

Carta

O panorama atual da estratégia da profilaxia pré-exposição (PrEP) no Brasil e os caminhos possíveis para busca da equidade em saúde

The current overview of the pre-exposure prophylaxis (PrEP) strategy in Brazil and the possible ways to pursue health equity

Maurício Polidoro¹
Bruno Kauss²
Richard Miskolci³
Daniel Canavese²

¹ Instituto Federal do Rio Grande do Sul

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul

³ Universidade Federal de São Paulo

A epidemia global de HIV/AIDS impulsionou os Estados-membros da Organização das Nações Unidas (ONU) a adotarem a Meta 90-90-90, por meio da qual se comprometeram a atingir, até 2020, 90% das pessoas com HIV diagnosticadas; 90% em tratamento antirretroviral e destas, 90% com a carga viral indetectável, o que impede a transmissibilidade do HIV¹. Estimava-se que, se cumpridas tais metas, a epidemia de HIV/Aids estaria extinta até 2030. A Meta 90-90-90 foi reforçada pela Declaração de Paris, um plano de ação voltado para as cidades, especialmente para a execução de políticas públicas em âmbito municipal. Enquanto a ciência e os discursos biomédicos afirmam cada vez mais que o “fim da Aids” está ao alcance, os pesquisadores de ciências sociais e saúde pública ressaltam a complexidade da epidemia e as barreiras que permanecem para alcançar esse objetivo². O otimismo com o fim da epidemia encontra como desafio a divergência entre a retórica biomédica e as diferentes realidades locais.

Na esteira das diretrizes internacionais, novos métodos de prevenção têm sido implementados pelos Estados nos sistemas de saúde, como é o caso da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP). Em linhas gerais, a PrEP consiste no uso diário de medicamentos antirretrovirais (ARV) por pessoas que não vivem com o HIV, a fim de impedir a infecção do vírus³.

A PrEP foi concebida na perspectiva da Prevenção Combinada, uma estratégia global de prevenção ao HIV e demais infecções sexualmente transmissíveis (IST), cujo intuito é o uso simultâneo de abordagens biomédicas, comportamentais e programáticas, a fim de potencializar as respostas à epidemia de HIV/Aids. Nesse sentido, constatou-se que abordagens prescritivas, baseadas no estímulo ao uso de um único método preventivo, já não são mais suficientes como forma de prevenir o HIV e demais IST.

No Brasil, estudos demonstrativos antecederam a incorporação da estratégia no Sistema Único de Saúde (SUS). Estas pesquisas foram realizadas partindo do pressuposto de eficácia do uso de antirretrovirais na prevenção ao HIV e da potencialidade de PrEP associada à noção de prevenção combinada na saúde pública^{4,5}. Dados epidemiológicos também influenciaram a

incorporação da estratégia no Brasil. A Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira, realizada em 2013, revelou que, ainda que uma parte significativa da população percebesse os preservativos penianos e vaginais como a “melhor forma de prevenção”, uma parte significativa não fez o uso dos mesmos no último ano⁶. Nesse sentido, a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) defende, desde 2015, a disponibilização de PrEP no SUS como um método complementar importante para atender às situações de alta exposição sexual de risco ao HIV⁷.

Em dezembro de 2017 a PrEP foi oficialmente implantada pelo Ministério da Saúde e passou a ser ofertada exclusivamente no SUS. Inicialmente, parcela das capitais brasileiras e alguns municípios médios foram contemplados com a oferta da estratégia. Quando incorporada ao SUS, alguns municípios já contavam com a disponibilização do método, por meio dos estudos demonstrativos anteriormente realizados.

O protocolo brasileiro de PrEP elegeu determinadas populações como prioritárias no acesso à estratégia, à luz do conceito de vigilância em saúde e das vulnerabilidades. Denominadas “populações-chave”, a oferta restringiu-se para homens gays, travestis e transexuais, as pessoas que atuam como trabalhadores(as) do sexo, o grupo comumente utilizado pela Epidemiologia como homens que fazem sexo com outros homens (HsH), os casais sorodiferentes e em situações relacionadas ao planejamento reprodutivo. Além disso, o protocolo ressaltou a necessidade em implementar a estratégia numa abordagem de prevenção combinada, respeitando as necessidades e realidades de cada sujeito⁷.

A estratégia, neste sentido, alinha-se a um paradigma individual do cuidado em saúde, alinhado com a compreensão de teóricos norte americanos sobre promoção de saúde, que não é originário da PrEP mas que, todavia, se amplia desde então na esteira de uma perspectiva de “sexo mais seguro”. Todavia, deve-se salientar que a chegada da PrEP ao Brasil ocorre após anos de redução das campanhas públicas de prevenção e do aumento da prevalência do HIV entre jovens. As barreiras históricas de acesso à saúde das populações-alvo da PrEP, neste sentido, podem ser compreendidas como mecanismos estratégicos de necropolítica⁹ que contam como uma solução técnico-medicamentosa baseada na responsabilidade do indivíduo. Assim, tal estratégia pode vir a substituir a compreensão coletiva baseada nos determinantes sociais de saúde, cujas iniquidades se estruturam também das desigualdades de gênero¹⁰, orientação sexual¹¹ e raça/etnia¹².

No âmbito desta breve contextualização, esta carta apresenta uma reflexão sobre os dois primeiros anos da estratégia da PrEP no SUS no Brasil. É importante ressaltar que, embora a estratégia tenha sido implementada apenas em 2017, desde 2013 estudos demonstrativos como a PrEP Brasil e o Combina! subsidiaram e contribuíram para a materialização da estratégia. Esta carta, todavia, avalia apenas o período oficial de implementação pelo SUS, de 2017 a agosto de 2019. Partimos da ideia central em que o conceito de equidade e das políticas de equidade em saúde devem contemplar as diferentes intersecções que compõem os sujeitos como o gênero, a raça, a etnia, a classe social, a orientação sexual e a origem geográfica, assim como respeitar a conquista da construção de uma prática universal de sexo seguro.

Nesse sentido, questionamos: qual é o retrato dos(as) usuários da PrEP no Brasil hoje? Existem caminhos possíveis para a consolidação da equidade em saúde no contexto de execução da atual estratégia da PrEP no Brasil? As reflexões são realizadas a partir da leitura dos dados secundários obtidos por meio da Lei de Acesso à Informação (LAI 12.527/2011) em agosto de 2019. Os dados aqui analisados são referentes ao período de janeiro de 2017 a agosto de 2019.

**

Quando incorporada em 2017, a PrEP tornou obrigatória a coleta de informações como nome social, autodeclaração de raça/cor, da identidade de gênero e da orientação sexual, seguindo tendência de inserção desses campos em agravos específicos nos sistemas de informação em saúde como na ficha de notificação individual da violência interpessoal e autoprovocada (no SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e no cadastro de usuários do SUS (E-SUS). No caso de pessoas em situação de rua há também campos disponíveis

para a identificação. As informações são preenchidas no formulário eletrônico de cadastramento e inclusão de novos usuários e a coleta dessas informações é realizada em nível nacional, por meio do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).

Consideramos que a abordagem em HIV/Aids, com seu alicerce na compreensão da determinação social de saúde e das vulnerabilidades, deve incluir marcadores que diferenciam os sujeitos e os grupos sociais. Além disso, é necessário reforçar o quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos, o qual valoriza os aspectos programático/pragmático na análise dos processos de saúde, especialmente em aspectos sociais e institucionais das respostas à epidemia de HIV/Aids¹³. Uma vez que a diretriz da estratégia da PrEP se coloca, a princípio, como disponível para os grupos de maior vulnerabilidade no país, acreditamos que a sua interação deva ser fundamentada com os documentos estruturantes das políticas de equidade em saúde.

Desde 2008 o Plano Nacional de Enfrentamento do HIV¹⁴ destacou a associação da vulnerabilidade com o estigma e a discriminação, fatores de risco da epidemia entre homens gays, travestis e pessoas trans e os HsH. Na mesma direção, o documento de referência para a prevenção combinada do Ministério da Saúde⁸ sedimentou a importância de assegurar o respeito à diversidade cultural desses grupos e o reconhecimento de seus marcadores identitários no processo do cuidado.

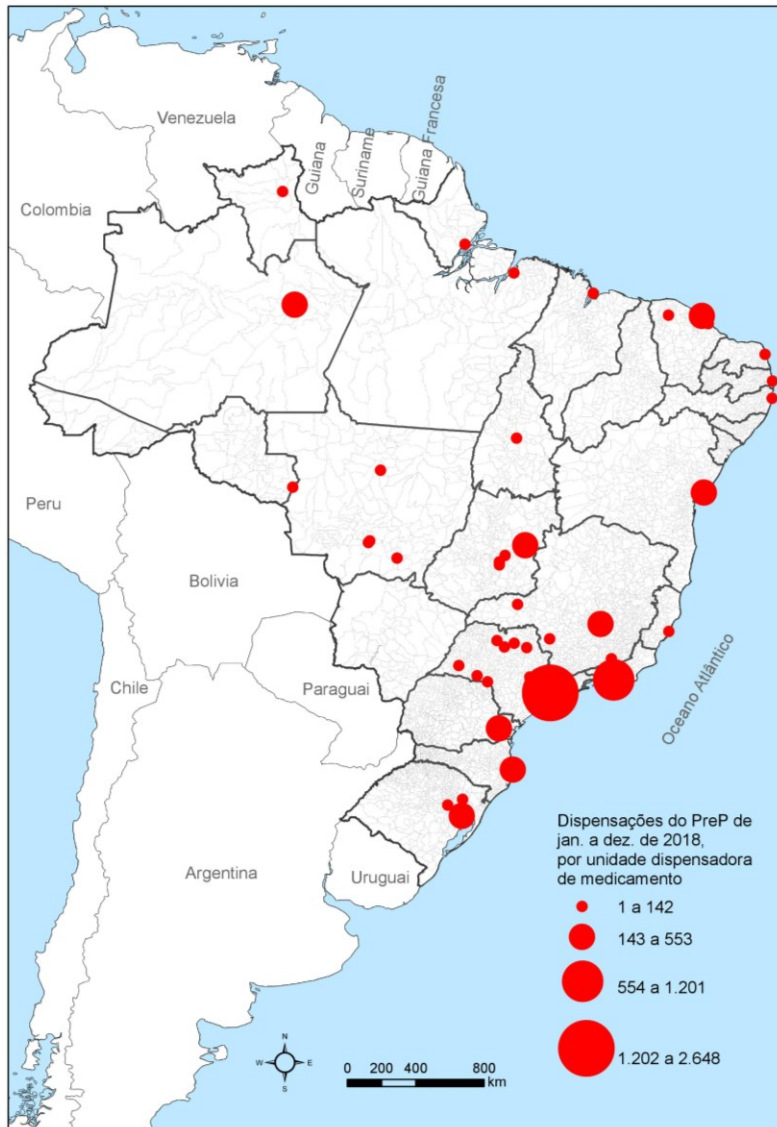
Numa perspectiva histórica, lembramos da primeira reunião ordinária do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT, que ocorreu no então Departamento de DST/aids do Ministério da Saúde em setembro de 2011 que registrou a necessidade da coleta, da análise e da sistematização de dados sobre a orientação sexual e a identidade de gênero nos sistemas de informação de saúde, a inclusão nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde de ações referentes à população LGBT e a divulgação da política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSI LGBT)¹⁵. Oito anos após este marco, esse ainda é um plano distante e a inserção dos campos de orientação sexual e identidade de gênero em agravos relevantes para a leitura das diferenças sociais como, por exemplo, na ficha de investigação das intoxicações exógenas permanecem inalteradas e escondem as inequidades em saúde realmente existentes.

Insera-se, ainda neste contexto das políticas de equidade, a Política Nacional de Saúde da População Negra¹⁶, publicada em 2007. Ao apontar a necessidade do enfrentamento do racismo estrutural e institucional, é guia para garantir a profilaxia pré-exposição numa perspectiva da igualdade racial e acesso à saúde. Na mesma direção, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT evidencia em seus objetivos específicos a necessidade de monitorar, avaliar e difundir os indicadores de saúde e de serviços para a população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial (objetivo V) e oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT especialmente com relação ao HIV e à AIDS (objetivo XI).

O desafio da implementação da estratégia da PrEP dentro dos marcos dispostos pelas políticas de equidade em saúde certamente não será assunto conclusivo e de fácil e imediata solução. Juntam-se grupos populacionais em condições de vulnerabilidade extrema como a população em situação de rua, cigana e imigrante, que também trazem *corpus* ao contexto de iniquidades forjadas na histórica constituição segregacionista da sociedade brasileira. As populações residentes em bairros periféricos de grandes e médios centros urbanos no Brasil, muitas vezes controlados pelo narcotráfico, a insuficiência econômica e as limitações da mobilidade urbana, além da carência de acesso aos serviços de assistência social e de educação se somam aos desafios postos para um sistema público universal de saúde, bem como para fazer jus aos compromissos sanitário e humanitário de um país frente à epidemia de HIV/Aids.

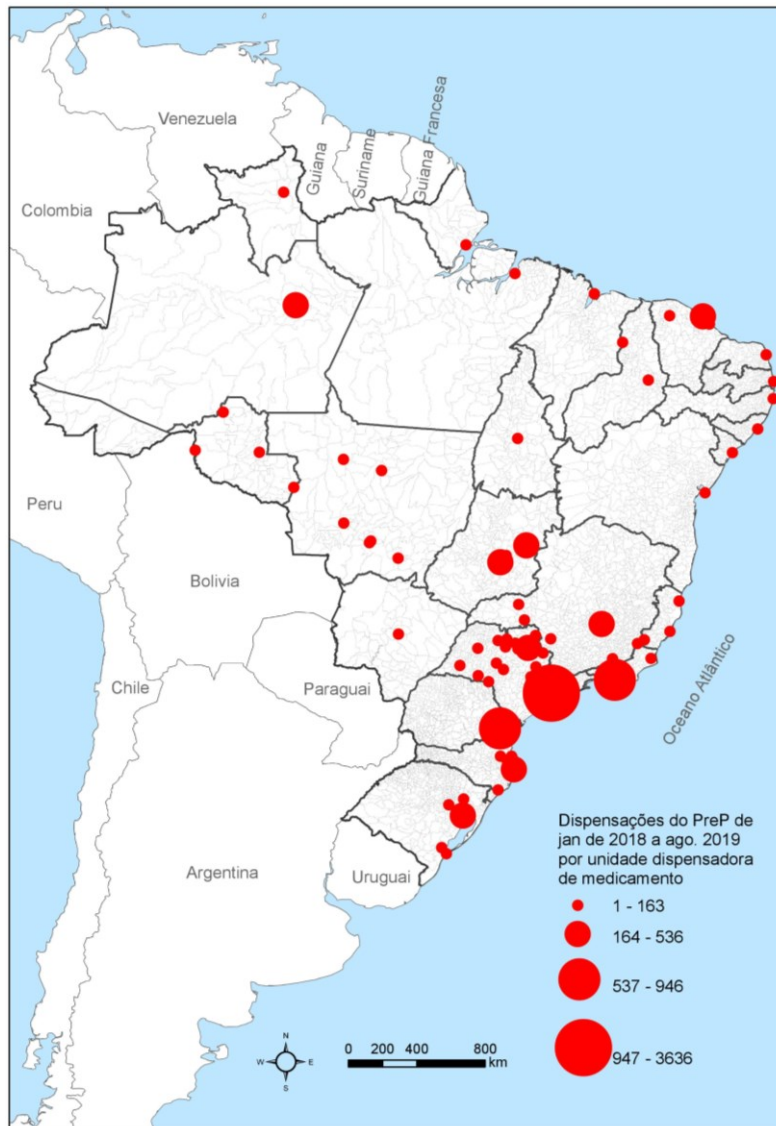
Os dados levantados sobre a dispensa de PrEP a nível nacional revelam a concentração da estratégia sobretudo em serviços da região sudeste (63%) como apontam as figuras 1, 2 e 3. O estado de São Paulo é a unidade da federação com maior capilaridade espacial atingindo usuários(as) residentes de 42 municípios. O Rio Grande do Sul dispensa para usuários(as) de 9 municípios; Rio de Janeiro, Santa Catarina e Mato Grosso atingem 6 municípios diferentes cada um. As demais unidades da federação dispensam para residentes de até 3 municípios reforçando o quadro de desigualdades regionais no acesso à estratégia.

Figura 1 - Dispensações de PreP de janeiro a dezembro de 2018 (implantação)



Fonte: Lei de Acesso a Informação/Ministério da Saúde. Organização: Autores (2019)

Figura 2 - Dispensações de PrEP de janeiro de 2018 a agosto de 2019

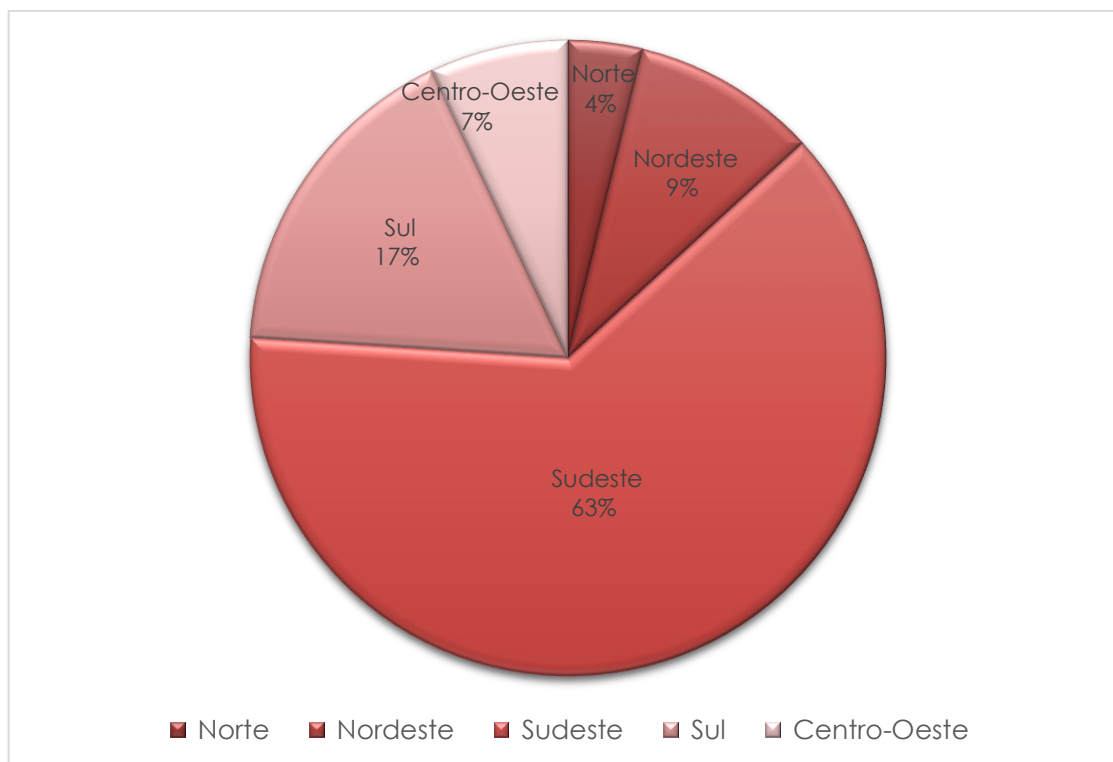


Fonte: Lei de Acesso a Informação/Ministério da Saúde. Organização: Autores (2019)

Os grupos que lideram o acesso ao medicamento são as pessoas brancas (46,9%; n=6.622); os homens gays e os HsH (68,9%; n=8.435); as pessoas de 30 a 39 anos (34,1%; n=4.094) e com 12 anos ou mais de estudos (68,4%; n=7.873) residentes de grandes e médios centros urbanos do Brasil.

Consideramos, a partir deste perfil de usuárias e usuários que, embora associada ao discurso de prevenção combinada, a PrEP responde a um modelo de prevenção que se apoia em um paradigma biomédico e da responsabilização individual. A alta escolaridade e o poder material e simbólico dos atuais usuáries(as) de PrEP refletem numa dinâmica de dispensa de medicamentos assimétrica em detrimento daqueles(as) marginalizados(as). Nesses termos, enquanto não se avança na redistribuição e justiça social, estratégias como a PrEP - da forma como está sendo implementada - parece manter a supremacia estrutural existente em detrimento daqueles historicamente excluídos.

Figura 3 - Total (n=11.397) de dispensações de PrEP por regiões do Brasil (jan. 2018 a set. 2019)



Fonte: Lei de Acesso a Informação/Ministério da Saúde. Organização: Autores (2019)

Perguntamo-nos se a concentração da implementação da PrEP em ambulatórios especializados localizados majoritariamente nas áreas centrais de médios e grandes centros urbanos do Brasil permite o acesso de usuários e usuárias em condições de vulnerabilidade socioeconômica para o início e a continuidade do uso do medicamento? A resposta majoritariamente será não. Atualmente, a oferta da estratégia está adstrita aos serviços especializados e serviços de testagem em IST/HIV/Aids. Diante da implantação recente, não se trata aqui de questionar os instrumentos de gestão pública adotados, mas nas implicações de uma possível concentração da estratégia em grandes centros urbanos, principalmente diante do aumento de novos casos de infecção por HIV em cidades do interior³.

Outra questão é a ausência de difusão de informação sobre a PrEP e, principalmente, de prevenção combinada para outros níveis de atenção em saúde e na rede intersetorial. Como estimular a apropriação do uso combinado de métodos preventivos pelos sujeitos, quando os próprios serviços são “descombinados”? Como afastar-se de estigmas, discriminações e do racismo incrustado nessa perspectiva de organização dos serviços de saúde e permitir o acesso a grupos populacionais ditos periféricos? Como abordar questões relacionadas à educação em saúde no momento de negacionismo científico e proliferação de figuras fantasmagóricas e medievais amparadas na “ideologia de gênero”? Como abordar o sexo consensual desprotegido sem gerar discriminações e de forma a permitir o estabelecimento de confiança entre usuários e profissionais no serviço público de saúde?

Questionamos, adicionalmente, se as políticas de equidade são reconhecidas nas diferentes escalas dos serviços e da gestão distritais, municipais e estaduais de saúde. A capilaridade e a institucionalidade dessas políticas têm sido postas em xeque ao se revelar que o reconhecimento das demandas de saúde de grupos populacionais vulneráveis é altamente associada a um consenso micropolítico do serviço e da gestão em saúde, como indicam alguns estudos sobre os obstáculos de execução da política de saúde integral LGBT, forjada em

concepções racistas, religiosas e morais de determinados grupos sociais^{17,18}. Soma-se a este panorama as recentes reduções em investimentos para pesquisas em universidades públicas e da aparente normalidade da vigilância epistemológica e dos movimentos anti-ciência. Acreditamos que as políticas de equidade foram conquistas importantes no longo processo da Reforma Sanitária, ainda inconcluso e em risco. Neste final de década é essencial a busca de formas de instrumentalizar os profissionais, os(as) gestores(as), os(as) usuários(as), os(as) pesquisadores(as), os(as) educadores(as) e os movimentos sociais para a continuidade da consolidação do SUS.

Além disso, uma questão fulcral que se coloca: ainda que haja o reconhecimento das identidades de gênero, orientação sexual, raça/cor e etnia, entre outras questões no cotidiano das práticas de cuidado e do processo de doença e de saúde, a lacuna deixada por materiais de educação onde a diversidade esteja representada, o desconhecimento e a manutenção de discriminação indubitavelmente sabotam o potencial estratégico da PrEP e a tornam uma possível via para começar a desconstruir conquistas de décadas como a da universalidade de uma cultura do sexo seguro.

O esforço para responder a uma epidemia multifacetada precisa de uma tessitura conjunta, que não se resume à organização de protocolos, mas de colocar em diálogo questões intersetoriais no âmbito das políticas públicas e, sobretudo, na perspectiva de uma sociedade que reconheça a insuficiência de estratégias medicalizantes, individualizantes e mantenedoras do status quo que alimentam as desigualdades estruturais. São muitos os caminhos possíveis para a consolidação da equidade em saúde no contexto de execução da atual estratégia da PrEP no Brasil. Acreditamos que uma abordagem que baseada na educação popular em saúde que agregue, de modo interseccional e transversal, os direitos humanos e a equidade são essenciais¹⁹. Em qualquer circunstância, o controle social deve ter primazia no processo de monitoramento da execução das políticas de saúde. A garantia da liberdade científica e acadêmica, livre de amarras ideológicas que são historicamente utilizadas para eliminação de sujeitos subalternizados é crucial neste caminho de consolidação do SUS.

As populações em situação de maior vulnerabilidade social costumam ser o alvo principal de metas globais e planos técnico-normativos que orientam políticas públicas. Todavia, como ainda não fazem parte das instâncias de formulação e decisão política, muitos desses documentos são organizados na lógica de interpretar e de transladar o que essas pessoas sentem e pensam. Outrossim, como estão às margens da sociedade e sua norma, encontram-se afastadas dos serviços públicos de saúde, num processo constante de violação à prevenção como um direito, no caso, do acesso à PrEP dentro de uma estratégia realmente combinada de prevenção que contribua para a manutenção e o avanço do que já foi comprovadamente bem-sucedido no modelo preventivo brasileiro.

Sinaliza-se que o respeito às vulnerabilidades e aos direitos humanos no campo da prevenção ao HIV/Aids deve ultrapassar a letra fria dos protocolos e dos compromissos internacionais firmados pelo Estado brasileiro. Metas globais, baseadas em modelos matemáticos, podem contribuir para pressionar por ações pontuais e imediatas, mas não transformam cenários complexos e multifacetados como a epidemia de HIV/Aids brasileira. No mais, acabam se constituindo como mera retórica, dissociados do contexto e das necessidades reais dos sujeitos alvo das políticas públicas.

Tabela 1 - Raça/cor de usuários da PreP por regiões do Brasil (jan. 2018 a ago. 2019)

Região	Raça/cor								Total
	Branca/Amarela		Preta		Parda		Indígena		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Norte	101	23,5	32	7,5	291	67,8	5	1,2	429
Nordeste	353	32,9	150	14,0	563	52,4	8	0,7	1.074
Sudeste	4.379	61,2	822	11,5	1.926	26,9	32	0,4	7.159
Sul	1.453	75,2	149	7,7	324	16,8	6	0,3	1.932
Centro-Oeste	336	41,9	107	13,4	355	44,3	3	0,4	801

Fonte: Lei de Acesso a Informação/Ministério da Saúde. Organização: Autores (2019)

Tabela 2 – Identidade de gênero e orientação sexual de usuários da PreP por regiões do Brasil (jan. 2018 a ago. 2019)

Região	Identidade de gênero e orientação sexual										Total		
	Homens gays e HsH		Travestis		Mulheres trans		Homens trans		Mulheres heterossexuais cis			Homens heterossexuais cis	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%
Norte	230	53,6	1	0,2	4	0,9	3	0,7	108	25,2	83	19,3	429
Nordeste	697	64,9	2	0,2	21	2,0	2	0,2	240	22,3	112	10,4	1.074
Sudeste	5.444	76,0	57	0,8	266	3,7	10	0,1	855	11,9	529	7,4	7.161
Sul	1.475	76,3	2	0,1	31	1,6	10	0,5	266	13,8	148	7,7	1.932
Centro-Oeste	589	73,5	3	0,4	18	2,2	2	0,2	129	16,1	60	7,5	801

Fonte: Lei de Acesso a Informação/Ministério da Saúde. Organização: Autores (2019)

Tabela 3 – Faixa etária de usuários da PreP por regiões do Brasil (jan. 2018 a ago. 2019)

Região	Faixa etária										Total
	18 a 24 anos		25 a 29 anos		30 a 39 anos		40 a 49 anos		50 anos e mais		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Norte	109	25,5	120	28,1	121	28,3	62	14,5	15	3,5	427
Nordeste	217	20,3	253	23,6	381	35,6	162	15,1	57	5,3	1.070
Sudeste	1.275	17,9	1.788	25,0	2.657	37,2	1.029	14,4	392	5,5	7.141
Sul	441	23,0	509	26,5	653	34,0	210	10,9	108	5,6	1.921
Centro-Oeste	156	19,5	207	25,9	282	35,3	114	14,3	39	4,9	798

Fonte: Lei de Acesso a Informação/Ministério da Saúde. Organização: Autores (2019)

Tabela 4 – Escolaridade, em anos de estudo, de usuários da PreP por regiões do Brasil (jan. 2018 a ago. 2019)

Região	Anos de estudo								Total
	0 a 3 anos		4 a 7 anos		8 a 11 anos		12 anos e mais		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Norte	8	1,9	21	4,9	112	26,1	288	67,1	429
Nordeste	23	2,1	72	6,7	283	26,4	696	64,8	1.074
Sudeste	45	0,6	316	4,4	1.812	25,3	4.986	69,6	7.159
Sul	14	0,7	100	5,2	490	25,4	1.328	68,7	1.932
Centro-Oeste	4	0,5	60	7,5	162	20,2	575	71,8	801

Fonte: Lei de Acesso a Informação/Ministério da Saúde. Organização: Autores (2019)

Referências Bibliográficas

1. UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/Aids. 90-90-90: an ambitious treatment target to the help end the AIDS epidemic. Geneve: UNAIDS 2014: 1-40. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/90-90-90>. Acesso em 18.10.2019.
2. Kenworthy N, et al. From a global crisis to the 'end of AIDS': new epidemics of signification. *Global Public Health* 2018; 13(8): 960-971. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28828943>. Acesso em 16.10.2019.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico HIV/Aids 2018. Ministério da Saúde 2018;49(53):1-72.
4. Grangeiro A, et al. Pre-exposure and postexposure prophylaxes and the combination HIV prevention methods (The Combine! Study): protocol for a pragmatic clinical trial at public healthcare clinics in Brazil. *BMJ Open* 2015, 25;5(8), 1-11. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26307622>. Acesso em 16.10.2019.
5. Ravasi G, et al. Towards a fair consideration of PrEP as part of combination HIV prevention in Latin America. *J Int AIDS Soc* 2016; 19(7 Suppl 6): 1-5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27760687>. Acesso em 16.10.2019.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira - PCAP 2013. Ministério da Saúde 2016: 1-170. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/pesquisa-de-conhecimentos-atitudes-e-praticas-na-populacao-brasileira-pcap-2013>. Acesso em 16.10.2019
7. ABIA. Truvada® Livre! Boletim ABIA nº 63. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids 2018: 1-30. Disponível em: <http://abiaids.org.br/categoria/acervo-abia/boletins/boletim-abia-pt-br>. Acesso em 18.10.2019.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-sumario-executivo>. Acesso em 10.10.2019.
9. Mbembe, A. Necropolítica. UFRJ: n-1edições. 80p. 2018.
10. Krieger, N. Genders, sexes and health: what are the connections – and why does it matter? *International Journal of Epidemiology* 2003; 32:652-657.
11. Fredriksen-Goldsen, KI et al. The Health Equity Promotion Model: Reconceptualization of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender (LGBT) Health Disparities. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2014, Vol. 84, (6) 653-663.
12. Werneck, J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*. 2016, Vol. 25, (3), 535-549.
13. Ferraz D, Paiva V. Sexo, direitos humanos e AIDS: uma análise das novas tecnologias de prevenção do HIV no contexto brasileiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia* (2015), 18(Suppl. 1), 89-103.
14. Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, HSH e Travestis – 2008. Ministério da Saúde: Brasília. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/campanha/plano-nacional-de-enfrentamento-da-epidemia-de-aids-e-das-dst-entre-gays-hsh-e-travestis>. Acesso em 15.10.2019.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT Brasília: MS; 2008.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.
17. Gomes, SM; Sousa, LMP.; Vasconcelos, TM e Nagashima, AMS. O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. *Saude soc*. [online]. 2018, vol.27, n.4, pp.1120-1133.
18. Gomes, ALR; Finkler, M; Moretti-Pires, R. Representações sociais de trabalhadores da atenção básica à saúde sobre pessoas LGBT. *Trabalho, educação e saúde*. Rio de Janeiro, 2019; 17(2).

19. Organização Pan-Americana da Saúde. Guia para Implementação das Prioridades
20. Transversais na OPAS/OMS do Brasil: direitos humanos, equidade, gênero e etnicidade e raça. Brasília: OPAS; 2018.

Artigo Recebido: 19.10.2019

Aprovado para publicação: 20.12.2019

Maurício Polidoro

Instituto Federal do Rio Grande do Sul

Rua Alberto Hoffmann, 285

Restinga

91791508 – Porto Alegre, RS - Brasil

Telefone: (51) 32478400

Email: mauricio.polidoro@gmail.com
