais é tão ou mais preocupante que 86,1% deles também nunca terem feito um teste na vida. Parece incrível também que quase 65% das pessoas de um país que tem um sistema público de saúde universal e gratuito não soubessem que o teste pode ser feito gratuitamente. Os dados de Portugal estão longe de serem bons, todavia. Há um número muito grande de pessoas que admitem não usar o preservativo em relações ocasionais; além de números significativos dos que não sabiam que se podia fazer o teste gratuitamente ou que quando a carga viral está zerada a pessoa não transmite mais o vírus. Nas conclusões a respeito do estudo EMIS sobre Portugal como já dito, há grande preocupação com o crescimento de infecções entre os mais jovens em razão da prática de sexo desprotegido. A mesma preocupação pode-se ter quanto ao Brasil – senão maior, dada a taxa mais alta de infecção.

No Brasil estamos longe de alcançar a meta **90-90-90** para 2020 e, mais do que uma questão de estatística, estamos cada vez mais longe da

---

<sup>3</sup> Desde 2011 há formalmente nos protocolos do SUS o pré-natal masculino, que incluir exames como o anti-HIV.

época em que Estado e Sociedade discutiam abertamente o HIV-AIDS como uma questão prioritária de saúde público-coletiva. Os cortes/contingenciamentos de gastos com saúde tendem a prejudicar a política biomédica que, ainda, é em geral bem realizada no Brasil. Parece termos esquecido da nossa experiência de que os gastos com prevenção são bem menores do que os gastos com tratamento, que envolvem consultas, exames e medicamentos contínuos. Logo, se a questão for tratada apenas de um ponto de vista econômico de cálculo estratégico, a aposta deveria ser mesmo na prevenção combinada.

Ocorre que **a discussão é menos pragmático-econômica e muito mais ideológico-moralista**. Há um discurso conversador que, há mais de uma década, vem cada vez mais impondo agenda baseada em um paradigma religioso; tal discurso é responsável pelo esvaziamento das campanhas contra o HIV-AIDS mais do que qualquer questão econômica. O fenômeno não tem paralelos em Portugal e talvez explique como o país pôde avançar tanto na temática logo após a crise. No caso do Brasil esse discurso está não apenas no Legislativo – e, de lá, faz pressão sobre o Executivo, como nos governos Lula e, particularmente, Dilma –, hoje ele faz parte do próprio Executivo e pôde ser visto nas campanhas de 2019 para o HIV-AIDS, no fim da autonomia do Departamento de AIDS e outras IST e/ou também em pronunciamentos como o de dois Ministros que afirmaram que seria criada uma central de denúncias contra professores que promovessem a “ideologia de gênero” ou propaganda político-ideológica nas escolas<sup>4</sup>; ou ainda em Seminário promovido pela Ministra da Mulher, Família e Direitos Humanos em que se defendeu que para acabar com a gravidez na adolescência ou para se prevenir do HIV a melhor forma seria a abstinência sexual<sup>5</sup>. Vale lembrar que anos atrás o Brasil se recusou a receber verba de um programa dos EUA para HIV-AIDS justamente porque uma das premissas era da defesa da abstinência sexual como forma

---

<sup>4</sup> Cf. <https://veja.abril.com.br/educacao/damares-anuncia-canal-para-denunciar-professores-por-atos-contr-a-familia>.

<sup>5</sup> Cf. <https://veja.abril.com.br/politica/damares-promove-seminario-sobre-abstinencia-sexual-na-adolescencia>.

de prevenção (supra) – mais de uma década depois é o próprio país que passa a defender tal coisa.

Insistimos que uma abordagem “combinada” de prevenção leva a que se pense as pessoas inseridas na cultura em geral e nos grupos a que pertencem – inclusive de forma interseccional. Assim, **qualquer proposta que não considere as dimensões dos sentimentos, do sexo e/ou desejo não só não terá resultados como também viola direitos fundamentais**. Exercer ou não a sexualidade deve ser sempre vista como uma opção, não uma política de Estado, ou, noutros termos, para aqueles (a grande maioria) que não quiser se valer da castidade como meio preventivo o Estado precisa fornecer meios idôneos, sem tabus ou preconceitos.

Uma **relação aberta entre médico e paciente**, sem receio de falar abertamente sobre práticas sexuais, prevenção/redução de danos, parece ainda ser um desafio para muitos dos profissionais. O paciente deve poder tratar com seu médico sobre quaisquer questões envolvendo sua sexualidade e isso precisa ser tratado de forma profissional. Ao mesmo tempo, nem todos os pacientes tomarão a iniciativa de tratar daquelas questões. O profissional de saúde precisa, então, de forma gradual, debater-las; não se deve perder a oportunidade. O que algumas pesquisas citadas no trabalho mostram, ao revés, é, de um lado, despreparo, desinteresse e/ou preconceito de alguns e falta de formação e/ou de material de informativo, de outro lado.

Para fazer frente à atual onda de novas infecções entre os mais jovens e, nestes, para HSH, mulheres trans e travestis, será necessário que **a política brasileira para o HIV-AIDS tenha novos conteúdos ao mesmo tempo que uma nova abordagem**. Ela precisa ser geral e também direcionada; precisa ser aberta e sem moralismos; precisa estar inserida na cultura da velocidade das redes sociais e ser atrativa para os que vão consumi-la. A linguagem do medo que dominou as campanhas dos primeiros anos não irá funcionar mais em um contexto em que a AIDS deixou de ser uma doença mortal; um grande desafio permanece que é falar da gravidade do HIV-AIDS sem (re)estigmatizar quem vive com o vírus/doença,

pois que, se de um lado, a insistência na tática do *pavor público* levou à discriminação dos infectados (ao mesmo tempo em que inibia a muitos de se testarem com medo de serem soropositivos)<sup>6</sup>, de outro, ela não pode ser tratada como algo tão simples como *tomar uma pílula anticoncepcional*: não há cura, ainda que o tratamento garanta qualidade de vida, mas este tratamento envolve uma rotina rígida de consultas/exames contínuos e de tomar o medicamento diário e com hora certa para o resto da vida – não sem efeitos colaterais que qualquer medicamento causa, ainda mais de longo prazo<sup>7</sup>.

No que toca à questão de LGBT, ou, mais precisamente aqui, de HSH, mulheres trans e travestis, são necessárias campanhas dirigidas a estes públicos – que devem ser diferentes do que é feito para a população em geral –, inclusive que possuem particularidades entre si. A designação “Homens que fazem Sexo com Homens” mostra muitas coisas: por exemplo, que a sexualidade é múltipla e não cabe em caixas conceituais (BAHIA, 2019); e também que, ao mesmo tempo, uma tal categoria pode mostrar o efeito danoso de uma cultura machista e hetero- cisonormativa na qual um homem que faz sexo com outro homem não admite ser homo ou bissexual – ao contrário esconde-se do olhar público –, o que, mais uma vez, mostra a condição de discriminação e, logo, de vulnerabilidade deste grupo. Questões como discriminação, violência, baixa autoestima e não aceitação não raramente levam a situações de risco, como buscamos mostrar. Algumas das pesquisas com as quais trabalhamos acima mostram que, por exemplo, homens “dentro do armário” têm menor autoestima e isso é um fator de aumento da vulnerabilidade.

Quando se fala em mulheres trans e travestis a situação é ainda pior: a discriminação e violência que sofrem alcança patamares normalmente não experimentados por gays/lésbicas. A maior parte da população de travestis e trans (homens e mulheres) possui baixa escolaridade e é expulsa

---

<sup>6</sup> Lembrando que a própria discriminação contra pessoas que vivem com HIV-AIDS é, ela mesma, um fator catalisador de vulnerabilidade.

<sup>7</sup> Há estudos que mostram efeitos adversos do uso de TARV, como KRAMER *et al.* (2009) e CARDOSO (2016).

de casa ainda na adolescência. No caso de travestis e mulheres trans a forma de sobrevivência normalmente é a prostituição, uma atividade que envolve uma série de riscos, particularmente quanto à maior exposição ao contágio de doenças sexualmente transmissíveis. Não foram raros os relatos, das pesquisas que fizemos, em que aquelas abriam mão do preservativo para ganhar um pouco mais com o programa, o que desemboca nas porcentagens mais altas de infecção entre todos os grupos que compõem as populações-chave.

HSH corresponderam a 40% dos novos casos em 2018 na América Latina de acordo com a UNAIDS, segundo mostramos – algo totalmente desproporcional ao tamanho desse grupo face à população em geral. Os dados de infecção entre mulheres trans e travestis são igualmente desproporcionais. Qualquer política que queira levar a sério o problema tem de considerar essas populações sem tabus ou preconceitos.

Ainda, campanhas e ações têm de considerar que HSH, mulheres trans e travestis podem estar em graus maiores ou menores de vulnerabilidade de acordo com a soma (ou não) de outros marcadores de discriminação: renda, classe social, cor, religião, etc. Logo, uma abordagem que trate de prevenção combinada terá mais eco em um nicho branco, de classe média/alta e escolarizado. Para a travesti negra, moradora de rua e usuária de *crack* que se prostitui na esquina de uma grande cidade brasileira aquela política fará pouco sentido. Como dissemos no trabalho, quando não há perspectiva de “vida boa”, qualquer atuação que não rompa com o ciclo de discriminação, violência, doença e morte ficará no vazio. Os dados brasileiros sobre o perfil de quem usa PrEP que mostramos acima são um bom exemplo de como uma sociedade profundamente desigual e racista consegue reproduzir isso até no interior de grupos marginalizados: a minoria branca, de classe média/alta, é a que melhor acessa aquela política, ainda que não esteja em uma situação de exposição e marginalidade que a travesti que citei. Dessa forma, uma política séria de HIV-AIDS precisa alcançar os diferentes extratos sociais, além de atuar, em conjunto com outras políticas, para reverter situações históricas de discriminação,

violência e marginalidade<sup>8</sup>. **Não se combate HIV-AIDS sem atuar sobre os fatores que levam à maior vulnerabilidade.** Pobreza, racismo, violência por identidade de gênero/orientação sexual, etc. são questões que precisam estar aliadas à disponibilização gratuita de preservativos – e aí não estamos falando nada de novo (ainda que consideramos que precise ser repetido, pois que aparentemente tem sido esquecido), isso está presente, como mencionado, nos *Objetivos do Milênio* da ONU do ano 2000, apenas para citar um. Em um momento, como o atual, em que aumenta a pobreza e são reduzidas as políticas públicas de direitos sociais, os dados já preocupantes de aumento do número de casos podem se tornar ainda piores.

A pesquisa, assim, visou, pois, fazer um estudo de comparativismo integrado entre os dois países, se valendo de fontes primárias e secundárias – inclusive de pesquisa empírica junto a agentes de saúde e outros envolvidos nas políticas, inclusive pacientes. A pesquisa também é interdisciplinar, pois visou colocar em diálogo o Direito e a Saúde Pública, de forma que os saberes produzidos em cada ramo pudessem dialogar e contribuir com os resultados. O que ofertamos aqui não é um trabalho acabado, mas o início/consolidação de uma pesquisa de mais longo prazo. Nesse sentido, entendemos que, para os próximos passos é preciso:

- (i) Construir modelos metodológicos de comparação interdisciplinar (Direito e Saúde) e comparada (Brasil e Portugal) de forma a se projetar futuras pesquisas e intercâmbios entre pesquisadores dos dois países a partir da proposta que ora se apresenta;
- (ii) Estabelecer os marcos de desafios, carências, potencialidades e ações necessárias à realidade da saúde pública para prevenção e tratamento de HIV no Brasil quando comparada com Portugal; tal quadro deve ser pensado com a participação dos sujeitos envolvidos na pesquisa e o pesquisador;

---

<sup>8</sup> Se no curto prazo é preciso que a travesti (negra, pobre e usuária de drogas que se prostitui para sobreviver) tenha acesso à informação e possa ser posta em uma posição de se prevenir, no médio/longo prazo é preciso pensar alternativas para que ela tenha também chances reais de escolha sobre padrões de vida boa. É dizer, não é o Estado quem tem de definir para ela que se prostituir é algo ruim, é ela quem deve ter o poder de decidir se, diante de outras alternativas reais de vida, quer/não escolher a prostituição. O problema não é a prostituição em si, mas a inexistência de escolha.

- (iii) Iniciar a construção de um Grupo de Trabalho entre pesquisadores do Programa de Mestrado em Direito da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), os Departamentos de Direito e Medicina da UFOP e o Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, de forma a estreitar as pesquisas e fomentar novos estudos, pesquisas, e desenvolvimento de soluções para o Brasil.

## Referências

- ABIA. Editorial. *In*: ABIA. **Mito vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de hiv e aids em 2016**. Rio de Janeiro, 2016.
- ABIA. **A falta de antirretrovirais se repete. Até quando?** 24.05.2018. Disponível em: <http://abi aids.org.br/a-falta-de-antirretrovirais-se-repete-ate-quando/31557>.
- ABRAÇO. Associação de Apoio a Pessoas com VIH/SIDA. **VIH e o Trabalho – Direitos e Inquietações**. 01.05.2018. Disponível em: <https://abraco.pt/newsroom/vih-e-o-trabalho>.
- ADAM, Barry (*et al.*). AIDS Optimism, Condom Fatigue, or Self-Esteem? Explaining Unsafe Sex Among Gay and Bisexual Men. **The Journal of Sex Research**, v. 42, n. 3, p. 238-248, August 2005.
- ADAMY, Paula Emília; CASIMIRO, Gilvane; BENZAKEN, Adele. Na era da prevenção combinada. *In*: LEITE, Vanessa; TERTO JR., Veriano; PARKER, Richard (orgs.). **Dimensões Sociais e Políticas da Prevenção**. RJ: ABIA, 2018, p. 45-50.
- AGÊNCIA AIDS. **Antirretrovirais: Ativistas de diferentes Estados sinalizam falta e estoque crítico de alguns medicamentos. Departamento de Aids nega desabastecimento e garante unir esforços para regularizar a situação**. 25.0.2017. Disponível em: <http://agenciaaids.com.br/noticia/antirretrovirais-ativistas-de-diferentes-estados-sinalizam-falta-e-estoque-critico-de-alguns-medicamentos-departamento-de-aids-nega-desabastecimento-e-garante-unir-esforcos-para-regularizar-a-situa>.
- AGÊNCIA AIDS. **Ativistas apontam retrocesso em campanha do Ministério da Saúde para o Carnaval 2019**. 22.02.2019. Disponível em: <http://agenciaaids.com.br/noticia/ativistas-apontam-retrocesso-em-campanha-do-ministerio-da-saude-para-o-carnaval-2019>.
- ALEIXO, Isabela; GRANDELLE, Renato. O que está por trás da explosão de casos de HIV entre jovens. **Jornal O Globo**, 17/02/2019. Disponível em:

<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/o-que-esta-por-tras-da-explosao-de-ca-sos-de-hiv-entre-jovens-23459399>.

ALMEIDA, Ronaldo de. A onda quebrada – evangélicos e conservadorismo. **Cadernos PAGU**, (50), 2017:e175001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/18094449201700500001>.

ALVA, Issac (*et al.*). Riesgos y Beneficios del uso de Internet entre Personas Viviendo con VIH/SIDA en Lima, Perú. **Rev. Peru. Med. Exp. Salud Publica**, n. 24, v. 3, p. 248-253, 2007.

AMADO, João Leal. VIH/SIDA w Proibição se Discriminação dos Trabalhadores: entre a “tensão para a transparência” e o “direito à opacidade”. **Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região**, n. 43, 2013, p. 169-177.

ARAÚJO, Thais. Pressão de religiosos prejudicou prevenção a Aids, diz especialista. **Carta Capital**, 01.12.2013. Disponível em: <https://goo.gl/VGAEH1>.

ARNAUD, André-Jean; DULCE, María José Fariñas. **Introdução à análise sociológica dos sistemas jurídicos**. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.

ARREOLA, Sonya (*et al.*). Sexual Stigma, Criminalization, Investment, and Access to HIV Services Among Men Who Have Sex with Men Worldwide. **AIDS and Behavior**, V. 19, I. 2, p 227-234, February 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0869-x>.

ARRUDA, Roldão. Representante do programa de Aids da ONU critica governo por ceder a pressões de grupos religiosos. **Estado de São Paulo**, 13.06.2012a. Disponível em: <https://goo.gl/ToaS5e>.

ARRUDA, Roldão. No Brasil, pressão de religiosos sobre governo ameaça caráter laico do Estado, diz representante do UNAIDS. **Estado de São Paulo**, 13.07.2012b. Disponível em: <https://goo.gl/Qd1Mc2>.

ASTOLFO, Susi; KEHRING, Ruth; OLIVEIRA, Lígia. Disponibilidade de recursos dos serviços ambulatoriais do Sistema Único de Saúde destinados a pessoas vivendo com HIV em Mato Grosso, 2016. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 27(3):e2017406, 2018.

- BAHIA, Alexandre. Fundamentos de Teoria da Constituição: a dinâmica constitucional no Estado Democrático de Direito brasileiro. *In*: FIGUEIREDO, Eduardo H. Lopes; MÔNACO, Gustavo F. de Campos; MAGALHÃES, José L. Quadros de (orgs.). **Constitucionalismo e Democracia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, p. 101-126.
- BAHIA, Alexandre. O direito moderno é capaz de absorver a diversidade de gênero? *In*: BONFIM, Vinícius; ARCELO, Adalberto A. Batista; SÁ, Mariana O. de. (orgs.). **Inter-culturalidade, Poder, Direitos**. Curitiba: Appris, 2019, p. 153-182.
- BAHIA, Alexandre; NUNES, Dierle. Crise da democracia representativa – infidelidade partidária e seu reconhecimento judicial. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**, n. 100, p. 57-83, jan./jun. 2010. Disponível em: <https://pos.direito.ufmg.br/rbep/index.php/rbep/article/viewFile/109/105>.
- BAHIA, Alexandre (*et al.*) (orgs.). **Processo e Constituição: estudos sobre a judicialização da saúde, da educação e dos direitos homoafetivos**. Florianópolis: Empório do Direito, 2015.
- BARBOSA JR., Aristides (*et al.*). Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 25, v. 4, p. 727-737, abril 2009.
- BARCELOS, Ana Paula de. O Direito à Saúde nos 25 Anos da Constituição de 1988. *In*: CLÈVE, C.; FREIRE, A. (coords.). **Direitos Fundamentais e Jurisdição Constitucional: análise, crítica e contribuições**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014, p. 159-182.
- BARREDA, Victoria (*et al.*). Prevención del VIH/SIDA en los Circuitos de Levante HSH: una asignatura pendiente. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**, n. 6, p.41-62, dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sess/n6/ao3n6.pdf>.
- BARROS, Henrique. Para Acabar com a Discriminação. **Ação & Tratamentos**, n. 13, edição especial, nov./dez. 2008, p. 08-09. Disponível em: [https://www.gatportugal.org/public/uploads/publicacoes/revista\\_acao\\_tratamentos/AT013.pdf](https://www.gatportugal.org/public/uploads/publicacoes/revista_acao_tratamentos/AT013.pdf).
- BARROS, Henrique (*et al.*). **Homens que têm Sexo com Homens – Resultados do European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey (EMIS), 2010**. Porto: ISPUT/GAT/European Comissions, 2013a.

BARROS, Henrique (*et al.*). HIV testing among Portuguese men who have sex with men – results from the European MSM Internet Survey (EMIS). **HIV Medicine**, n. 14, issue S3, p. 15-18, October 2013b. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hiv.12058>.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **HIV/AIDS em Residentes de Belo Horizonte Período: 2001 A 2017 (dados parciais)**. Novembro 2017. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/IST-AIDS/hiv\\_aids\\_residentes\\_bh-2001-2017.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/IST-AIDS/hiv_aids_residentes_bh-2001-2017.pdf).

BELOQUI, Jorge. O tratamento para a prevenção da exposição sexual e diversos lugares das PVHA através da história. In: LEITE, Vanessa; TERTO JR., Veriano; PARKER, Richard (orgs.). **Dimensões Sociais e Políticas da Prevenção**. RJ: ABIA, 2018, p. 36-44.

BELOQUI, Jorge; TERTO JR., Veriano. A prevenção à AIDS no governo Dilma e a censura dos vídeos da campanha do Carnaval de 2012. [s/d]. Disponível em: <http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/artigoveriano.pdf>.

BEYRER, Chris (*et al.*). A call to action for comprehensive HIV services for men who have sex with men. **Lancet**, n. 380, p. 424-438, July 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016>.

BITTENCOURT, Mário. Pacientes com HIV/Aids se preocupam com falta de medicamentos e temem piora. **Correio 24 Horas**, 11.05.2019. Disponível em: <https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/pacientes-com-hivaidse-preocupam-com-falta-de-medicamentos-e-temem-piora>.

BONETI, Lindomar W. Políticas Públicas, Direitos Humanos e Cidadania. **JURIS**, Rio Grande, v. 26, p. 189-204, 2016. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/juris/article/view/6297/4133>.

BRASIL. **Portaria Interministerial n. 869**, de 11 de agosto de 1992. Disponível em: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_172771.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_172771.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação Nacional de DST e Aids. Terapia anti-retroviral e Saúde Pública**: um balanço da experiência brasileira. Brasília, 1999. Disponível em: <https://goo.gl/IKZl5n>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2313**, de 19.12.2002a. Disponível em: <http://sis-temas.aids.gov.br/incentivo/referencia.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Prevenção das DST/Aids e Cidadania para Homossexuais**. Brasília, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e das DST entre Gays, HSH e Travestis**. Brasília, 2007. Disponível em: <https://goo.gl/hp6Eah>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1820, de 13/08/2009**. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820\\_13\\_08\\_2009.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html).

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria n. 1246**, de 28 de maio de 2010. Disponível em: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---pro-trav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_172770.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---pro-trav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_172770.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.836, de 01/12/2011**. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836\\_01\\_12\\_2011.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466**, de 12/12/2012. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/reso466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/reso466_12_12_2012.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. 1ª ed., 1ª reimpressão. Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. 1ª ed., 1ª reimpressão. Brasília, 2013b.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria n. 1927**, de 10 de dezembro de 2014. Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/Portaria-mte-1927-2014.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **5 Passos de Prevenção Combinada na Atenção Básica**. Brasília, 2017a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/>

[64662/cinco\\_passos\\_para\\_a\\_prevencao\\_combinada\\_ao\\_hiv\\_na\\_42165.pdf?file=1&type=node&id=64662&force=1](http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/64662/prevencao_combinada_ao_hiv_na_42165.pdf?file=1&type=node&id=64662&force=1).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde**. Brasília, 2017b. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/64901/prevencao\\_combinada\\_-\\_bases\\_conceituais\\_web.pdf?file=1&type=node&id=64901&force=1](http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/64901/prevencao_combinada_-_bases_conceituais_web.pdf?file=1&type=node&id=64901&force=1).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, 2017c. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/64988/diretrizes\\_para\\_organizacao\\_do\\_cta.pdf?file=1&type=node&id=64988&force=1](http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/64988/diretrizes_para_organizacao_do_cta.pdf?file=1&type=node&id=64988&force=1).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 553**, de 9 de agosto de 2017d. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso553.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução do Ministério da Saúde n. 26**, de 28 de setembro de 2017e. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/system/tdf/legislacao/2018/resolucoes/resolucao\\_no\\_26\\_de\\_28\\_de\\_setembro\\_de\\_2017.pdf?file=1&type=node&id=65852&force=1](http://www.aids.gov.br/system/tdf/legislacao/2018/resolucoes/resolucao_no_26_de_28_de_setembro_de_2017.pdf?file=1&type=node&id=65852&force=1).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - HIV Aids - Julho de 2017 a junho de 2018**, v. 49, n. 53, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças**. 4<sup>a</sup> ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Em quatro anos, Viva Melhor Sabendo já testou mais de 160 mil Pessoas**. 13.04.2018e. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/53313-em-quatro-anos-viva-melhor-sabendo-ja-testou-mais-de-160-mil-pessoas>.

BRASIL. Secretaria Nacional da Juventude. **Diagnóstico da Juventude LGBT – Diagnóstico da Juventude Brasileira e Proposições de Ações Estratégicas**. Brasília, dezembro 2018f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Especialistas analisam as práticas de prevenção do HIV no Brasil**. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – Notícias, 24/06/2019a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/especialistas-analisam-praticas-de-prevencao-do-hiv-no-brasil>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estudo traça perfil do comportamento em relação ao HIV, sífilis e hepatites B e C em travestis e mulheres trans**. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Notícias, 07.05.2019b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/estudo-traca-perfil-do-comportamento-em-relacao-ao-hiv-sifilis-e-hepatites-b-e-c-em>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, 2019c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Homens trans: vamos falar sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis?** 1ª ed. rev. Brasília, 2019d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva Melhor Sabendo: combinando escolhas – Guia Instrucional**. Brasília, 2019e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – HIV-AIDS 2019**. Número Especial. Brasília, dezembro 2019f.

BUCCI, Maria P. Dallari (org.). **Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006.

BUSCATO, Marcela. O que Deu Errado no Combate à AIDS. **Revista Época**, 05/12/2016 (atualizado em 25/01/2017). Disponível em: <https://goo.gl/3kx59w>.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CÁCERES, Carlos F. Epidemiología de la Infección por VIH entre los Hombres que tienen Sexo con Hombres en América Latina y el Caribe: situación actual y recomendaciones para la vigilancia epidemiológica. *In: CÁCERES, Carlos F.; PECHENY, Mario; TERTO JR., Veriano (eds.). SIDA y sexo entre hombres en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción – perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo.* UPCH/ONUSIDA, 2002, p. 25-55.

CÁCERES, Carlos F. Intervenciones para la prevención del VIH e ITS en América Latina y Caribe: una revisión de la experiencia regional. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n 20, v. 6, p. 1468-1485, nov./dez. 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000600004>.

CÁCERES, Carlos F.; PECHENY, Mario. Confrontando la Epidemia de VIH/SIDA Entre los Hombres Gay y Otros Hombres que Tienen Sexo con Hombres en América Latina y el Caribe. *In: CÁCERES, Carlos F.; PECHENY, Mario; TERTO JR., Veriano (eds.). SIDA y sexo entre hombres en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción – perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo.* UPCH/ONUSIDA, 2002, p. 15-23.

CALAZANS, Gabriela. Censura, Conservadorismo e Moralidades: Implicações para a prevenção e a saúde sexual de gays e HSH. *In: LEITE, Vanessa; TERTO JR., Veriano; PARKER, Richard (orgs.). Dimensões Sociais e Políticas da Prevenção.* RJ: ABIA, 2018, p. 112-119.

CALAZANS, Gabriela; PINHEIRO, Thiago; AYRES, José Ricardo. Vulnerabilidade programática e cuidado público: panorama das políticas de prevenção do hiv e da aids voltadas para gays e outros hsh no brasil. *Sexualidad, Salud y Sociedad –Revista Latinoamericana*, n. 29, ago. 2018, p.263-293.

CAMILLOTO, Ludmilla Santos de Barros. **Direito de Ser: diálogos e reflexões sobre o reconhecimento das identidades trans.** Belo Horizonte: Conhecimento, 2019.

CANOTILHO, Joaquim J. Gomes; MOREIRA, Vital. **Constituição da República Portuguesa Anotada – Artigos 1º a 107º.** Vol. I. 4ª ed. rev. Coimbra: Coimbra Ed., 2007.

CARDOSO, Sandra W. Envelhecimento e HIV/AIDS: devemos individualizar a terapia inicial? *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v. 2., n. 2, p. 41-48, abril 2016.

- CATTONI DE OLIVEIRA, Marcelo Andrade. **Devido Processo Legislativo**: uma justificação democrática do controle jurisdicional de constitucionalidade das leis e do processo legislativo. 2ª ed. Belo Horizonte: Mandamentos, 2006.
- CEE-FIOCRUZ. **Neoliberalismo, acesso a medicamentos e o desmonte da resposta brasileira ao HIV/AIDS**. Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz, 2016. Disponível em: <http://cee.fiocruz.br/?q=node/464>.
- CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução n. 1665**, de 07 de maio de 2003. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1665\\_2003.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1665_2003.htm).
- CHAVES, Gabriela C.; VIEIRA, Marcela F.; REIS, Renata. Acesso a medicamentos e propriedade intelectual no Brasil: reflexões e estratégias da sociedade civil. **Sur, Rev. Int. Direitos Humanos**, vol. 5 n. 8, p. 170-198, Junho 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sur/v5n8/v5n8a09.pdf>.
- CIDH. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. **Violência contra a população LGBTI**. OEA. 2015. Disponível em <https://goo.gl/kj5oum>.
- COHEN, Myron S. (*et al.*). Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. **The New England Journal of Medicine**, v. 365, n. 6, p. 493-505, august 2011. Disponível em: <http://doi:10.1056/NEJMoa1105243>.
- CORRÊA, Sônia. A resposta brasileira ao HIV e à AIDS em tempos tormentosos e incertos. *In*: ABIA. **Mito vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de hiv e aids em 2016**. Rio de Janeiro, 2016, p. 9-17.
- CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA. **Bioética nos Países de Língua Oficial Portuguesa – Justiça e Solidariedade**. Lisboa: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 2014. Disponível em: <https://goo.gl/FHSbNC>.
- COSTA, António Pedro (*et al.*). **A prática na Investigação Qualitativa**: exemplos de estudos. 1ª parte. Oliveira de Azeméis: Ludomedia, 2017.
- COSTA, Angelo Brandelli. Necessidades e barreiras para o acesso aos cuidados relativos ao HIV de pessoas trans no Brasil. *In*: LEITE, Vanessa; TERTO JR., Veriano; PARKER, Richard (orgs.). **Dimensões Sociais e Políticas da Prevenção**. RJ: ABIA, 2018, p. 88-92.

COUTINHO, Filipe; NUBLAT, Johanna. Ministro da Saúde recua em campanha para prostitutas. **Folha de São Paulo**, 04.06.2013. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/06/1289525-ministro-da-saude-recua-em-campanha-para-prostitutas.shtml>.

CPLP/UNAIDS. **Epidemia de VIH nos países de língua oficial portuguesa**: situação atual e perspectivas futuras rumo ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados. 2ª ed. CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa; ONUSIDA-Brasil, 2010. Disponível em: <https://goo.gl/yBrNiv>.

CUNHA-OLIVEIRA, Aliete; CUNHA-OLIVEIRA José; CARDOSO, Salvador M. VIH/Sida: situação da prevenção em Portugal e o contexto europeu. **Debater a Europa**, n. 14, p. 141-174, jan./jun. 2016. Disponível em: <https://goo.gl/WGDhA1>.

DIAS, Isabel (coord.). **Infeção por VIH Entre Homens que Fazem Sexo com Homens (HSH): fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade – Relatório Final**. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção VIH/SIDA. Agosto 2016. Disponível em: <http://www.pnvihsida.dgs.pt/estudos-e-estatisticas111111/estudos11/infecao-por-vih-entre-homens-que-fazem-sexo-com-homens-hsh-fatores-de-risco-e-novas-trajetorias-de-seropositividade1.aspx>.

DIAS, S.; MARQUES, A., Gama, A.; MARTINS, M. O. HIV risky sexual behaviors and HIV infection among immigrants: a cross-sectional study in Lisbon, Portugal. **Int J Environ Res Public Health**, 20; 11(8), p. 8552-8566, 2014.

DOMINGUES, Ivan (org.). **Conhecimento e transdisciplinaridade II**: aspectos metodológicos. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

DRESCH, Renato Luís. A Garantia de Acesso à Saúde e as Regras de Repartição da Competência entre os Gestores. **RAHIS – Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 12, n. 1, p. 19-44, 2015.

DUARTE, Bernardo A. Ferreira. **Direito à Saúde e Teoria da Interpretação**: em busca da legitimidade dos discursos jurisdicionais. BH: Arraes, 2012.

DUARTE, Carlos; LEÃO, Márcia. Bem-vindos ao século 21: um presente que não desejamos. *In*: ABIA. **Seminário de Capacitação em HIV: Aprimorando o Debate III**. Rio de Janeiro, 2019.

DW. **O que explica o aumento dos casos de HIV no Brasil?** 01.12.2019. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/o-que-explica-o-aumento-dos-casos-de-hiv-no-brasil/a-51455784>.

DWORKIN, Ronald. **Uma questão de princípio**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

EL FONDO MUNDIAL. **VIH, derechos humanos e igualdad de género – Informe técnico**. Ginebra, abril 2017. Disponível em: [https://www.theglobalfund.org/media/6574/core\\_hivhumanrightsgenderequality\\_technicalbrief\\_es.pdf?u=63706654584000000](https://www.theglobalfund.org/media/6574/core_hivhumanrightsgenderequality_technicalbrief_es.pdf?u=63706654584000000).

EDMUNDO, Kátia. Políticas de prevenção: a prevenção como um direito. In: LEITE, Vanessa; TERTO JR., Veriano; PARKER, Richard (orgs.). **Dimensões Sociais e Políticas da Prevenção**. RJ: ABIA, 2018, p. 17-22.

EGRY, Emiko Yoshikawa (*et al.*). O Coletivo como Objeto do Cuidado de Enfermagem: uma abordagem qualitativa. In: COSTA, António Pedro (*et al.*). **A prática na Investigação Qualitativa: exemplos de estudos**. 1ª parte. Oliveira de Azeméis: Ludomedia, 2017.

ESTRADA-MONTOYA, John Harold. Hombres que tienen sexo con hombres (hsh): reflexiones para la prevención y promoción de la salud. **Rev. Gerenc. Polit. Salud**, Bogotá v. 13, n. 26, p. 44-57, enero/junio 2014.

EUA. HIV Epidemiology Program. **HIV Surveillance Annual Report, 2018**. New York City Department of Health and Mental Hygiene: New York, NY, November 2019. Disponível em: <https://www1.nyc.gov/assets/doh/downloads/pdf/dires/hiv-surveillance-annualreport-2018.pdf>.

FERNANDES, Nathan. Síndrome do preconceito: como o estigma contribui para o aumento da epidemia de aids. **Galileu**, 01/11/2017. Disponível em: <https://goo.gl/tuevzL>.

FERNÁNDEZ-DÁVILA, Percy. «Amigos con derecho a roce»: una oportunidad para contraer la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en hombres homo/bisexuales con prácticas sexuales de alto riesgo. **Gac Sanit.**, v. 21, n. 6, p. 471-478, 2007.

FERNÁNDEZ-DÁVILA, Percy. Necesidades no-sexuales que motivan a un grupo de hombres que tienen sexo con hombres a involucrarse en prácticas sexuales de alto riesgo.

Forum: Qualitative Social Research, v. 10, n. 2, mayo 2009. Disponível em: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD8916.pdf>.

FERREIRA, Breno de Oliveira (*et al.*). Vivências de travestis no acesso ao SUS. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1023-1038, 2017.

FERREIRA JR., Sérgio (*et al.*). Perfil de travestis e transgêneros: tuberculose e HIV/Aids na cidade de São Paulo. **Rev Panam Salud Publica**, v. 40, n. 6, dezembro 2016.

FOMENTI, Lígia. Governo usa medo como mote de campanha contra DSTs; especialistas criticam. **O Estado de São Paulo**, 31.10.2019. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral/governo-usa-medo-como-mote-de-campanha-contr-dsts-especialistas-criticam.70003071780>.

FONTES, Letícia. Medo do HIV diminui, e casos da doença aumentam 797,5%. **O Tempo**, 11.11.2019. Disponível em: <https://www.otempo.com.br/cidades/medo-do-hiv-diminui-e-casos-da-doenca-aumentam-797-5-1.2259940>.

FONTES, Miguel B. (*et al.*). Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em DST/Aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos, no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1343-1352, 2017.

FRESTON, Paul. **Religião e Política, Sim; Estado e Igreja, Não: os evangélicos e a participação política**. Viçosa: Ultimato, 2006.

GALINDO, Bruno. Cidadania complexa e direito à diferença: repensando o princípio da igualdade no Estado constitucional contemporâneo. *In*: FERRAZ, C. Valença (*et al.*) (orgs.). **Cidadania plural e diversidade: a construção do princípio fundamental da igualdade nas diferenças**. São Paulo: Verbatim, 2012.

GALVÃO, Jane. A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 213-219, jan./fev. 2002.

GAVIGAN, Kelly (*et al.*). Pedagogia da Prevenção: reinventando a prevenção do hiv no século xxi. **Perspectiva Política**, n. 1, novembro 2015.

G1. **Falta de remédio interrompe tratamento de pacientes com HIV no Rio Grande do Norte**. 26/06/2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/rn/rio-grande-do->

[norte/noticia/2019/06/26/falta-de-remedio-interrompe-tratamento-de-pacientes-com-hiv-no-rio-grande-do-norte.ghml](https://norte/noticia/2019/06/26/falta-de-remedio-interrompe-tratamento-de-pacientes-com-hiv-no-rio-grande-do-norte.ghml).

GIL, Antônio. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. SP: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, Ligia (*et al.*). Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018.

GRANGEIRO, Alexandre. Da estabilização à reemergência: os desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS no Brasil. In: ABIA. **Mito vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de hiv e aids em 2016**. Rio de Janeiro, 2016, p. 18-23.

GUAJARDO, Gabriel. Contexto Sociocultural del Sexo entre Varones. In: CÁCERES, Carlos F.; PECHENY, Mario; TERTO JR., Veriano (eds.). **SIDA y sexo entre hombres en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción – perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo**. UPCH/ONUSIDA, 2002, p. 57-79.

GUAJARDO, Gabriel. **Diversidad y VIH/Sida en el Espacio Público. Escritos Prácticos (1993-2011)**. Santiago: FLACSO-Chile, 2018.

GUTIERREZ, Eliana Battaggia (*et al.*). Fatores associados ao uso de preservativo em jovens – inquérito de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2019, vol. 22, e190034. Epub Apr 25, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190034>.

HABERMAS, Jürgen. **Facticidad y Validez: sobre el derecho y el estado democrático de derecho en términos de teoría del discurso**. Madrid: Trotta, 1998.

IMF. **Memorando de Políticas Económicas e Financeiras**. 2011. Disponível em: <https://www.imf.org/external/np/loi/2011/prt/por/051711p.pdf>.

KERR, Lígia. A infecção pelo HIV entre homens que fazem sexo com homens no Brasil: registro de dois estudos ocorridos em 2009 e 2016. In: REIS, Vilma. **A segunda onda da Aids no Brasil**. ABRASCO, 16.06.2018a. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniao/segunda-onda-da-aids-no-brasil/34641>.

KERR, Lígia (*et al.*). HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. **Medicine**, v. 97, issue 1S, p S9-S15, may 2018b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000010573>.

KLAUSS, Bruno S. A implementação da profilaxia pós-exposição na perspectiva dos trabalhadores da linha de frente em saúde. *In*: LEITE, Vanessa; TERTO JR., Veriano; PARKER, Richard (orgs.). **Dimensões Sociais e Políticas da Prevenção**. RJ: ABIA, 2018, p. 76-81.

KRAMER, Andréa (*et al.*). Alterações metabólicas, terapia antirretroviral e doença cardiovascular em idosos portadores de HIV. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, vol. 93, n. 5, p. 519-526, novembro 2009.

KULICK, Don. **Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no brasil**. RJ: Fiocruz, 2008.

LAURINDO-TEODORESCU, Lindinalva; TEIXEIRA, Paulo Roberto. **História da AIDS. Volume 1: As respostas governamentais à epidemia de aids**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015a.

LAURINDO-TEODORESCU, Lindinalva; TEIXEIRA, Paulo Roberto. **História da AIDS. Volume 2: a sociedade civil se organiza pela luta contra a aids**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015b.

LIONÇO, Tatiana. Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Equidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 11-21, junho 2008.

LOPES, Valquíria. Alerta para HIV em BH cresce entre mais jovens. **Estado de Minas**, 19.08.2017. Disponível em: <https://goo.gl/LqRmL>.

LOUREIRO, Walk; LOUREIRO Kenia. Sigilo Docente e o Direito à Privacidade de Alunos com HIV/AIDS. *In*: SIDANET; ASSOCIAÇÃO LUSÓFONA. **A Infecção VIH e o Direito - HIV-AIDS: virtual congress**. Santarém: Imprinove, Unipessoal, fevereiro 2010, p. 43-55.

- MAGNO, Laio (*et al.*). Factors associated with self-reported discrimination against men who have sex with men in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000016>.
- MAGNO, Laio (*et al.*). Gender-based discrimination and unprotected receptive anal intercourse among transgender women in Brazil: A mixed methods study. **Plos One**, April 11, 2018, p. 1-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194306>.
- MAIA, Bruno. Entre a Verdade e o Medo escolheu-se discriminar! **Ação & Tratamentos**, n. 13, edição especial, nov./dez. 2008, p. 07-08. Disponível em: [https://www.gatportugal.org/public/uploads/publicacoes/revista\\_acao\\_tratamentos/ATO13.pdf](https://www.gatportugal.org/public/uploads/publicacoes/revista_acao_tratamentos/ATO13.pdf).
- MALTA, Mônica; BREYER, Chris. The HIV epidemic and human rights violations in Brazil. **Journal of the International AIDS Society**, 2013, 16:18817. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7448/IAS.16.1.18817>.
- MANZELLI, Hernán; PECHENY, Mario. Prevención del VIH/SIDA en “Hombres que Tienen Sexo con Hombres”. In: CÁCERES, Carlos F.; PECHENY, Mario; TERTO JR., Veriano (eds.). **SIDA y sexo entre hombres en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción – perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo**. UPCH/ONUSIDA, 2002, p. 103-138.
- MARQUES, Ana Paula P.; MACEDO, Ana P. Morais de C. Políticas de saúde do Sul da Europa e desregulação das relações de trabalho: um olhar sobre Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2253-2263, 2018.
- MARTINS, Ana F. (*et al.*). **Portugal – Homens que têm Sexo com Homens**: Resultados do European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey (EMIS). European Commission/ISPUP/GAT, 2010. Disponível em: <https://goo.gl/72yXEo>.
- MEIRELES, Paula (*et al.*). **Relatório**: Rede de Rastreo Comunitaria: Resultados. GAT/ISPUP/São João/AHF Europe, 2016. Disponível em: <https://goo.gl/VvLzHB>.
- MELLO, Luiz (*et al.*). Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 9, p. 7-28, Dec. 2011. Disponível em: <https://goo.gl/DZAeIT>.

MEYER, Emílio Peluso N. Repensando o Direito Constitucional Comparado no Brasil. **Revista de Investigações Constitucionais**, vol. 6, n. 2, p. 479-502, mai./ago. 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim Epidemiológico Mineiro – Análise Epidemiológica de HIV/aids Panorama do ano de 2017**. Belo Horizonte, 2018.

MINAS GERAIS. Assembleia Legislativa de Minas Gerais. Situação em ala LGBT de penitenciária pauta audiência. **Notícias**, 10.12.2019. Disponível em: [https://www.almg.gov.br/acompanhe/noticias/arquivos/2019/12/09\\_release\\_direitos\\_humanos\\_LGBT\\_penitenciaria\\_Jason.html](https://www.almg.gov.br/acompanhe/noticias/arquivos/2019/12/09_release_direitos_humanos_LGBT_penitenciaria_Jason.html).

MONTEIRO, Simone. Prevenção e testagem do HIV/AIDS na Baixada Fluminense: contribuições da pesquisa social. In: LEITE, Vanessa; TERTO JR., Veriano; PARKER, Richard (orgs.). **Dimensões Sociais e Políticas da Prevenção**. RJ: ABIA, 2018, p. 64-69.

MONTEIRO, Simone; BRIGEIRO, Mauro. Prevenção do HIV/Aids em municípios da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil: hiatos entre a política global atual e as respostas locais. **Interface**, 23: e180410, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180410>.

MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza. Estigma, pânico moral e violência estrutural: o caso da Aids. In: ABIA. **Seminário de Capacitação em HIV: Aprimorando o Debate III**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <http://abi aids.org.br/wp-content/uploads/2019/06/publicacao-simone-wilza-20190625.pdf>.

MONTEIRO, Simone (*et al.*). Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1793-1807, 2019.

MORAES, Daniel Melo Franco de. **Eurocentrismo, estado nacional e humanos direitos: por que o Brasil não tem sido capaz de garantir os direitos das pessoas LGBTTTT?** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da PUC-Minas, 2015.

MORAES, Daniel Melo Franco de; BAHIA, Alexandre. Discriminação contra minorias sexuais, religião e o constitucionalismo brasileiro pós-88. **Revista General de Derecho Constitucional** (Iustel), Vol. 10, octubre 2010, RI §409-431.

MORAES, Daniel Melo Franco de; BAHIA, Alexandre. (In)capacidade do Estado-nação moderno reconhecer direitos da minoria LGBTTTT. **V Congresso ABraSD - Associação Brasileira de Pesquisadores em Sociologia do Direito**. Vitória: Anais do V Congresso da ABRASD, 2014.

NEGREIROS, Flávia Rachel Nogueira de (*et al.*). Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da Formação Médica à Atuação Profissional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1, p. 23-31, 2019.

NUNES, Dierle José Coelho. **Processo Jurisdicional Democrático**: uma análise crítica das reformas processuais. 2ª ed. Curitiba: Juruá, 2010.

O IMPACTO. **Centenas de crianças com HIV/Aids estão sem xaropes no PA; falta de tratamento pode levar pequenos à morte**. Santarém, 10.06.2019. Disponível em: <https://oimpacto.com.br/2019/06/10/centenas-de-criancas-com-hiv-aids-estao-sem-xaropes-no-pa-falta-de-tratamento-pode-levar-pequenos-a-morte>.

ONU. Organização das Nações Unidas – Assembleia Geral. **Declaração Política sobre HIV e AIDS: Acelerar a Resposta para lutar contra o HIV e acabar com a epidemia de AIDS até 2030**. Resolução A/70/L.52. NY, 07.06.2016. Disponível em: [https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2016/11/2016\\_Declaracao\\_Politica\\_HIVAIDS.pdf](https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2016/11/2016_Declaracao_Politica_HIVAIDS.pdf).

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **Recomendação 200: recomendação sobre a infecção vih e sida e o mundo do trabalho**. Adoptada pela Conferência Internacional do Trabalho na sua nonagésima nona sessão. Genebra, 17 de junho de 2010. Disponível em: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/genericdocument/wcms\\_666284.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/genericdocument/wcms_666284.pdf).

OMS. Organização Mundial de Saúde. Diminuindo Diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. **Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde**, Rio de Janeiro, 19-21 de outubro de 2011.

OMS. Organización Mundial de la Salud. **Estrategia Mundial del Sector de la Salud Contra el VIH – 2016–2021: hacia el fin del sida**. Junio 2016.

OPS; OMS; ONUSIDA. **Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa. Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe.** Washington, D.C., 2017. Disponível em: <http://onusidalac.org/1/images/2017/PAHO-HIV-report-Layout-Spanish-Final.pdf>.

OPS; UNICEF; ONUSIDA. **Retos planteados por la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe 2009.** Novembro 2009.

PARKER, Richard. **O Fim da AIDS?** Rio de Janeiro: ABIA, 2015.

PELA VIDDA; ABIA. Pela Vida/SP e ABIA divulgam propostas para enfrentar a epidemia da AIDS entre homossexuais. 2007. Disponível em: <http://abiadays.org.br/pela-vidasp-e-abia-divulgam-propostas-para-enfrentar-a-epidemia-da-aids-entre-homossexuais/26408>.

PELÚCIO, Larissa; MISKOLCI, Richard. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**, n. 1, p.125-157, 2009.

PEREIRA, Gerson (*et al.*). Epidemiologia do HIV e aids no estado do Rio Grande do Sul, 1980-2015. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 27(4):e2017374, 2018.

PEREIRA, Graziela Raupp; BAHIA, Alexandre. Direito Fundamental à Educação, Diversidade e Homofobia na Escola: desafios à construção de um ambiente de aprendizado livre, plural e democrático. **Educar em Revista**, v. 39, p. 51-71, 2011.

PIOLA, Sérgio (*et al.*). **Financiamento público da saúde:** uma história à procura de rumo. Brasília: IPEA, julho de 2013. Disponível em: <https://goo.gl/5nkSan>.

PINHEIRO, Thiago. A onda de censura, moralismo e conservadorismo e suas consequências para a prevenção e a saúde sexual. In: LEITE, Vanessa; TERTO JR., Veriano; PARKER, Richard (orgs.). **Dimensões Sociais e Políticas da Prevenção.** RJ: ABIA, 2018, p. 106-111.

PINTO, Élide Graziane; BAHIA, Alexandre; SANTOS, Lenir. O financiamento da saúde na Constituição de 1988: um estudo em busca da efetividade do direito fundamental por meio da equalização federativa do dever do seu custeio mínimo. **A&C – Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, v. 16, p. 209-237, 2017.

PORTINARI, Denise; WOLFGANG, Simone. Imagens e marcas: um imaginário ligado à epidemia de HIV-Aids no Brasil. *ALCEU*, v. 17, n. 34, p. 45-60, jan./jun. 2017.

PORTUGAL. **Lei n. 46**, de 28 de agosto de 2006. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/540732>.

PORTUGAL. Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA. **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/sida 2007-2010**: um compromisso com o futuro. Lisboa. Ministério da Saúde. 2007. Disponível em: <https://goo.gl/YGAAeC>.

PORTUGAL. **Lei n. 07**, de 12 de fevereiro de 2009a. Disponível em: [https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/view?p\\_p\\_state=maximized&cid=123915628](https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/view?p_p_state=maximized&cid=123915628).

PORTUGAL. **Lei n. 102**, de 10 de setembro de 2009b. Disponível em: [https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/490009/details/maximized?p\\_p\\_auth=sO1F3dho](https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/490009/details/maximized?p_p_auth=sO1F3dho).

PORTUGAL. **Decreto-lei n. 113**, de 29 de novembro de 2011a. Disponível em: <https://goo.gl/2twh4n>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral de Saúde. **Norma n. 58 – Diagnóstico e Rastreio Laboratorial da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)**, de 28.12.2011 (atualizada em 10.12.2014). Lisboa: DGS, 2011b.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral de Saúde. **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção por VIH/SIDA 2012-2016**. 2012. Disponível em: <http://docplayer.com.br/8945154-De-drogas-trabalhadores-do-sexo-e-homens-que-tem-sexo-com-homens-onde-a-prevalencia-de-infecao-por-vih-tem-sido-refe-rida-superior-a-5.html>.

PORTUGAL. DGS. **Atitudes e comportamentos da população portuguesa face ao VIH**. Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA, junho 2015.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral de Saúde. **Modelo de Governação a 2020 – Plano Nacional de Saúde e Programas de Saúde Prioritários**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2ª ed. 2016. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/modelo-de-governacao-a-2020-do-plano-nacional-de-saude-e-programas-de-saude-prioritarios-pdf.aspx>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH – Relatório**. Lisboa, novembro 2017a.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Despacho n. 4835**, de 26.05.2017. Lisboa, 2017b.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. **Norma 25/2017 – Profilaxia de Pré-exposição da Infecção por VIH no Adulto**, de 28.11.2017 (atualizada em 16.05.2018). Lisboa: DGS, 2017c.

PORTUGAL. Departamento de Saúde Pública. Programa Regional para a Infecção VIH/Sida. **Infecção VIH/Sida Região Norte – Relatório 2017**. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., 2017d.

PORTUGAL. **Decreto-lei n. 80**, de 15/10/2018a. Disponível em: [https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/116673880/details/maximized?p\\_auth=iTh3je6s](https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/116673880/details/maximized?p_auth=iTh3je6s).

PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Infecção VIH e SIDA – Desafios e Estratégias 2018**. Lisboa: DGS, 2018b.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, e outro. **Infecção VIH e SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2017**. Lisboa: DGS/INSA IP, 2018c (Documento VIH e SIDA; 149).

PORTUGAL. Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CiG). **Relatório Intercalar de Monitorização - 2018**. Abril 2019a. Disponível em: <https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/ENIND-Relat%C3%B3rio-2018.pdf>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Saúde. **90-90-90**. 08.07.2019b. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/07/08/90-90-90/>

PRADO, Marco A. Máximo (*et al.*). Travestilidades, Transexualidades e Saúde: acessos, restrições e vulnerabilizações do cuidado integral. In: RAMOS, Marcelo M.; NICOLI, Pedro A. Gravatá; ALKMIN, Gabriela Campos. **Gênero, Sexualidade e Direitos Humanos: perspectivas multidisciplinares**. BH: Initia Via, 2017, p. 63-82.

REIS, Vilma. Maria Amélia Veras: “Em várias partes do Brasil já há sinais de fragilidade no cuidado das pessoas infectadas pelo HIV”. **ABRASCO**, 30.11.2018. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniao/maria-amelia-veras-em->

[varias-partes-do-brasil-ja-ha-sinais-de-fragilidade-no-cuidado-das-pessoas-infectadas/38366](#).

RIBEIRO, Beatriz. Quando a Veja Matou Cazuza? **Medium**, 19.12.2017. Disponível em: <https://medium.com/observat%C3%B3rio-de-m%C3%ADdia/quando-a-veja-matou-cazuza-15933a4f909a>.

ROSA, Ana Beatriz. Brasil enfrenta racionamento de exames e medicamentos para HIV-aids. **Huffpost Brasil**, 22.07.2017. Disponível em: <https://goo.gl/uXAk1q>.

ROSENBERG, Tina. Look at Brazil. **The New York Times**, 28.01.2001. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2001/01/28/magazine/look-at-brazil.html>.

RUEFF, Maria do Céu. A Morte Civil dos Portadores de HIV. **Ação & Tratamentos**, n. 13, edição especial, nov./dez. 2008, p. 6. Disponível em: [https://www.gatportugal.org/public/uploads/publicacoes/revista\\_acao\\_tratamentos/ATo13.pdf](https://www.gatportugal.org/public/uploads/publicacoes/revista_acao_tratamentos/ATo13.pdf).

RUEFF, Maria do Céu. Pessoas com HIV/SIDA e Médico com Dupla Responsabilidade (MDR). In: SIDANET; ASSOCIAÇÃO LUSÓFONA. **A Infecção VIH e o Direito – HIV-AIDS: virtual congress**. Santarém: Imprinove, Unipessoal, fevereiro 2010, p. 57-71.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estratégico 2017-2020**. 2017. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/acoes-programaticas/plano-estrategico-2012-2015/plano\\_estrategico\\_programa\\_estadual\\_versao\\_final.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/acoes-programaticas/plano-estrategico-2012-2015/plano_estrategico_programa_estadual_versao_final.pdf).

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Ano XXXV, n. 1, período de 1º de julho de 2017 a 30 de junho de 2018. 2018a.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde/Secretaria de Estado da Educação. **Estratégia Juntos na Prevenção – Documento Orientador para Profissionais da Educação e da Saúde para a promoção de educação em sexualidade e prevenção das IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais**. 2018b.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Meta 90-90-90**. 2019. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/dst aids/index.php?p=263214>.

SANTOS, Boaventura de S. **Para uma revolução democrática da justiça**. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, Lenir. **Os desafios da gestão interfederativa do SUS**. Campinas: Saberes Editora, 2013.

SEFFNER, Fernando. Pedagogias e políticas no campo da AIDS: o desafio de superar o desperdício da experiência e reinventar a prevenção. *In*: LEITE, Vanessa; TERTO JR., Veriano; PARKER, Richard (orgs.). **Dimensões Sociais e Políticas da Prevenção**. RJ: ABIA, 2018, p. 11-16.

SEFFNER, Fernando; PARKER, Richard. A neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à AIDS. *In*: ABIA. **Mito vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de hiv e aids em 2016**. Rio de Janeiro, 2016, p. 24-32.

SER+ – Associação Portuguesa para a Prevenção e Desafio à SIDA; GAT – Grupo de Activistas em Tratamento. **Índice de Estigma das Pessoas que Vivem com o VIH**. Lisboa: SER+, 2013.

SEVERINO, A. J. Dimensão ética da investigação científica. **Práxis Educativa**, v. 9, n. 1, p. 199-208, jan./jun., 2014. Disponível em: <https://goo.gl/oVMa4i>.

SIDANET; ASSOCIAÇÃO LUSÓFONA. **A Infecção VIH e o Direito – HIV-AIDS: virtual congress**. Santarém: Imprimove, Unipessoal, fevereiro 2010.

SILVA, Jessica de Paula Bueno da. **O RECONHECIMENTO DAS PESSOAS TRANS: Uma análise do poder de emancipação ou institucionalização do direito sob a perspectiva de Axel Honneth**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Direito da UFOP. Ouro Preto, 2019.

SIMÕES, Daniel (*et al.*). **A Rede de Rastreo Comunitária: resultados**. Porto: ISPUP, 2016.

SOUSA, Laio Magno Santos de. **Estigma e vulnerabilidade de travestis e mulheres transsexuais ao HIV/AIDS**. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva defendida na UFBA, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Inês Costa Dourado. 2017.

SOUSA, Patrícia Juliana de; FERREIRA, Luiz Oscar Cardoso; SÁ, Janilson Barros de. Estudo descritivo da homofobia e vulnerabilidade ao HIV/Aids das travestis da Região Metropolitana do Recife, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 18, n. 8, p. 2239-2251, 2013.

SURKAN, Pamela J. (*et al.*). Unsafe Sexual Behavior Among Gay/Bisexual Men in the Era of Combination Antiretroviral Therapy (cART). **AIDS Behav**, 2017;21(10):2874-2885. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1007%2Fs10461-016-1614-4>.

TARUFFO, Michele. **Sobre las fronteras: escritos sobre la justicia civil**. Bogotá: Marcial Pons, 2006.

TAYLOR, Charles. **A Ética da Autenticidade**. São Paulo: Realizações Editora, 2011.

TERTO JR., Veriano (*et al.*). A Luta Continua: avanços e retrocessos no acesso aos antirretrovirais no Brasil. In: ABIA. **Mito vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de hiv e aids em 2016**. Rio de Janeiro, 2016, p. 39-51.

THIOLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1986.

TORO-ALFONSO, José. Vulnerabilidad de Hombres Gays y Hombres que Tienen Sexo con Hombres (HSH) Frente a la Epidemia del VIH/SIDA en América Latina: la otra historia de la masculinidad. In: CÁCERES, Carlos F.; PECHENY, Mario; TERTO JR., Veriano (eds.). **SIDA y sexo entre hombres en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción – perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo**. UPCH/ONUSIDA, 2002, p. 81-102.

UNAIDS. **Prevenção del VIH**. [s/d]. Disponível em: <https://www.unaids.org/es/topic/prevention>.

UNAIDS. **90-90-90 – Un ambicioso objetivo de tratamento para contribuir al fin de la epidemia de sida**. 08.10.2014. Disponível em: <https://www.unaids.org/es/resources/documents/2014/90-90-90>.

UNAIDS. **Ending AIDS Progress towards the 90–90–90 targets**. 2017a. Disponível em: <https://goo.gl/pmFqQB>.

UNAIDS. **Confronting discrimination Overcoming HIV – related stigma and discrimination in healthcare settings and beyond**. 2017b. Disponível em:

[https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/confronting-discrimination\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_en.pdf).

UNAIDS. **Acción rápida y derechos humanos –Avanzando en materia de derechos humanos para acelerar la respuesta frente al VIH.** 2017c. Disponível em: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/jc2895\\_fast-track-human-rights\\_es.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc2895_fast-track-human-rights_es.pdf).

UNAIDS. **Las nuevas infecciones por el VIH están creciendo en Latinoamérica, donde los grupos de población clave son los más afectados.** 14.10.2019a. Disponível em: [https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2019/october/20191014\\_latin-america](https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2019/october/20191014_latin-america).

UNAIDS. **La prevención del VIH vuelve a ocupar un lugar central en el orgullo LGBTI de Brasil.** 17.10.2019b. Disponível em: [https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2019/october/20191017\\_almir-nascimento-brazil](https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2019/october/20191017_almir-nascimento-brazil).

UNAIDS. **Data 2019.** 2019c. Disponível em: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/unaids-data-2018\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaids-data-2018_en.pdf).

UNAIDS. **Mais de 64% das pessoas que vivem com HIV no Brasil sofreram discriminação.** 11.12.2019d. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/mais-de-64-das-pessoas-que-vivem-com-hiv-no-brasil-sofreram-discriminacao>.

UNESCO. **Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade: uma abordagem baseada em evidências para escolas, professores e educadores em saúde** (Volume 1: Razões em Favor da Educação em Sexualidade). Junho 2010. Disponível em: [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000183281\\_por](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000183281_por).

UNESCO. **Relatório de Monitoramento Global da Educação – 2018: Relatório Conciso de Gênero – Cumprir nossos Compromissos com a Igualdade de Gênero na Educação 2018.** Paris, 2018.

UNIÃO EUROPEIA. **Agravamento das epidemias de VIH, tuberculose e hepatite C na Europa – Resolução do Parlamento Europeu, de 5 de julho de 2017, sobre a resposta da UE ao VIH/SIDA, à tuberculose e à hepatite C (2017/2576(RSP)) (2018/C 334/11).** Jornal Oficial da União Europeia, 19.09.2018. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52017IP0301&from=ES>.

VERAS, Maria Amélia. Sexo em tempos de prevenção antirretroviral. *In*: LEITE, Vanessa; TERTO JR., Veriano; PARKER, Richard (orgs.). **Dimensões Sociais e Políticas da Prevenção**. RJ: ABIA, 2018, p. 82-86.

VIANA, Clara. No combate ao VIH, Portugal já atingiu uma das metas da ONU para 2020. **Público**, 30.05.2017. Disponível em: <https://goo.gl/DM3koP>.

VIEIRA, Fabíola S.; BENEVIDES, Rodrigo P. de Sá e. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v. 10, n. 3, p. 1-28, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21057/repam.v10i3.21860>.

VIEIRA, Marcela; MACHADO, Eloísa (orgs.). **Acesso a medicamentos: audiência pública sobre saúde**. Rio de Janeiro: ABIA, 2009.

VICENTE, Joana; ROUXINOL, Milena. Em Torno do VIH/SIDA: subsídios para uma cultura laboral de saúde e justiça. *In*: SIDANET; ASSOCIAÇÃO LUSÓFONA. **A Infecção VIH e o Direito - HIV-AIDS: virtual congress**. Santarém: Imprime, Unipessoal, fevereiro 2010, p. 15-26.

WEISSHEIMER, Marco. RS vive epidemia generalizada de AIDS e lidera estatísticas de mortalidade pela doença no país. **Sul** 21, 25.08.2019. Disponível em: <https://www.sul21.com.br/ultimas-noticias/geral/2019/08/rs-vive-epidemia-generalizada-de-aids-e-lidera-estatisticas-de-mortalidade-pela-doenca-no-pais>.

ZANETTA, D. N. T. HIV Infection and Related Risk Behaviors in a Disadvantaged Youth Institution of São Paulo, Brazil. **International Journal of STD & AIDS**, n. 10, p. 98-104, 1999.

A Editora Fi é especializada na editoração, publicação e divulgação de pesquisa acadêmica/científica das humanidades, sob acesso aberto, produzida em parceria das mais diversas instituições de ensino superior no Brasil. Conheça nosso catálogo e siga as páginas oficiais nas principais redes sociais para acompanhar novos lançamentos e eventos.



**[www.editorafi.org](http://www.editorafi.org)**  
**[contato@editorafi.org](mailto:contato@editorafi.org)**