

O Direito à Prevenção e os Desafios da Redução da Vulnerabilidade ao HIV no Brasil

Vera Paiva¹; Ligia Rivero Pupo¹¹; Renato Barboza¹¹

¹Núcleo de Estudos de Prevenção da Aids. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

¹¹Instituto de Saúde. Secretaria Estadual da Saúde. São Paulo, SP, Brasil

[Correspondência](#)

RESUMO

O estudo analisa a resposta brasileira em contraste com as metas estabelecidas para a prevenção do HIV/Aids pela UNGASS. Analisaram-se pesquisas nacionais, documentos e informações do Programa Nacional de DST/Aids e dos planos de ações e metas estaduais. O Brasil conta com vários programas de prevenção que atendem às metas da UNGASS propostas para 2005. Incluem o confronto do estigma e da discriminação, o estímulo ao teste anti-HIV, a distribuição de preservativos, a troca de seringas, a abordagem franca da sexualidade nas escolas, a prevenção entre trabalhadores do sexo e homossexuais e nos locais de trabalho, que resultaram no crescimento da testagem e do uso do preservativo masculino. Foram discutidos vários desafios: superar a descontinuidade das ações, especialmente junto a alguns grupos mais vulneráveis; capacitar equipes de prevenção; ampliar o monitoramento da qualidade e quantidade das ações de prevenção; superar as desigualdades regionais, de raça e de gênero. Concluiu-se que o direito à prevenção não é prioridade nas instâncias públicas de controle social ou nas agendas do movimento social, como tem sido o direito ao melhor tratamento dos portadores do HIV. Para ampliar a efetividade dessas ações, sugere-se compreendê-las e pactuá-las tendo como referência a promoção e garantia de direitos humanos, abrindo espaços para o debate ético-político no nível local e nacional.

Descritores: HIV. Síndrome de imunodeficiência adquirida, prevenção e controle. Doenças sexualmente transmissíveis, prevenção e controle. Sorodiagnóstico da Aids. Preservativos, provisão e distribuição. Direitos humanos. Revisão. Brasil.

INTRODUÇÃO

O acesso gratuito e universal aos anti-retrovirais (ARV) e à testagem anti-HIV no Brasil têm reduzido drasticamente a mortalidade e a morbidade por Aids e a transmissão vertical.⁸ Tal redução é resultante também do esforço em responder precocemente à epidemia, ao combate do estigma e discriminação, envolvendo a população em geral, organizações não-governamentais (ONG) e grupos historicamente mais vulneráveis.^{10,11}

Apesar de predominantemente católico, no Brasil abordam-se francamente temas sexuais na mídia e nas escolas. Além de distribuir milhões de preservativos, os programas governamentais de DST/Aids incluem projetos com trabalhadores do sexo, patrocinam a parada de orgulho gay (a maior do mundo, em São Paulo) e distribuem seringas para usuários de drogas injetáveis.

A análise crítica da resposta brasileira tem salientado a importância da integração entre prevenção, cuidado e tratamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como referência os direitos humanos.^{5,10,15,21} A referência dos direitos humanos permite analisar situações de vulnerabilidade ao HIV/Aids^{3,20} no plano individual, social e programático, levando em conta as relações de gênero e poder, sexismo e homofobia, racismo e pobreza; pode também orientar o planejamento, a organização e avaliação de serviços.

Nessa perspectiva, os indicadores de saúde têm sido apontados freqüentemente como índices da proteção, da promoção ou da violação de direitos humanos.²⁰ Exemplo disso é a incorporação da linguagem dos direitos humanos e da escolha informada nas definições normativas de saúde sexual.^{16,1} Contudo, o trabalho no campo dos direitos ainda sofre por ser *ad hoc*, setorial e reativo, quando deveria ser estratégico, multisetorial e pró-ativo.¹⁶

O esforço estratégico inaugurado em 2001, com a Declaração de Compromisso sobre HIV/Aids da Sessão Especial da Assembléia da Organização das Nações Unidas (ONU), conhecida como UNGASS, tem como referência as abordagens que relacionam saúde e direitos humanos.^{13,26} Esse compromisso estabeleceu indicadores e metas a serem monitorados pelos países signatários. O presente artigo se concentrou nos indicadores e metas números 49, 50, 52 e 53, sobre a prevenção do HIV/Aids no Brasil ([Tabela 1](#)). A primeira dificuldade desse esforço internacional é a polarização ideológica do debate sobre a prevenção, dando margem à restrição de direitos. Tomam-se decisões ignorando os resultados da avaliação científica rigorosa, como no caso da insistência nas fracassadas políticas "*abstinence-only*"² ou da rejeição às bem sucedidas estratégias de redução de danos entre usuários de drogas injetáveis.⁹

Nesse debate, por exemplo, os defensores da abstinência propõem o "diga não" (às drogas, ao sexo), baseados em valores (castidade, monogamia e "ignorância até o dia da primeira experiência") nem sempre compartilhados por outros cidadãos.

No Brasil e em vários países a segunda dificuldade é a falta de espaços consagrados para elaboração de "consensos nacionais", planejamentos de ações com base em teorias, definições e princípios pactuados.^{9,1}

A terceira dificuldade diz respeito à necessidade de considerar as políticas de saúde do País no contexto de descentralização do SUS, em consonância com os princípios da integralidade, equidade e universalidade. Sobretudo a partir de 2003, com a instituição da Política de Incentivo e do Plano de Ação e Metas (PAM),³ desenvolvidos conjuntamente com estados, municípios e ONG.¹⁰

O presente trabalho teve por objetivo analisar a resposta brasileira à epidemia de Aids em relação às metas estabelecidas para 2005 no capítulo sobre prevenção da "Declaração de Compromisso sobre HIV e Aids das Nações Unidas".

A partir de documentos de gestão do Programa Nacional DST/Aids do Ministério da Saúde (PN-DST/Aids), informações disponibilizadas por membros da equipe técnica ou consultadas no *site* desta instituição.⁴ Foram analisados: o aconselhamento e a oferta do teste anti-HIV, a educação para sexualidade entre jovens, o acesso a preservativos masculinos e femininos, o controle das DST, a prevenção com usuários de drogas injetáveis e em locais de trabalho ([Tabela 1](#)).

Além disso, foram analisados os PAM para DST/Aids de 2003 e 2004 dos estados do Rio Grande do Sul, São Paulo, Pará, Pernambuco e Mato Grosso do Sul. O critério de escolha dos estados baseou-se na seleção dos 100 municípios com maior

incidência de Aids no Estado, como representante de cada região administrativa do País, segundo os casos notificados até 2003.⁷

As ações programáticas planejadas e implementadas pelos PAM para a prevenção das DST/Aids foram identificadas e categorizadas visando a observar o processo de descentralização do SUS.

PLANOS DE AÇÕES E METAS

Os cinco Estados estudados planejaram ações de prevenção no biênio 2003-2004, destinadas às populações consideradas mais vulneráveis. Chamou atenção a existência de programas estaduais sem equipe de prevenção (2/5) ou com equipe de uma pessoa só (1/5). Observou-se a descontinuidade das ações preventivas para povos indígenas, caminhoneiros, assentados, idosos, militares e trabalhadores de indústrias e empresas. A população mais citada na alocação de recursos foi a de adolescentes escolarizados.

As ações de prevenção realizadas pelas coordenações estaduais concentraram-se em "ações-meio", principalmente na elaboração, produção e distribuição de materiais educativos, ou treinamento de profissionais da área de saúde que atuam na rede básica. Em relação às ações voltadas à ampliação do acesso da população ao teste para diagnóstico do HIV, sífilis e hepatites, observaram-se treinamentos para rede básica e a implantação de novos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) em municípios epidemiologicamente estratégicos nos estados do Pará e Pernambuco.

Todos os estados programaram ações inter-setoriais, priorizando as secretarias da Educação e da Justiça. Apenas em Pernambuco foi citada a parceria com Conselhos Tutelares. Apesar da agenda das coordenações estaduais indicar a incorporação de ações intersetoriais, nos PAM⁵ para 2003 e 2004 dos estados, não foram mencionadas atividades voltadas para os conselheiros municipais de saúde ou de educação, indicando baixa articulação entre gestores nos espaços de formulação, pactuação e controle social das políticas de saúde.

As informações referentes ao monitoramento e avaliação das ações programáticas no âmbito estadual nem sempre estão disponíveis de forma organizada e sistematizada, dificultando a avaliação da gestão política das DST/Aids pelas secretarias estaduais. Tal fato indica desarticulação entre o processo de produção dessas informações e a tomada de decisão na condução da política estadual de DST/Aids, podendo dificultar maior assertividade e efetividade dos processos de negociação política nos municípios e conselhos de saúde, nos fóruns interinstitucionais com setores externos à área da saúde, e nas ONG.

Acesso a preservativos

A política para ampliação do acesso ao preservativo masculino no País baseia-se na definição de responsabilidades envolvendo a alocação de recursos financeiros pelas esferas nacional, estadual e municipal de gestão.

A distribuição de preservativos masculinos pelo governo brasileiro foi ampliada de 13 milhões de unidades distribuídas em 1994, para 260 milhões em 2003.⁶ Entre 2004 e 2005, houve queda significativa no número de preservativos distribuídos pelo Ministério da Saúde, atribuída a problemas operacionais. Entre eles, destacam-

se os entraves administrativos e legais que tornam moroso o processo de certificação dos preservativos adquiridos em compras internacionais, com base em legislação para certificação mais rigorosa que em outros países. Não foi possível obter informações sobre o cumprimento dos acordos da política nacional de preservativos nos estados.

O acesso ao preservativo masculino no País tem sido monitorado em várias pesquisas nacionais^{6,24,25,7,8} que revelam aumento do uso do preservativo na população brasileira. Entre 1998 e 2005, o uso de preservativo aumentou significativamente em todas as faixas etárias ([Tabela 2](#)). Na pesquisa realizada em 2005, observou-se que a adesão ao preservativo é maior entre as pessoas mais jovens com primeiro grau completo, e menor entre mulheres, homens negros e na região Centro-Oeste. A adesão mais baixa continua ocorrendo entre os analfabetos.⁹

Duas iniciativas positivas ocorreram paralelamente às metas da UNGASS: a construção de uma fábrica nacional de preservativos masculinos no Acre (em curso) e a distribuição de quatro milhões de unidades de preservativos femininos pelo governo federal, até o ano de 2004 em todo País. O Brasil é um dos principais compradores da produção mundial deste insumo.

Sobre os jovens

A proporção de jovens menores de 20 anos que iniciaram a vida sexual usando preservativo masculino aumentou de 47,8% em 1998 para 65,8% em 2005, proporção maior entre os rapazes ([Tabela 3](#)).

Tabela 3 - Percentagem de jovens que já tiveram relação sexual, usaram preservativo na 1ª relação, por faixa etária e sexo, 1998 e 2005.

Variável Ano da pesquisa	Homens		Mulheres	
	1998	2005	1998	2005
Sexualmente ativos				
16- 19 anos	67,8	67,4	54,3	55,2
20- 24 anos	97,6	92,4	86,5	84,7
Usaram preservativo na 1ª relação sexual				
16- 19 anos	45,1	68,3	51,0	62,5
20- 24 anos	44,0	57,5	30,0	52,4

Fonte: Berquó E. Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre o HIV/Aids [apresentação]. Brasília (DF): Programa Nacional de DST e Aids; 2005.

Pesquisa nacional realizada em 2004²⁵ indicou que 57,3 dos jovens de 15-24 anos usaram preservativo na última relação sexual, 58,5% sempre usaram preservativo com parceiro casual, e 38,8% usaram esse método com parceiro fixo.

Outra pesquisa¹⁰ indicou que 60,2% das escolas do País têm ações de prevenção das DST/Aids. No ensino médio a cobertura chega a 96,2% das escolas, em contraste com o ensino infantil e fundamental. Apenas 29,7% destes estabelecimentos desenvolvem atividades de prevenção, com baixo número de professores capacitados sobre o tema: 62,4% nas escolas de nível médio e 29,3% no ensino fundamental.

Desde agosto de 2003, os Ministérios da Saúde e da Educação têm buscado articular as ações de prevenção das DST/Aids e incluir a disponibilidade de preservativos para alunos a partir dos 14 anos de idade.¹¹ O Censo Escolar indicou que 9,1% das escolas disponibilizaram preservativos para seus alunos.

Outro estudo¹² com os Programas Municipais de DST/Aids investigou a implementação do projeto descrito acima e indicou que 67,5% das Secretarias Municipais de Saúde alocaram recursos para a prevenção na rede de ensino em seus PAM. Apesar de 88,4% dos programas municipais referirem ações de prevenção em parceria com a educação, a maioria não repassa preservativos para as escolas do seu município (88,3%). A falta de recursos humanos é um dos principais motivos indicados pelos programas municipais para a não realização de ações preventivas com jovens nas escolas, sendo que 35% alegam não possuírem quadro técnico preparado para a execução dessas ações.

A disponibilidade de preservativos nas escolas ainda é baixa no País. Os alunos beneficiados são prioritariamente do ensino médio, apesar de existirem alunos na faixa etária acima de 14 anos no ensino fundamental. Quanto ao tipo de ação executada, 96% dos programas municipais concentram suas ações na distribuição de material educativo para as escolas, 95% na realização de palestras, 71% na capacitação de professores e 68% na realização de oficinas de prevenção,¹² os mesmos tipos de ações encontrados em 1999.¹³

O foco em informação e palestras, apesar de necessário, é insuficiente para a promoção do sexo mais seguro e fortalecimento dos jovens como sujeitos de sua sexualidade, o que depende de espaço para a participação efetiva dos alunos, como prevê a meta 53 da UNGASS. O grupo dos jovens de 15-24 anos foi o grupo etário que proporcionalmente menos identificou corretamente as formas de transmissão do HIV em outra pesquisa (62%, comparados com 71% dos adultos de 25-39 anos e 67,1 dos adultos de mais de 40 anos).^{25,7}

Em relação aos jovens não vinculados formalmente à rede de ensino, em 2005 o PN-DST/Aids iniciou projetos-piloto de prevenção com meninos e meninas que vivem em situação de rua, realizados nas capitais e regiões metropolitanas do País com maior número de crianças e adolescentes nesta situação. Além disso, regulamentou-se a atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei em regime de internação e internação provisória, que inclui os componentes de prevenção e assistência a DST/Aids.

Oferta de teste anti-HIV e aconselhamento

O percentual de pessoas testadas cresceu significativamente nos últimos anos, passando de 20% em 1998 para 32,9% em 2005.¹⁴ Contudo, a maior parte da população testada é composta por mulheres de 25 a 39 anos ([Tabela 4](#)), proporção explicada pela incorporação do teste anti-HIV na rotina do pré-natal. Estes dados revelam um avanço importante no acesso da população feminina ao diagnóstico precoce do HIV/Aids,^{7,15} mas também sugerem que os homens não estão sendo atingidos pelo esforço. Mulheres não gestantes provavelmente também não têm se beneficiado dessa política. Observam-se desigualdades segundo nível de escolaridade, regionais e raciais no País. Os homens negros são os menos testados desde o final da década de 1990 (22 % em 98 e 26% em 2005).

Tabela 4 - Percentagem de realização de teste para o HIV, segundo sexo, faixa etária, região do País, cor da pele, em 1998 e 2005.

Variável Pesquisa	Homens		Mulheres	
	1998	2005	1998	2005
Faixa Etária				
16-25 anos	18,7	14,6	14,8	38,8
26- 40 anos	39,1	39,4	21,1	48,5
41-55 anos	23,2	30,9	9,7	28,5
56-65 anos	3,4	21,8	1,0	12,2
Região				
Norte	15,6	18,0	4,4	19,6
Centro-Oeste	29,5	39,2	10,6	34,0
Sul	29,7	29,6	20,4	40,6
Cor				
Branca	30,0	29,6	15,9	40,5
Negra	22,6	26,4	14,1	31,5

Fonte: Berquó E, Koyama M. Notas preliminares sobre o teste do HIV e seus diferenciais por sexo, idade, escolaridade, raça, e região. Análise comparativa entre 1998 e 2005. São Paulo: CEBRAP; 2005.

Atualmente existem 322 CTA no País e o processo de descentralização do diagnóstico do HIV para a rede básica de saúde está em curso, impulsionado pela campanha "Fique Sabendo", lançada em 2003 pelo governo federal,¹⁶ aumentou em 30% a procura pelo teste anti-HIV.¹⁵ Contudo, como a política de Aids no Brasil se desenvolveu a partir de serviços de assistência especializada à Aids (tais como os Centros de Referência de DST/Aids e os CTA), a incorporação de ações relacionadas ao HIV/Aids na rede básica de saúde tem sido lenta e gradual. A testagem anti-HIV é considerada um procedimento de difícil incorporação à rotina pelos técnicos da rede básica e o aconselhamento não é fundamentado teoricamente, dificultando sua necessária ampliação.

Pesquisas recentes, de base populacional ou com pessoas vivendo com HIV têm indicado que o aconselhamento é pouco valorizado como espaço estratégico para a prevenção.^{14,22}

Local de trabalho

Não existem dados sobre o número de empresas de grande porte que possuem programas de prevenção, conforme solicitado no indicador proposto pela UNGASS. No Brasil a prevenção em locais de trabalho ocorre desde o final dos anos 80 e há instrumentos para proteção dos direitos dos trabalhadores afetados pela epidemia, criados pelo governo federal.¹⁷

Apesar dos avanços na legislação,¹⁸ questões relacionadas ao trabalho são a segunda causa mais freqüente de violação dos direitos de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. O uso indevido de teste anti-HIV para admissão em emprego, ilegal, responde por 7,8% dos testes realizados no País.

A partir de 1997, o PN-DST/Aids instituiu o Conselho Empresarial Nacional, que reúne 25 grandes empresas, com o objetivo de mobilizar o setor para a prevenção do HIV/Aids. Desde 2005, esses Conselhos estão sendo descentralizados para o âmbito estadual. Porém, as estratégias de prevenção direcionadas para as empresas que integram esses Conselhos não atingem os trabalhadores mais

vulneráveis (desempregados, aqueles com menor escolaridade, vinculados à economia informal/subempregos).

Nos últimos anos, os programas de DST/Aids têm intensificado parcerias com centrais sindicais e serviços sociais do comércio, indústria e transporte para desenvolver ações voltadas para a capacitação e execução de projetos de prevenção. Esses serviços, com a missão de educar, formar e qualificar indivíduos para a re-inserção no mercado de trabalho, visam os trabalhadores mais vulneráveis. Contudo, tais iniciativas ainda apresentam baixa cobertura no país, tendo sido realizadas por meio de projetos pontuais e descontínuos.

Redução de danos entre usuários de drogas injetáveis (UDI)

Estudos realizados entre os conscritos^{17,24} indicaram prevalência de 0,2% de HIV entre os UDI da amostra. Considerando os tamanhos relativos das populações de UDI, foi possível estimar as taxas de incidência que apresentou sinais de declínio.⁷ Tal redução tem sido atribuída ao aumento do uso de crack, e ao óbito dos usuários.^{1,4,12} Vários estudos^{13,19} indicaram, porém, crescimento significativo do percentual de UDI que não compartilhavam seringas, chegando a 76% em 1999, demonstrando a efetividade das ações de redução de danos realizadas no País.

A estratégia de redução de danos adotada pelo Ministério da Saúde desde 1994 se fortaleceu ao longo dos anos.¹³ As ações de redução de danos foram ampliadas, incluindo não apenas UDI, mas também usuários de crack e álcool. No ano 2000, a estratégia foi incorporada à Política Nacional Antidrogas, e em 2005 foi regulamentada pelo governo federal, visando a atender UDI, incorporando a troca de seringas em serviços da rede pública de saúde do País para reduzir a incidência de HIV e hepatites nesta população. Cinco estados e nove municípios das regiões Sul e Sudeste, com maior Índice de Desenvolvimento Humano, possuem atualmente lei específica para redução de danos. Este fato representa um avanço no fortalecimento e incentivo de políticas de prevenção, mas também evidencia desigualdades regionais.

A descentralização dos programas de prevenção em curso no País deslocou para os estados e municípios a responsabilidade pela execução e acompanhamento destas ações. Foram identificados 134 projetos de prevenção às DST/Aids com usuários de drogas no País,¹² contudo, o PN-DST/Aids dispõe de informações apenas sobre os 38 projetos para usuários de drogas que financia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos avanços puderam ser observados na direção das metas propostas para 2005. O Brasil conta com uma vasta série de programas de prevenção, dedicados aos grupos e situações previstas nas metas 49, 52 e 53. A redução da transmissão vertical, o aumento da testagem e o crescimento do uso da camisinha são resultados importantes no plano da diminuição da vulnerabilidade individual ao HIV/Aids.^{6,9,25,8}

No plano programático, é visível o esforço de integração das ações de prevenção às DST/Aids na rede básica de saúde, resultado da política de descentralização do SUS. O PN-DST/Aids tem patrocinado estudos descritivos e sistemas para o monitoramento da gestão das ações programadas, atitudes, comportamentos e práticas dos brasileiros. São raríssimos, entretanto, os estudos que avaliam

estratégias e práticas de prevenção.^{10.1} A literatura latino-americana disponibiliza a descrição densa de poucos programas e projetos, muito localizados.⁹

O diálogo com a ética e os valores culturais locais, previsto na meta 52, depende do modo como essas iniciativas se realizam; se grupos com valores mais ou menos tradicionais estão sendo contemplados e se minorias são consideradas, desde o desenho até a validação dos resultados. Homens e mulheres realizam (ou não) seus desejos e intenções nos limites do seu contexto social e cultural e de suas opções morais, para além do que a tecno-ciência pode justificar e intervir. A maioria das ações de prevenção tem algum impacto (ou nenhum) no plano cultural e simbólico, e não diretamente nas condutas individuais; quando conseguem promover mudanças importantes, programas podem afetar outros programas, inovar cenários culturais, e modificar atitudes e práticas.²⁰ Os programas de prevenção têm, portanto, um "tempo" longo de maturação.

Restam, portanto, muitos desafios:

- a) A descontinuidade das ações e a falta de profissionais capacitados atravessam todos os temas abordados no presente trabalho, seja no ambiente escolar ou no espaço laboral. Isso dificulta a renovação necessária para dar conta das novas gerações que amadurecem sucessivamente para a vida sexual e reprodutiva, bem como das inúmeras dimensões subjetivas, culturais e sociais locais, que se alteram historicamente e seguem construindo comportamento de indivíduos e grupos.
- b) Não se tem informação sobre os processos que permitem observar e analisar a qualidade das ações governamentais da prevenção, nem interpretar as mudanças no plano individual e coletivo. O foco na informação e, principalmente qual informação é valorizada, deve ser questionado, assim como as abordagens "panfletárias" ("pregação + folheto").
- c) Nem sempre o aconselhamento é um momento democrático de discussão personalizada sobre dúvidas, riscos, atitudes e contextos sociais; muitas vezes é prática de saúde ignorada, banalizada ou realizada sem fundamentação teórica nos serviços especializados ou na rede básica.
- d) Os dados disponíveis sobre a situação das DST no País não permitem o conhecimento da porcentagem de pacientes diagnosticados e tratados adequadamente nos serviços de saúde, conforme solicitado no indicador da UNGASS. Não há informações sobre o número de municípios, serviços e profissionais capacitados para a abordagem sindrômica e etiológica em DST. Observou-se pouca ênfase nas ações para o diagnóstico e tratamento das DST nos PAM. As dificuldades no controle das DST no Brasil contrastam com a bem sucedida adesão aos ARV e merecem uma agenda específica de pesquisa, que apenas muito recentemente tem sido estimulada.
- e) Não se tem registro de trabalhos junto a populações migrantes e itinerantes, previsto na meta 50.
- f) Não se tem informação sobre as ações desenvolvidas no setor privado (educação, saúde e empresas não organizadas no Conselho Empresarial), nem iniciativas para regulação e monitoramento deste setor, previstas nas metas da UNGASS.
- g) As informações disponíveis sobre as atividades da prevenção são insuficientes e as tomadas de decisão pelos gestores nas diferentes esferas governamentais são por vezes contraditórias, tornando precário o monitoramento das ações. Se a descentralização é desejável, por outro lado desafia o monitoramento e o controle social, princípio do SUS.

São várias as iniciativas no plano da vulnerabilidade social e intervenções (leis, portarias e decretos) para legitimar as decisões programáticas. Iniciativas

importantes no campo da diminuição do estigma e discriminação, como o apoio à proteção de direitos sexuais, são emblemáticos da resposta brasileira; mas infelizmente homossexuais, transgêneros e trabalhadores do sexo não estão incluídos nos indicadores e metas da UNGASS. Por outro lado, mesmo que os programas adotem o referencial da vulnerabilidade e dos direitos humanos, alguns grupos continuam sistematicamente mais desprotegidos. Neste plano da vulnerabilidade social permanecem desafios como:

- a) A diminuição das desigualdades regionais, de raça, faixa etária e de gênero apontadas, também presentes em outros países da América Latina.⁹ A desigualdade se estende à falta de apoio a metodologias inovadoras de pesquisa para monitorar e acompanhar ações junto a populações de difícil acesso, mas de grande vulnerabilidade ao HIV/Aids: homossexuais, UDI, trabalhadores do sexo.
- b) Ampliação das iniciativas de monitoramento de atos concretos de estigma e discriminação no ambiente de trabalho ou nos serviços especializados de Aids, especialmente dos direitos reprodutivos dos portadores e jovens.^{3,18}
- c) A priorização das iniciativas de prevenção junto aos jovens, escolarizados em relação aos não escolarizados, estudantes do ensino médio em relação aos do ensino fundamental, evidenciam que as ações preventivas aumentam a vulnerabilidade de alguns grupos. Sabemos que os alunos que chegam ao ensino médio compõem justamente o grupo de jovens brasileiros mais protegidos na atividade sexual.²⁰
- d) Ampliação do monitoramento das ações preventivas desagregado por raça/etnia, conferindo maior visibilidade às desigualdades raciais. Vale notar que o tema do Dia Mundial da Aids no Brasil em 2005, focalizou a questão racial.

Prevenção como direito

O contraste entre os achados do presente trabalho e as metas da UNGASS confirmou que inicialmente se organiza a assistência e depois a prevenção.⁹ O movimento social no Brasil, fundamental para a construção da resposta à Aids, começou lutando pelo acesso à assistência de boa qualidade aos portadores e, nos anos 90, pelo direito ao tratamento. No entanto, o direito à prevenção ainda está pouco pautado nas agendas do movimento social e nas instâncias colegiadas de controle social. Ou seja, há pouco ativismo pelo "*direito à prevenção*": a mobilização pelo *acesso aos insumos de prevenção* (preservativos, seringas), pelo *acesso à informação*, à *educação* ou ao *aconselhamento de qualidade*; mesmo onde a interface com a assistência é maior, como no caso do *acesso ao tratamento de qualidade das DST, da saúde sexual e reprodutiva*, ou à *prevenção da transmissão vertical*.

A escassez de documentos de gestão das Secretarias estaduais e de pesquisas recentes sobre algumas temáticas analisadas dificultou uma análise mais aprofundada de metas indicadas no capítulo "Prevenção" da Declaração. Criar condições para um monitoramento pela rede de organizações da sociedade civil em nível local, mas capaz de articular uma análise nacional, é um grande desafio. Acredita-se que o referencial dos direitos humanos utilizado no presente texto, exemplificado na [Tabela 5](#), pode ser útil nessa direção.

Conseguir mudanças no campo da prevenção também dependerá do ritmo necessário ao processo de tomada de decisões em nível local. Pactuar a prevenção a partir da garantia de direitos é mais plausível do que tentar chegar a um consenso sobre valores, por exemplo. Definir a prevenção como um direito permite avançar das concepções "bancárias" que entendem o participante dos programas de prevenção como "consumidor" de receitas e valores pré-definidos de como se

comportar, para uma relação dialógica que inclua sujeitos, considerando seus valores e contextos socioculturais.¹⁹ As concepções bancárias, por exemplo, afastam do diálogo a menina-que-quer-casar-virgem e se incomoda com a demonstração do uso da camisinha colocada num pênis de borracha em oficinas de sexo seguro, mas é infectada pelo seu único parceiro depois do casamento; ou abandonam o jovem que, sem receber a informação sobre como se prevenir em contextos homossexuais, viverá sua homossexualidade desprotegida e sem informação.

A análise crítica de programas de prevenção pode se beneficiar do potencial global e local dos direitos humanos.²³ Na perspectiva do direito à prevenção, o participante da ação preventiva não é objeto de técnicas de modificação de comportamento ou de persuasão pelo marketing. É um portador de direitos, sujeito-cidadão que pode eventualmente propor direitos (por exemplo, fertilização assistida para portadores do HIV, distribuição de preservativos na escola). A linguagem dos direitos facilita a continuidade e a inovação permanente. O consenso é mais sustentável onde acordos entre visões distintas de mundo possam ser feitos, sem coação e, onde estas visões possam ser compartilhadas, compreendidas e levadas em consideração nas possíveis soluções encontradas.²

Assim, as lições aprendidas em esforços de longo prazo, sujeitas a revisão a cada eleição ou mudança de equipe, ficarão menos frágeis diante do debate abertamente ético-político com referência nos direitos humanos. A interação e comunicação nessa perspectiva permitem que os valores, significados e sentidos – individuais ou de grupo –, encontrem espaço de expressão e debate; que diante das diversas opções e condições de vida, reconheçamos o impacto da desigualdade e o direito à diferença nas ações de proteção à infecção pelo HIV.

AGRADECIMENTOS

Aos técnicos do Programa Nacional de DST/Aids e dos programas estaduais de São Paulo, Pernambuco e Rio Grande do Sul, pelo fornecimento dos materiais e informações utilizadas; aos pesquisadores e aos representantes da sociedade civil e organizações não-governamentais que participaram do seminário "Monitoramento e Avaliação do cumprimento das Metas e Compromissos contidos na Declaração de Compromisso sobre HIV e Aids das Nações Unidas", São Paulo, 21 e 22/11/2005.

REFERÊNCIAS

1. Andrade T, Lurie P, Medina MG, Anderson K, Dourado I. The opening of South America's first needle exchange program and an epidemics of crack use in Salvador, Bahia, Brazil. San Diego, California. *AIDS & Behavior*. 2001;5:51-64.
2. Aragão L. Habermas: filósofo e sociólogo do nosso tempo. São Paulo: Tempo Brasileiro; 2002.
3. Ayres JR, Paiva V, Franca Jr I, Gravato N, Lacerda R, Della Negra M et al. Vulnerability, Human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. *Am J Public Health*. 2006;31

4. Bastos FI, Bongertz V, Morgado MG, Hacker MA, Teixeira SL. Is human immunodeficiency virus/ acquired immunodeficiency syndrome decreasing among brazilian injection drug users? Recent findings and how to interpret them. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2005;100(1):91-96.
5. Berkman A, Garcia J, Munoz-Laboy M, Paiva V, Parker R. A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: lessons for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. *Am J Public Health*. 2005;95:1162-72.
6. Berquó E, coordenador. In: Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional DST e Aids; 2000. [Série Avaliação nº 4]
7. Boletim Epidemiológico. Ministério da Saúde. Programa Nacional DST/Aids. Brasília (DF); 2004;16(1).
8. Brito AM, Sousa JL, Luna CF, Dourado MI. Tendência da transmissão vertical de Aids após a terapia anti-retroviral no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(Supl):18-22.
9. Cáceres C. Intervenciones para la prevencion de VIH e ITS em América Latina y Caribe: uma revision de la experiênciã regional. [Interventions for HIV/STD prevention in Latin América and the Caribbean: a review of the regional experience]. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(6):1468-85.
10. Camargo Jr KR. Prevenção do HIV: desafios múltiplos [HIV prevention: multiple challenges]. *Divulgação Saúde Debate*. 2003;70-80:204-14.
11. Chequer P, Marins JRP, Possas C, Valero JDA, Bastos FI, Hearst N. AIDS research in Brazil [Introduction]. *AIDS*. 2005;19(4):S1-S3.
12. Fonseca ME, Ribeiro JM, Bertoni N, Bastos FI. Os programas de redução de danos ao uso de drogas no Brasil: caracterização preliminar de 45 programas. *Cad Saúde Pública*. 2006;2(4):761-70.
13. Gruskin S, Tarantola D. Health and human rights. In: Gruskin S, Grodin MA, Annas GJ, Marks SP, editors. Perspectives on health and human rights. London/New York: Routledge; 2005. p. 3-58.
14. Marques H, Latorre MR, Negra MD, Pluciennik A, Segurado A, Ayres JR, Buchala CM, França Jr I, Paiva V. Falhas na identificação da infecção pelo HIV durante a gravidez no Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(3):385-92.
15. Mesquita F, Doneda D, Gandolfi D, Nemes MIB, Andrade T, Bueno D, Piconez-Trigueiros D. Brazilian Response to the Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome Epidemic among Injection Drug Users. *Clin Infect Dis*. 2003;37:S382-S5.
16. Miller AM, Vance C. Sexuality, human rights and health. *Health Human Rights*. 2004;7(2):5-15.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Pesquisa entre os Conscritos do Exército Brasileiro, 1996-2000: retratos do comportamento de risco do jovem brasileiro a infecção pelo HIV.

Brasília (DF): Ministério da Saúde, CN DST/Aids; 2002. [Serie Estudos Pesquisas e Avaliação nº 2]

18. Paiva V, Segurado A, Felipe EV, Santos N, Lima TN. Sem direito de amar? A vontade de ter filhos entre homens (e mulheres) vivendo com o HIV. *Rev Psicologia USP*. 2002;13:105-34.

19. Paiva V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/Aids e o processo de emancipação psicossocial. *Interface*. 2002;6(11):25-38.

20. Paiva V. Analysing sexual experiences through 'scenes': a framework for the evaluation of sexuality education. *Sex Educ*. 2005;5(4):345-59.

21. Paiva V. Beyond magic solutions: prevention of HIV and AIDS as a process of Psychosocial Emancipation. *Divulg Saúde Debate*. 2003;27:192-203.

22. Segurado A, Latorre MR, Pluciennik A, França Jr I, Ayres JRCM, Marques H, Lacerda R, Gravato N, Miranda S, Paiva V. Evaluation of the care of women living with HIV/AIDS. *AIDS Patient Care STDs*. 2003;17(2):85-94.

23. Souza Santos B. In: Reconhecer para libertar. Os caminhos do cosmopolitismo multi-cultural. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.

24. Szwarcwald CL, Castilho EA, Barbosa Jr A, Gomes MRO, Costa EAM, Malett BV, Carvalho RF, Oliveira SR, Chequer P. Comportamento de risco dos conscritos do Exército Brasileiro, 1998: uma apreciação da infecção pelo HIV segundo diferenciais socioeconômicos. *Cad Saúde Pública*. 2000;16 Supl 1:113-28.

25. Szwarcwald CL, Barbosa-Junior A, Pacom AR, Souza-Jr PR. Knowledge, practices and behaviors related to HIV transmission among the Brazilian population in the 14-54 years age group, 2004. *AIDS*. 2005;19(Suppl 4):S42-S50.

26. Unaid. Organização das Nações Unidas. Declaração de Ccompromisso sobre o VIH/SIDA. Sessão extraordinária da Assembléia Geral sobre o VIH/SIDA. Portugal, 25-27 de junho de 2001.

 **Correspondência:**

Vera Paiva
Núcleo de Estudos de Prevenção da Aids
Instituto de Psicologia - USP
Av. Prof. Mello Moraes, 1721
05508-030 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: veroca@usp.br

Recebido: 12/4/2006.

Financiado pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo e pela Fundação Ford.

- 1 Paiva V, Ayres JRCM, Franca-Jr I. Expanding the flexibility of normative patterns in youth sexuality and prevention programs. *Sexuality Research & Social Policy. J NCRC*. 2004;1(1). Disponível em <http://nsrc.sfsu.edu> [acesso em 4 mai 2006]
- 2 Kirby D. Do Abstinence-Only Programs Delay the Initiation of Sex Among Young People and Reduce Teen Pregnancy? (EUA), 2002. Washington (DC): National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Disponível em https://www.teenpregnancy.org/resources/data/pdf/abstinence_eval.pdf [acesso em 10 fev 2006]
- 3 Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº 2.313, de 19/12/2002, Diário Oficial da União, Seção 1, nº 55, de 20/3/2003, instituindo Incentivo para estados, Distrito Federal e municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST. Disponível em <http://www.aids.gov.br/incentivo/> [acesso em 25 abr 2006]
- 4 Programa Nacional de DST e Aids. Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.aids.gov.br> [acesso em 25 abr 2006]
- 5 Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº 2.314, de 20/12/2002, Diário Oficial da União, Seção 1, nº 250, de 27/12/2002, aprovando a Norma Técnica - Incentivo HIV/Aids e outras DST - nº 01/2002. Disponível em <http://www.aids.gov.br/incentivo/> [acesso em 25 abr 2006]
- 6 Relatório Técnico apresentado na Reunião do Population Council.- Rapid Needs Assessment for Condom Programming: technical report (Brasil), 10 e 11 de março, 2003.
- 7 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Saúde/Programa Nacional de DST/Aids. Pesquisa sobre conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 54 anos- PECAP. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. Disponível em http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BF17DC2BC-C60E-4C6A-96BC-02371A870406%7D/PCAP_2004.pdf [acesso em 10 fev 2006]
- 8 Paiva V, Venturi G, França Jr I, Lopes F. Uso de preservativos. Pesquisa MS/IBOPE 2003. Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. Disponível em http://www.aids.gov.br/final/biblioteca_ibope/artigo_preservativo [acesso em 10 fev 2006]
- 9 Berquó E, Koyama M. Notas preliminares sobre o uso de preservativo entre pessoas sexualmente ativas nos últimos doze meses teste do HIV e seus diferenciais por sexo, idade, escolaridade, raça, e região. Análise comparativa entre 1998 e 2005. São Paulo: CEBRAP; 2005.
- 10 Ministério da Educação e Cultura. Censo Escolar, INEP. 2005. Dados não publicados.
- 11 Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. Dados não publicados.
- 12 Ministério da Saúde. Levantamento sobre o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, 2005. (relatório não publicado).
- 13 Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids/UNESCO. Levantamento nacional sobre prevenção de DST/Aids e de uso indevido de drogas em escolas. Série Avaliação 3; 2000. Disponível em <http://www.aids.gov.br/avalia3/home.htm> [acesso em 10 fev 2006]
- 14 Berquó E, Koyama M. Notas preliminares sobre o teste do HIV e seus diferenciais por sexo, idade, escolaridade, raça, e região. Análise comparativa entre 1998 e 2005. São Paulo: CEBRAP; 2005.
- 15 Ministério da Saúde. Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST/Aids. MONITORAIDS. Versão 1.0. Brasília (DF); dezembro 2005. Disponível em <http://www.aids.gov.br/monitoraids> [acesso em 10 fev 2006]
- 16 Informações sobre o "Fique Sabendo" estão disponíveis em <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISE77B47C8ITEMIDF6588EE5C95C42E0AF705B0395961E07PTBRIE.htm> [acesso em 25 abr 2006]
- 17 Ministério da Saúde. Legislação sobre DST e Aids no Brasil, Programa Nacional DST/Aids - Unidade de Articulação com a Sociedade Civil e Direitos Humanos (organizadores); 2000. Disponível em <http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/legislacao> [acesso em 15 abr 2006]

18 Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.359/92. Dispõe sobre o atendimento a portadores do vírus da Aids. Disponível em http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/legislacao/vol2_16.htm (14 of 18) [acesso em 15 abr 2006]

19 Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional DST/Aids. A Contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à Epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos. Brasília (DF); 2001. [Série Estudos Pesquisas e Avaliação nº 2]

20 Paiva V, Venturi G, França Jr I, Lopes F. Uso de preservativos. Pesquisa MS/IBOPE 2003. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. Disponível em http://www.aids.gov.br/final/biblioteca_ibope/artigo_preservativo [acesso em 10 fev 2006]

Fonte: *Rev. Saúde Pública*, abr. 2006, vol.40 supl, p.109-119.