

Indivíduos, estruturas e riscos: panorâmica da prevenção primária do HIV em Portugal

Individuals, structures, and risks: an overview of primary HIV prevention in Portugal

Individuos, estructuras y riesgos: panorámica de la prevención primaria del VIH en Portugal

Octávio Sacramento ¹

Resumo

O texto debate as principais orientações e procedimentos que configuram a prevenção primária do HIV/AIDS em Portugal, prestando especial atenção à redução de riscos nos dois grandes cenários de propagação da epidemia: a sexualidade e o consumo de drogas injetáveis. Na análise, os riscos de infecção são considerados enquanto expressões de práticas densamente imbricadas em estruturas sociais e quadros culturais. À luz dessa concepção, procura-se avaliar e compreender em que medida as estratégias preventivas têm subjacente uma abordagem ampla e integradora, incluindo os indivíduos e as suas circunstâncias. Simultaneamente, são identificados alguns dos grandes constrangimentos estruturais que ainda se colocam à concretização de condições propícias à minimização de riscos e à adoção de comportamentos seguros. Nesses exercícios analíticos não se ponderam somente as orientações políticas e programáticas, mas também processos no terreno, de forma a mostrar-se como a não operacionalização de medidas já previstas e legisladas constitui, por si mesma, uma poderosa barreira estrutural à prevenção do HIV.

HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Prevenção Primária; Redução de Danos

¹ Centro de Estudos Transdisciplinares para o Desenvolvimento, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal.

Correspondência
O. Sacramento
Centro de Estudos Transdisciplinares para o Desenvolvimento, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Edifício Pólo II da ECHS; Quinta de Prados, Vila Real / Trás-os-Montes – 5000-801, Portugal.
octavsac@utad.pt

Introdução

A rápida globalização do HIV tem suscitado, talvez como nenhuma outra doença até hoje, uma vincada preocupação securitária¹ com o controle dos possíveis riscos de contágio. É nessa esfera da prevenção epidemiológica primária do HIV, focada em evitar o início do processo patogênico (período pré-patogênico)², que procuro centrar o presente texto, tomando como principal referência empírica as políticas públicas e os procedimentos que configuram a estratégia seguida em Portugal. Considero, para tal, duas escalas que são apontadas, desde logo pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS (UNAIDS)³, como incontornáveis na definição da abordagem preventiva da infecção: uma tendencialmente micro, relativa a conhecimentos, percepções e comportamentos individuais; outra macro, contemplando processos e estruturas sociais. Ao mesmo tempo, parto do princípio, já bastante generalizado, de que não existem soluções mágicas (*magic bullets*) para neutralizar a disseminação do HIV, sendo fundamental a articulação de diferentes abordagens (*combination prevention programmes; mix of HIV prevention approaches*)⁴.

O objetivo principal é compreender como se organiza e opera a prevenção do HIV/AIDS no contexto português, atendendo não só aos enunciados normativos que a regulam, como também à sua implementação no terreno sob a forma de planos específicos de atuação. Neste objetivo genérico convergem duas questões a que procuro prestar especial atenção: (i) as estratégias preventivas seguidas em Portugal pendem para um ordenamento equilibrado e integrado, tendo em conta indivíduos e estruturas sociais, ou carecem ainda de uma perspetiva mais integradora e sistêmica? (ii) em que medida se pode falar de coerência entre os discursos políticos e programáticos no campo da prevenção do HIV, frequentemente replicados de recomendações internacionais, e os procedimentos efetivamente levados a cabo? Simultaneamente, vão sendo identificados alguns dos grandes constrangimentos estruturais que ainda se colocam à concretização de condições propícias à minimização de riscos e à adoção de práticas epidemiologicamente seguras.

A análise que aqui desenvolvo não tem a pretensão de ser exaustiva. Trata-se, antes, de um exercício de síntese e eminentemente introdutório. Esse exercício vem no seguimento e, em certa medida, é fomentado por anteriores trabalhos sobre a AIDS enquanto objeto de estudo e de intervenção social^{5,6,7,8,9,10,11}, abordando, todavia, aspetos mais relacionados com as políticas e os procedimentos de prevenção, dimensões de aná-

lise pouco consideradas nas reflexões precedentes. Por outro lado, é ancorado empiricamente em múltiplas fontes estatísticas e documentais que proporcionam os elementos indispensáveis para compor uma imagem de conjunto, em nível nacional, das orientações e dos processos mais marcantes no controle da propagação do HIV.

Prevenção epidemiológica de banda larga

As estratégias e os programas de prevenção do HIV desenvolvidos numa fase inicial de respostas à epidemia, sobretudo até aos primeiros anos da década de 1990, eram, de um modo geral, pouco sensíveis aos fatores sociais e culturais subjacentes à transmissão da infecção. Privilegiando uma abordagem cognitivo-comportamental, assumia-se que bastaria atuar à escala da psicologia individual, proporcionando informação e sensibilizando, para assegurar a inibição de práticas de risco¹², como se esta fosse uma questão subordinada somente à vontade e liberdade de escolha pessoal e bastasse facultar conhecimentos para automaticamente mudar comportamentos. Por si só, o paradigma cognitivo-comportamental revelou-se insuficiente¹³. A sua estreita articulação com a abordagem estrutural, que enfatiza as condições socioculturais do risco epidemiológico, vem sendo, já desde finais do século XX, progressiva e reiteradamente recomendada por instituições de alcance global. Preconizam-se, assim, as chamadas "*mix of HIV prevention approaches*", como se pode depreender das orientações internacionais da UNAIDS³ que estabelecem a matriz de enquadramento dos programas nacionais para o HIV. Ainda que sejam enunciados gerais nem sempre de fácil concretização, essas abordagens vão no sentido do que aqui designo como prevenção de banda larga: conjunto diversificado e concertado de procedimentos que, simultaneamente e de forma transversal e multidisciplinar, atuam em diferentes escalas psicossociais (subjéctiva, relacional, contextual e estrutural) e temporais (curto, médio e longo prazo), visando a uma intervenção de grande amplitude, integrada e sinérgica, que previna as disposições micro, meso e macro geradoras de riscos epidêmicos. Para tal, como é destacado por Auerbach et al.¹⁴ (p. 293), "...it is time to shift from an 'emergency' approach to a long-term response. A key component of this shift is a change in focus from biomedical and behavioural interventions aimed at individuals to comprehensive, strategic programming [...] in which social/structural approaches become a core element. Social/structural approaches aim to modify social conditions and

arrangements by addressing the key drivers of HIV vulnerability that affect the ability of individuals to protect themselves and others from acquiring or transmitting HIV infection”.

Nessa abordagem estrutural destaca-se a necessidade de (também) situar o risco e a sua prevenção a uma escala supraindividual, de forma a compreender e intervir nas dimensões sociais e culturais (por exemplo, desigualdade de gênero, sexismo, homofobia, pobreza, estigmatização, exclusão, racismo, quadros legais, políticas) que condicionam as percepções e os comportamentos dos sujeitos^{4,15,16}. Trata-se, fundamentalmente, de desencadear transformações das estruturas e condições que constroem a capacidade de cada qual gerir e reduzir a exposição a um possível contágio¹⁴. O objetivo passa por criar “ambientes favoráveis” (“*enabling environments*”) às mudanças em nível pessoal, grupal e comunitário^{16,17,18}, de forma a debelar as vulnerabilidades face ao HIV, ou seja, as condições individuais, sociais e/ou programáticas que geram suscetibilidade à infecção^{2,19,20}. Passa, ainda, por promover o envolvimento direto da comunidade em geral, muito em especial daqueles que, em princípio, poderão estar mais expostos a situações de risco. Em primeiro lugar para “...*que sean los grupos sociales los que asocian y introduzcan en sus prácticas culturales o sociales los elementos simbólicos preventivos que ayuden a naturalizar las conductas de salud oportunas*”²¹ (p. 44). Mas também, e acima de tudo, para que os próprios grupos participem de forma continuada e sustentada em processos de mudança social que conduzam à redução de fatores estruturais responsáveis por situações de vulnerabilidade.

Os obstáculos colocados ao desenvolvimento de programas de prevenção com enfoque estrutural são muitos. Podem distinguir-se quatro tipos de desafios no entender de Auerbach¹⁵: (i) aspetos de natureza conceitual e metodológica relacionados, sobretudo, com as dificuldades em apreender, quantificar, padronizar, intervir e avaliar efeitos no âmbito das grandes condicionantes sociais da epidemia do HIV/AIDS; (ii) a morosidade das mudanças sociais e a produção de resultados apenas a médio e longo prazos, o que pode gerar alguma frustração junto de decisores políticos e de profissionais de saúde; (iii) a possibilidade de falta de apoio público a decisões políticas e intervenções que visam a melhorar as condições sociais de grupos fortemente marginalizados, como os usuários de drogas injetáveis (UDI), as pessoas que exercem a prostituição e os detidos; (iv) o elevado custo financeiro que, quase sempre, está associado às estratégias estruturais de minimização dos riscos de infecção por HIV, sendo que este custo será sempre muito

maior quando o sistema de prevenção não funciona de forma eficaz.

Esses desafios e constrangimentos ajudam, certamente, a explicar o fato de em Portugal e noutros países a prevenção continuar ainda a evidenciar uma certa tendência individualizante. Isso apesar de o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA 2012-2016²² estar em sintonia com as orientações e os compromissos internacionais, desde logo com as orientações estratégicas da UNAIDS para 2011-2015²³, e reconhecer genericamente o papel das estruturas e dos processos sociais na disseminação da epidemia. As principais lacunas, como veremos, não se localizam tanto na esfera do discurso programático, mas sim no terreno da construção e operacionalização dos procedimentos estruturais da prevenção do HIV. Trata-se de uma situação preocupante, pois Portugal ainda apresenta valores de incidência e prevalência da infecção dos mais elevados da Europa Ocidental, com 4.810 novos casos em 2013 e um total acumulado de 47.390 pessoas soropositivas nesse mesmo ano^{24,25}, numa população com cerca de 10 milhões de habitantes. Além do mais, muitas daquelas lacunas dizem respeito a contextos sociais (por exemplo, toxicod dependência, estabelecimentos prisionais) sujeitos ainda a vulnerabilidades significativas e nos quais a epidemia se concentra.

A estratégia portuguesa de prevenção do HIV assenta, principalmente, na difusão de informação, aconselhamento e sensibilização, em particular junto aos indivíduos que integram as populações consideradas mais expostas ao risco e, por isto, identificadas como prioritárias em termos de intervenção (populações-chave): os UDI, os homens que fazem sexo com homens (HSH), os/as trabalhadores/as do sexo e seus clientes, as pessoas sem abrigo e as populações migrantes^{1,22}. No programa de prevenção, em vigor para 2012-2016, podem ler-se algumas menções à dimensão social estrutural da vulnerabilidade epidemiológica, sendo referidos, vagamente, “*fatores de natureza social e econômica*” e “*fatores culturais e de gênero*”²² (p. 5). Contudo, não se detalham as relações de causalidade desses fatores com a disseminação do HIV, nem tampouco se apresentam procedimentos específicos e operacionalizáveis para intervir. Nesse documento, destacam-se de forma reiterada os “*conhecimentos, atitudes e comportamentos*” e considera-se que a prevenção deverá ser “...*servida por ações de informação, educação e comunicação dirigidas à população geral através dos meios de comunicação social, de todas as estruturas do sistema de saúde [...], das escolas, das organizações comunitárias e das empresas*”²² (p. 11).

O risco de contágio tende, assim, a ser entendido de forma minimalista como um problema que, no essencial, se circunscreve a lacunas de consciencialização e à ausência de conhecimentos, cuidado pessoal e meios imediatos de prevenção. Daí que os projetos no terreno acabem, no essencial, por se preocuparem em facultar informações, treinar competências individuais e assegurar recursos preventivos, como o preservativo ou material de injeção. Um exemplo concreto pode ser verificado nas orientações específicas que guiam a intervenção dos serviços e equipas de troca de seringas no âmbito da redução de riscos e minimização de danos no campo da toxicod dependência, em que se destacam indicações no sentido de reforçar “*a importância de entregar sempre a seringa usada e de não partilhar material*” e de promover “*a utilização de todos os materiais de injeção disponibilizados*”²⁶. Outro exemplo é constatável num recente aviso de abertura (*Aviso nº 10/2014*) de um concurso para financiamento público a projetos no âmbito do HIV/AIDS para a Grande Lisboa – a região com a maior incidência da infecção, com 41% dos casos diagnosticados em nível nacional –, no qual é solicitada uma intervenção por meio de unidades móveis que, além da despistagem, do aconselhamento pré e pós-teste e do encaminhamento, possam “*disponibilizar informação adaptada e específica sobre DST e HIV/AIDS às populações alvo*” e “*garantir a distribuição de materiais preventivos*”²⁷ (p. 1-2).

O funcionamento dos Centros de Atendimento e Detecção Precoce do VIH (CAD) e das unidades móveis de realização do teste rápido, enquanto serviços do sistema de saúde pública com grandes responsabilidades na área da prevenção, é revelador da predominância ainda assumida pela abordagem cognitivo-comportamental. O protocolo de atuação da generalidade dessas entidades, designadamente em matéria de aconselhamento, assenta numa ideia de “*governamentalidade neoliberal*”, na qual sobressai “*...um modelo de pessoa que enfatiza a racionalidade, responsabilidade individual e autorregulação e controlo do indivíduo face às pressões do meio*”¹ (p. 143), não ponderando da forma devida o enorme peso das variáveis sociais e culturais na configuração de disposições e comportamentos de risco. Não está aqui em questão, como é óbvio, a importância decisiva dos CAD⁷ e a pertinência das unidades de rastreio no controlo da epidemia, ou o papel indispensável das equipas de redução de riscos e minimização de danos a que antes se fez referência. O que está em causa é somente a necessidade de um alargamento efetivo do âmbito da prevenção, que permita também intervir a uma escala social macro,

de forma a criar condições sustentadas para que o aconselhamento prestado quando da despistagem e as demais ações de sensibilização e de distribuição de meios preventivos possam traduzir-se em práticas individuais consonantes com os conhecimentos proporcionados sobre a infecção. Essa prevenção de banda larga, incluindo os indivíduos e as suas circunstâncias e estruturas, é especialmente premente na redução de riscos e danos nos dois grandes quadros sociais de propagação do HIV: a sexualidade e o consumo de drogas por via intravenosa.

Além da apologia do sexo seguro

A prevenção do HIV em Portugal na esfera da sexualidade tem sido dominada pela distribuição de informação e de preservativos, escorada em estratégias de marketing social nas quais os sujeitos são diretamente convocados e responsabilizados, por vezes num registo de pendor moral, a assumir a adoção de práticas sexuais seguras. Despontam aqui *slogans* como “*Protege-te! Está nas tuas mãos*”, quase sempre acompanhados por imagens de preservativos em que transparece a ideia da prevenção como dado estritamente individual e incondicionado, e simples ato de vontade e racionalidade guiado por uma onipresente ponderação economicista de custos/benefícios. É também de destacar a presença de imagens culturalmente pouco diversificadas e a predominância de estereótipos, sobretudo no que concerne a papéis sexuais e de gênero, o que acaba por ter efeitos contraproducentes²⁸. Por outro lado, e ao contrário do que sucede em muitos outros países, a maioria dessas campanhas em torno do HIV não tem sido alvo de grande debate público, quer no meio académico, quer no espaço midiático, quer no âmbito do ativismo da sociedade civil, como é destacado por Pinto-Coelho et al.²⁹ (p. 2-3), que vislumbram nesta situação uma consequência bastante negativa: “*...os discursos das campanhas públicas têm possibilidades maiores de serem aceites como fontes credíveis de informação, tornando outros modos de pensar os processos da doença e métodos de prevenção difíceis de imaginar*”.

Uma vez sujeitas a maior escrutínio e assentes em imagens e representações não estereotipadas, as iniciativas de difusão de mensagens sobre a AIDS constituirão um importante contributo para a eficácia do sistema de prevenção da infecção. Contudo, por si só não chegam. Como já foi dito, não basta informar e sensibilizar para garantir a supressão de comportamentos de risco. É forçoso ir além da apologia do sexo seguro e da distribuição de preservativos, intervindo

na predisposição cultural para práticas sexuais de risco, na hegemonia dos valores que geram estigmatização e exclusão das pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros (LGBT) e nas demais condições sociais estruturais que condicionam a propagação sexual do HIV. Tal pressupõe, desde logo, a progressiva concretização de mudanças no campo do gênero e da sexualidade: nos modelos hegemônicos que pautam as identidades de gênero, sobretudo a masculina, cuja construção a tantos riscos de saúde expõe alguns homens e suas companheiras³⁰; nas relações de gênero, tendo em vista assegurar maior equidade e, assim, inibir potenciais situações de vulnerabilidade; nos processos de socialização/aprendizagem da sexualidade (e da sua diversidade em termos de orientação e práticas), de forma a evitar preconceitos, desde logo os associados à heteronormatividade, e a atenuar antagonismos entre profilaxia e prazer, integrando estas duas dimensões como componentes intrínsecas à própria experiência sexual. Há aqui quatro vetores de intervenção específicos que imediatamente se destacam: responsabilidades masculinas, vulnerabilidades femininas, sexualidade juvenil e culturas sexuais marginalizadas³¹, como é o caso do coletivo LGBT e das mulheres e dos homens que se dedicam ao trabalho sexual.

Intervir nesses domínios implica um trabalho de longo prazo e de grande amplitude estrutural. Uma das prioridades passa pelo dismantelamento das orientações ideológicas da “*masculinidade hegemônica*”³² que configuram ameaças à saúde sexual e reprodutiva, e pelo envolvimento direto dos homens na prevenção do HIV³⁰, em concordância, aliás, com as considerações já explanadas em texto anterior⁵. É igualmente prioritária a compreensão dos “*mitos e crenças*” que permeiam a sexualidade juvenil e a sua relação com o preservativo³³ e, bem assim, a aposta na melhoria da educação sexual e de gênero nas escolas do ensino básico e secundário. Essa deverá integrar “*...intervenções do tipo preventivo de carácter universal, abrangendo toda a população escolar e respectivos contextos de vida: escola, família e grupo de pares, mas também intervenções mais específicas, em pequenos subgrupos identificados como prioritários*”³⁴ (p. 11). Já existe em Portugal um quadro legislativo – *Lei nº 60/2009*³⁵ – a estipular a obrigatoriedade da educação sexual em todos os estabelecimentos de ensino. No seguimento da (tentativa de) implementação dessa lei foram conseguidos alguns progressos. Todavia, ainda há muito por fazer, em especial no que diz respeito à qualificação dos profissionais das escolas (por exemplo, professores, psicólogos, assistentes sociais) e à

organização curricular³⁶. Por outro lado, e atendendo ao que a escola persiste em reproduzir modelos sexistas³⁷, também há muito a fazer na promoção educativa da paridade de gênero e da aceitação de diferentes identidades sexuais, condição incontornável na inibição de situações propícias à difusão da epidemia.

A par dessa abordagem preventiva transversal de fundo, sustentada numa forte vertente pedagógica, impõe-se o desenvolvimento de abordagens especificamente direcionadas para os contextos sociais mais associados, por vezes até de forma exacerbada e preconceituosa, ao risco de transmissão sexual do HIV. No caso do chamado grupo dos HSH, considerado um dos mais afetados, atualmente, pela infecção em Portugal^{24,25}, têm sido realizadas nos últimos anos mudanças estruturais, sobretudo no plano legislativo (por exemplo, o reconhecimento legal do casamento homossexual, em 2010, e a adoção de crianças por casais do mesmo sexo, em 2015), que ajudam a combater estigmas e processos de exclusão social. Todavia, o relativo desconhecimento sobre o que fazer em termos de prevenção específica parece constituir uma das grandes preocupações atuais, como destaca Luís Mendão, presidente do Grupo Português de Ativistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA (GAT): “*é muito importante perceber que necessidades específicas de prevenção este grupo precisa. [...] Essas ações de prevenção existem parcialmente, mas nós precisamos de respostas que sejam de acordo com as suas necessidades*”³⁸ (p. 2). Em Portugal e no resto da Europa, muitas organizações da sociedade civil ligadas ao movimento LGBT e ao problema da infecção pelo HIV têm vindo, ultimamente, a reivindicar o acesso à profilaxia pré-exposição (PrEP) – “*utilização de antirretrovirais específicos para reduzir o risco de infeção em pessoas seronegativas que estão expostas ao HIV*”, não só para os HSH, como também para as restantes populações-chave no campo da prevenção da AIDS³⁹. Além da PrEP, existem outras tecnologias biomédicas que podem ser utilizadas como forma de prevenir o HIV, tais como a profilaxia pós-exposição (PEP) por meio da medicação antirretroviral depois da situação de risco, o uso de microbicidas e a circuncisão masculina^{40,41}. Atendendo a essas diferentes possibilidades, importa intensificar a sua divulgação e uma utilização adequada em função dos diferentes cenários de potencial contágio.

Em relação ao contexto do trabalho sexual já existe um leque razoável de iniciativas, porém quase todas concentradas no litoral do país: uma pública (projeto Autoestima, na região Norte) e as demais desenvolvidas pela sociedade civil, ainda que a maior parte tenha sido

patrocinada pelo Estado por intermédio do Programa ADIS/SIDA ^{42,43}. Na generalidade dessas iniciativas é realizado um trabalho de proximidade (*outreach*), tanto quanto possível no contexto onde se encontram as pessoas que exercem a prostituição ⁴⁴. Predomina, contudo, uma abordagem micro, muito centrada em quem presta serviços sexuais e na atividade em si, em detrimento de outros atores do fenômeno (por exemplo, clientes), das condições de trabalho ⁴⁴ e das necessidades mais estruturais do coletivo. É fundamental que as políticas sociais e de saúde a implementar no campo do trabalho sexual, mormente quando associado à toxicodependência, adotem um “*risk environment framework*” – considerando os obstáculos que, em diferentes escalas, geram vulnerabilidades – ⁴⁵ e desenvolvam ambientes favoráveis à prevenção. Para tal, importa estabelecer prioridades: “*tomar os clientes como alvo de ações de prevenção; envolver os/as trabalhadores/as do sexo nos projetos de prevenção a eles destinados (peer-education approach); orientar as políticas e os projetos de prevenção numa perspectiva mais holística e abrangente; melhorar a acessibilidade das pessoas indocumentadas aos serviços do SNS [Sistema Nacional de Saúde]; e combater o estigma social que pesa sobre essa população*” ⁴³ (p. 87).

A indefinição jurídica em que permanece o exercício do trabalho sexual em Portugal (não é ilegal, mas também não é, formalmente, considerado uma atividade profissional) contribui para acentuar a exclusão social do fenômeno, o que compromete as possibilidades e a eficácia dos procedimentos preventivos. Esse cenário torna-se ainda mais grave quando os/as trabalhadores/as do sexo, como é comum em Portugal, são imigrantes irregulares e estão, por isto, sujeitos a uma dupla exclusão. Nessas circunstâncias é pertinente uma reorganização das estruturas de prestação de cuidados médicos que tenha em conta o estilo de vida itinerante das pessoas que trabalham na prostituição, a situação jurídica vulnerável de uma boa parte delas e o receio que manifestam face aos agentes de saúde e à generalidade dos serviços do Estado ⁴⁶.

Não só em relação a essas pessoas, como aos imigrantes em geral, justificam-se abordagens socialmente sensíveis, reduzindo os fatores de vulnerabilidade estrutural que os afetam e permitindo que possam usufruir “...do mesmo tipo de factores protectores da população em geral, tal como recursos sócio-económicos, condições habitacionais, protecção social e laboral, além de igualdade de oportunidades na educação e saúde” ⁴⁷ (p. 1010). Afigura-se pouco provável, pelo menos a curto e médio prazos, a gestão das migrações com base em estratégias efetivamente in-

clusivas. Portugal faz parte de um amplo espaço europeu de livre circulação (o Espaço Schengen), marcado por políticas migratórias repressivas e geradoras de exclusão social, que dificultam o acesso a dispositivos de prevenção e de assistência médica aos imigrantes, principalmente aos que se encontram em situação irregular.

Redução de danos e barreiras estruturais no campo da toxicodependência

A estratégia portuguesa de prevenção do HIV entre UDI passa por uma intervenção que contempla medidas de redução de riscos e minimização de danos: conjunto de procedimentos compreensivos de saúde pública em que o foco não é a cessação do consumo de drogas, mas a redução dos riscos e danos sanitários, para os próprios e para terceiros, que possam advir dos comportamentos aditivos ⁴⁸. Para Collins et al. ⁴⁹, os grandes princípios orientadores desse modelo são o reconhecimento das práticas de risco como construções sociais; a assunção de que são manifestações dificilmente erradicáveis, podendo até assumir uma dimensão adaptativa; o cuidado em evitar a sua patologização e estigmatização; a perspectiva gradativa das condutas de risco e da sua redução; a ponderação da dimensão social no entendimento dos comportamentos individuais; a apologia da redução de riscos como uma prática ética, não enredada em questões morais e com uma evidente orientação pragmática, adaptável às características e contingências de diferentes cenários.

Em Portugal, a passagem de uma gestão tendencialmente repressiva da toxicodependência para uma estratégia mais compreensiva e focada no fenômeno como problema de saúde pública começou a ganhar forma na transição do milénio, com a *Lei nº 30/2000* e o *Decreto-lei nº 130-A/2001* ⁵⁰. Com o novo enquadramento jurídico foi descriminalizada a aquisição e posse de estupefacientes e psicotrópicos para consumo próprio, ao mesmo tempo em que começaram a ser delineados dispositivos de proteção social para os usuários, complementados com respostas de redução de riscos e minimização de danos previstas no *Decreto-lei nº 183/2001* ⁵⁰. Mantendo essa orientação pragmática, a intervenção sanitária na toxicodependência organiza-se, atualmente, com base no Serviço de Intervenção em Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), do Ministério da Saúde. É esse organismo que regula e apoia o funcionamento dos Centros de Respostas Integradas (CRI) e das demais respostas multidisciplinares de base territorial – muitas delas vinculadas a organizações da

sociedade civil com protocolos com o Estado – que constituem a Rede de Intervenção de Redução de Riscos e Minimização de Danos, tais como: gabinetes de apoio a toxicodependentes sem enquadramento sociofamiliar; centros de acolhimento; pontos de contato e informação; programas de substituição em baixo limiar de exigência; programas de troca de seringas; equipes de rua; programas para consumo vigiado⁵¹.

Pela disposição proativa para uma intervenção de grande proximidade, as equipes de rua são especialmente relevantes no desenvolvimento de uma cultura preventiva, contribuindo para inibir os riscos associados aos consumos e à sexualidade no contexto da toxicod dependência e para a institucionalização terapêutica dos usuários de drogas⁵². De um modo geral, realizam atividades de difusão de informação, troca de seringas e entrega de outros materiais usados na injeção, distribuição de preservativos, apoio psicossocial, cuidados de enfermagem, encaminhamento para dispositivos sociais e de saúde e, por vezes, implementação de programas de substituição opiácea (PSO), designadamente programas de baixo limiar de exigência⁵². Além das equipes de rua, a troca de seringas também é realizada por algumas farmácias e pelas unidades de cuidados de saúde primários. Os PSO, sobretudo os de maior limiar de exigência, são também desenvolvidos por outros serviços, desde logo pelas equipes de tratamento dos CRI. A troca de seringas e os PSO destacam-se como as abordagens centrais e emblemáticas (“*core approaches*”) de redução de riscos e minimização de danos na utilização de drogas por via intravenosa¹⁵. Todavia, tendem a ser sustentadas por visões da prevenção como um processo dependente apenas e só da vontade e da racionalidade dos indivíduos, depois de lhes serem disponibilizadas informações e meios preventivos, um pouco à semelhança do que já foi dito anteriormente sobre a prevenção de práticas de risco no campo da sexualidade. Essa perspectiva individualizante da profilaxia entre UDI como ato volitivo estritamente pessoal é patente no lema do programa nacional português de troca seringas⁵³: “*diz não a uma seringa em segunda mão*”.

Situados predominantemente no plano da linearidade de escolhas dicotômicas (sim ou não), o risco e os discursos profiláticos acabam por ser sujeitos a simplificações contraproducentes. Omitem-se várias condicionantes estruturais (por exemplo, habitação, emprego, sistema familiar, processos estigmatizantes, proximidade e disponibilidade de apoios sociais e terapêuticos), bem como sociabilidades e culturas de consumo que interferem de forma preponderante na adesão a comportamentos seguros. Dizer não a

uma seringa de segunda mão não depende só de uma intervenção orientada para a sensibilização e a motivação individual. Depende também da criação de condições sociais que proporcionem aos indivíduos capacidades para, de fato, poderem dizer não. Depende, ainda, da compreensão densa das dinâmicas sociais, hábitos e códigos inerentes à preparação e consumo das drogas intravenosas, e da habilidade e minuciosidade técnicas para aí intervir. São lacunas a esse nível que explicam a persistência de práticas de risco como o “*back loading*” (a seringa é carregada mediante a injeção no seu cilindro de parte do preparado de outra seringa) e o “*front loading*” (a seringa é carregada usando-se a sua agulha para extrair parte da solução injetável de outra seringa), identificadas por Marsden⁵⁴ entre usuários de heroína no norte de Portugal.

No plano político há ainda, igualmente, lacunas, barreiras e impasses que comprometem de forma muito significativa a eficácia da prevenção do HIV no âmbito da toxicod dependência. Destacam-se sobretudo duas situações que resultam de bloqueios ideológicos e/ou da falta de vontade política em transpor para o terreno quadros legislativos já existentes e que têm, inclusive, dado bons resultados na prevenção do HIV em outros países. Em primeiro lugar, a inexistência de uma rede de instalações de proximidade para o chamado consumo assistido ou consumo vigiado (“salas de chuto”), embora esteja já legalmente contemplada há quase década e meia na estratégia de redução de riscos e minimização de danos formulada no *Decreto-lei nº 183/2001*, já referido anteriormente. Ao que parece, e depois de mais de um ano de indefinição quanto à sua localização, a primeira sala de consumo vigiado (SCV) de Portugal poderá abrir ainda durante o ano de 2015 na Alta de Lisboa, uma das zonas mais problemáticas da cidade em termos de consumo de drogas⁵⁵. Em segundo lugar, destaca-se a forte resistência à utilização (e troca) generalizada e sistemática de seringas nos estabelecimentos prisionais, tal como a resistência ao fornecimento de preservativos aos reclusos. Sabendo-se que as prisões são “*a high-risk environment for the transmission of HIV*”⁵⁶ (p. 57), a inércia no que diz respeito à distribuição de material de injeção é uma situação de igual modo intrigante. Também já tem provimento legal há largos anos⁵⁷, contraria muitas das recomendações no que diz respeito à prevenção do HIV nas prisões^{58,59} e tem por base, quase sempre, receios de insegurança infundados que acabam por se sobrepor a imperativos de saúde pública e de direitos humanos^{56,60}.

Essa situação pode indiciar uma engenhosa duplicidade do Estado português, como desta-

cam Ribeiro & Sacramento⁸ (p. 243): “*Impelido pelos compromissos internacionais a legislar, abstém-se de aplicar a legislação que aprovou, evitando assim ter de enfrentar as forças políticas e sociais conservadoras e o próprio corporativismo reaccionário dos sindicatos dos guardas prisionais e de outros actores do sistema prisional*”. Daí a importância decisiva, como advertem Paiva et al.⁶¹, de um trabalho continuado de desconstrução dos posicionamentos ideológicos que limitam o acesso a intervenções preventivas comprovadamente eficazes, como é o caso do provimento de equipamento de injeção. É esse tipo de obstáculos estruturais, assim como muitos outros fatores sociais de grande preponderância nos cotidianos e estilos de vida dos UDI, que é preciso compreender e gerir prioritariamente sob a perspectiva da saúde pública e dos direitos humanos. Só assim será possível continuar a aprofundar o posicionamento tendencialmente compreensivo e pragmático que caracteriza a gestão sociosanitária da toxicod dependência em Portugal, e que tem permitido uma significativa redução da incidência do HIV entre UDI desde o início do século XXI, altura em que muitas das medidas de redução de riscos e minimização de danos começaram a ser implementadas.

Considerações finais

Os riscos de infecção por HIV não são meras consequências de disposições e opções pessoais. Embora se constituam por meio de comportamentos específicos e assumam corporeidade individual, a sua gênese e configuração é indissociável das estruturas sociais e dos quadros culturais em que se inscrevem os estilos de vida, os cotidianos e as práticas dos indivíduos. As situações de risco são inerentes à nossa própria condição social. Nesse sentido, as estratégias tendentes à sua precaução terão, forçosamente, de ir além de procedimentos de cunho biomédico e cognitivo-comportamental. A par dos processos mais subjetivos de cognição, autocontrole, racionalidade e vontade, terão de estar atentas a muitas outras dimensões metaindividuais e assumir a impossibilidade de intervenções padronizadas. A prevenção do HIV implica trabalhar de forma holística, tendo em conta todas as pessoas, independentemente do seu estatuto serológico, e adotando abordagens em várias escalas ou níveis (“*multilevel approaches*”), desde o indivíduo, o casal, as redes sociais (e sexuais), os grupos e instituições, ao âmbito comunitário¹³.

Essa vocação sistêmica dos planos de contenção dos riscos epidemiológicos do HIV ainda não é devidamente expressiva em Portugal. Pese

embora os progressos já realizados, as estratégias de redução das vulnerabilidades à infecção precisam contemplar de forma mais ampla e dialética os indivíduos e as estruturas sociais. Ao longo do texto foi possível constatar uma certa prevalência de abordagens preventivas monolíticas, centradas no sujeito e de aspecto psicologizante, em detrimento de estratégias combinadas de banda larga, socialmente mais sensíveis e com manifesta capacidade para atuar de modo integrado. Daí as observações no sentido de se procurar ir mais além da apologia do sexo seguro e intervir estruturalmente no campo da sexualidade. Tal como as considerações sobre as principais barreiras estruturais que ainda condicionam a eficácia da prevenção do HIV na esfera da toxicod dependência, apesar dos passos certos já dados em Portugal neste domínio com a despenalização do consumo de drogas e as políticas de redução de riscos e minimização de danos.

Em matéria de sexualidade, importa ponderar o desenvolvimento de modelos de intervenção que incidam naqueles que continuam a ser os grandes obstáculos à prevenção: as assimetrias de gênero, certos modelos de masculinidade, a pouca expressão da educação sexual em meio escolar e as situações de exclusão social – bem como de relativo desconhecimento e/ou de tênue enquadramento institucional – a que estão sujeitas muitas das populações-chave do combate à AIDS. No que diz respeito à toxicod dependência, urge intervir nas condições sociais que foram referidas no texto como altamente responsáveis pela persistência dos consumos e de ecologias de risco, nomeadamente a resistência à generalização do sistema de trocas de seringas no meio prisional, o laxismo político quanto à criação de infraestruturas para o consumo vigiado, algumas debilidades nos dispositivos de apoio social e terapêutico, a forte estigmatização que pende sobre os UDI e as redes de sociabilidade e disposições culturais subjacentes aos usos das drogas.

Muitos dos constrangimentos, quer em relação à sexualidade, quer à toxicod dependência, estão já devidamente identificados e, nalguns casos, até sujeitos a enquadramento legal e a políticas específicas que visam a eliminar os riscos de saúde pública que deles decorrem. Por razões ideológicas e de inércia política estratégica, esses constrangimentos mantêm-se de forma particularmente flagrante e gravosa no que concerne à educação sexual nas escolas, à rede nacional de SCV e à utilização de material de injeção e preservativos nos estabelecimentos prisionais. Nesses casos, a não operacionalização de quadros legislativos já existentes e que, à partida, se revelam ajustados, é em si mesma uma poderosa barreira

estrutural à prevenção do HIV. E nem mesmo as questões financeiras são desculpa para não se concretizarem essas medidas já previstas e comprovadamente acertadas. Nos últimos anos, os gastos anuais em prevenção do HIV em Portugal

têm sido na ordem da meia dezena de milhões de euros, enquanto as despesas com cuidados médicos e terapêuticos para as pessoas infectadas têm-se situado entre as duas e as três centenas de milhões de euros.

Agradecimentos

Ao Centro de Estudos Transdisciplinares para o Desenvolvimento (CETRAD-UTAD), entidade financiada por Fundos Europeus Estruturais e de Investimento, na sua componente FEDER, por meio do Programa Operacional Competitividade e Internacionalização (COMPETE 2020) [projeto nº 006971 (UID/SOC/04011)]; e por fundos nacionais por intermédio da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT, Portugal), no âmbito do projeto UID/SOC/04011/2013.

Referências

1. Seixas E. Rituais de risco e governamentalidade liberal na prevenção do VIH/SIDA. e-cadernos CES 2010; (8). <http://eces.revues.org/501> (acessado em 29/Mai/2015).
2. Ayres J, Paiva V, França Jr. I. From natural history of disease to vulnerability: changing concepts and practices in contemporary public health. In: Parker P, Sommer M, editors. Routledge handbook in global public health. Abingdon: Routledge; 2011. p. 98-107.
3. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Combination HIV prevention: tailoring and coordinating biomedical, behavioural and structural strategies to reduce new HIV infections. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2010.
4. Gupta G, Parkhurst J, Ogden J, Aggleton P, Mahal A. Structural approaches to HIV prevention. *Lancet* 2008; 372:764-75.
5. Sacramento O. A masculinidade como ameaça: reflexões antropológicas aplicáveis sobre comportamentos sexuais e doenças sexualmente transmissíveis, num contexto de prostituição. In: Pereira X, Mendes P, organizadores. *Textos de antropologia aplicada*. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro; 2005. p. 81-110.
6. Ribeiro FB, Sacramento O, Ribeiro M, Nogueira F, Cortinhas L. Diagnóstico sócio-sanitário do VIH/SIDA no distrito de Bragança (relatório de pesquisa). Vila Real: Centro de Estudos Transdisciplinares para o Desenvolvimento, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro; 2009.
7. Ribeiro FB, Sacramento O. A despistagem do VIH/sida: saúde pública e motivações dos utentes do teste rápido no Nordeste de Portugal. *Saúde Soc* 2014; 23:510-22.
8. Ribeiro FB, Sacramento O. Epidemia sem fronteiras: acção global, políticas públicas e o trajecto da luta contra a sida em Portugal. In: Martins M, Marques AP, Costa N, Matos M, organizadoras. *Trabalho em saúde. Desigualdades e políticas públicas*. Braga: Centro de Investigação em Ciências Sociais, Universidade do Minho/Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo da Cruz; 2014. p. 231-48.
9. Ribeiro FB, Sacramento O. Viver com a infecção: gestão da doença e quotidianos terapêuticos de doentes com VIH/sida no Nordeste de Portugal. *Revista Angolana de Sociologia* 2012; 10:111-30.
10. Sacramento O. Le travail social et le sida: bref aperçu de quelques axes d'intervention. In: VI Congresso Internacional da AIFRIS 2015. http://aifris.eu/03upload/uplolo/cv3638_1974.pdf (acessado em 22/Jun/2015).

11. Sacramento O, Ribeiro FB, organizadores. *Planeta sida: expressões multiculturais da epidemia, políticas públicas e respostas sociais*. Ribeirão: Húmus; no prelo.
12. Parker R. Sexuality, culture, and power in HIV/AIDS research. *Annu Rev Anthropol* 2001; 30: 163-79.
13. Coates T, Richter L, Cáceres C. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. *Lancet* 2008; 372:669-84.
14. Auerbach J, Parkhurst J, Cáceres C. Addressing social drivers of HIV/AIDS for the long-term response: conceptual and methodological considerations. *Glob Public Health* 2011; 6:293-309.
15. Auerbach J. Transforming social structures and environments to help in HIV prevention. *Health Aff (Millwood)* 2009; 28:1655-65.
16. Rhodes T, Singer M, Bourgois P, Friedman S, Strathdee S. The social structural production of HIV risk among injecting drug users. *Soc Sci Med* 2005; 61:1026-44.
17. Campbell C, Cornish F. Towards a “fourth generation” of approaches to HIV/AIDS management: creating contexts for effective community mobilization. *AIDS Care* 2010; 22:1569-79.
18. Campbell C, Cornish F. How can community health programmes build enabling environments for transformative communication? Experiences from India and South Africa. *AIDS Behav* 2012; 16:847-57.
19. Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:1335-42.
20. Paiva V, Pupo L, Barbosa R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2006; 40 Suppl: 109-19.
21. Abad J, Vilches A, Luján F. El SIDA como enfermedad social: análisis de su presencia e investigación. *Cuadernos de Trabajo Social* 2005; 18:33-55.
22. Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA. Programa nacional de prevenção e controlo da infeção por VIH/SIDA 2012-2016. <http://pnvihsida.dgs.pt/programa-nacional1111111111/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infecao-vihsida-2012-2016111111.aspx> (acessado em 21/Mai/2015).
23. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Getting to zero: 2011-2015 strategy*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2010.
24. Martins H, Shivaji T. Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2013. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; 2014.
25. Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA. Portugal: infecção VIH, SIDA e tuberculose em números – 2014. Lisboa: Direção-Geral de Saúde; 2014.
26. Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA. Programa troca de seringas: fluxogramas de intervenção. <http://pnvihsida.dgs.pt/programatrocaseringas/fluxogramas-de-intervencao.aspx> (acessado em 20/Mai/2015).
27. Direção-Geral de Saúde. Abertura do processo de candidatura a financiamento público a projetos no âmbito do programa nacional para a infeção VIH/sida. <http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/edital-concurso-2014-n10-pdf.aspx> (acessado em 20/Abr/2015).
28. Frias A, Teixeira F. Sexualidade e género em campanhas de prevenção da infeção por VIH/Sida: “desconstruir para (re)educar”. *Indagatio Didáctica* 2014; 6:164-75.
29. Pinto-Coelho Z, Ribeiro S, Pires H, Fernandes E, Silva P. Pensando as campanhas de prevenção do VIH/SIDA: uma proposta de investigação. In: *Actas da VIII Conferência Lusocom* 2009. http://conferencias.ulusofoa.pt/index.php/sopcom_iberico/sopcom_iberico09/paper/viewFile/492/482 (acessado em 23/Mai/2015).
30. Rebello L, Gomes R, Sousa A. Homens e a prevenção da aids: análise da produção do conhecimento da área da saúde. *Interface Comun Saúde Educ* 2011; 15:67-78.
31. Dowsett G. Algumas considerações sobre sexualidade e género no contexto da AIDS. *Questões de Saúde Reprodutiva* 2006; 1:39-49.
32. Connell R. *Masculinities*. Cambridge: Polity Press; 1995.
33. Saavedra L, Nogueira C, Magalhães S. Discursos de jovens adolescentes portugueses sobre sexualidade e amor: implicações para a educação sexual. *Educação & Sociedade* 2010; 31:135-56.
34. Ramiro L, Reis M, Matos M, Diniz J, Simões C. Educação sexual, conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos nos adolescentes. *Rev Port Saúde Pública* 2011; 29:11-21.
35. Lei nº 60/2009, de 6 de agosto – Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar. *Diário da República Portuguesa* 2009; 1ª série, 151:5097-8.
36. Matos M, Reis M, Ramiro L, Ribeiro J, Leal I. Educação sexual em Portugal: legislação e avaliação da implementação nas escolas. *Psicol Saúde Doenças* 2014; 15:335-55.
37. Alvarez T, Vieira C. O papel da educação no caminho que falta percorrer em Portugal na desconstrução dos estereótipos de género: breves reflexões. *Exedra* 2014; *Suplemento Sexualidade, Género e Educação*:8-17.
38. Noronha N. GAT defende “prevenção específica” para grupos mais vulneráveis à infeção por VIH. Agência Lusa 2013; 20 nov. <http://lifestyle.sapo.pt/saude/noticias-saude/artigos/gat-defende-prevencao-especifica-para-grupos-mais-vulneraveis-a-infecao-por-vih?formato=pdf> (acessado em 20/Abr/2015).
39. Grupo de Ativistas em Tratamentos. Manifesto pela prevenção do VIH: precisamos da PrEP agora! <http://www.gatportugal.org/public/uploads/tomadasposicao/The%20HIV%20Prevention%20Manifesto%20-%20Portuguese.pdf> (acessado em 12/Mai/2015).
40. Eaton L, Kalichman S. Risk compensation in HIV prevention: implications for vaccines, microbicides, and other biomedical HIV prevention technologies. *Curr HIV/AIDS Rep* 2007; 4:165-72.

41. Underhill K. Study designs for identifying risk compensation behavior among users of biomedical HIV prevention technologies: balancing methodological rigor and research ethics. *Soc Sci Med* 2013; 94:115-23.
42. Delicado A. Respostas institucionais à SIDA: o papel do Estado e das ONGs. In: Maia M, Ferreira P, organizadores. *VIH/sida e ciências sociais: diversidade e percursos de investigação*. Porto: Afrontamento; 2014. p. 31-48.
43. Maia M, Rodrigues C. As organizações da sociedade civil na prevenção das infeções sexualmente transmissíveis em trabalhadoras do sexo, em Portugal. *Saúde Soc* 2014; 23:77-90.
44. Coutinho J, Oliveira A. Redução de riscos no trabalho sexual em Portugal: representações dos técnicos interventores. *Psicol Saúde Doenças* 2014; 15:538-53.
45. Shannon K, Kerr T, Allinott S, Chettiar J, Shovelier J, Tyndall M. Social and structural violence and power relations in mitigating HIV risk of drug-using women in survival sex work. *Soc Sci Med* 2008; 66:911-21.
46. Silva MC, Machado H, Silva S. Direito, ciência e o corpo feminino: a prostituição como "objecto de fronteira". *Cadernos do Noroeste* 2002; 18:183-203.
47. Rocha CMF, Dias SF, Gama AF. Conhecimentos sobre o uso de contraceptivos e prevenção de DST: a percepção de mulheres imigrantes. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:1003-12.
48. Ball AL. HIV, injecting drug use and harm reduction: a public health response. *Addiction* 2007; 102:684-90.
49. Collins SE, Clifasefi S, Logan D, Samples L, Somers J, Marlatt G. Current status, historical highlights, and basic principles of harm reduction. In: Marlatt G, Larimer M, Witkiewitz K, editors. *Harm reduction: pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. New York: Guilford Press; 2012. p. 3-35.
50. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Políticas da droga em Portugal. <http://www.sicad.pt/PT/PoliticaPortuguesa/SitePages/Home%20Page.aspx> (acessado em 27/Abril/2015).
51. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Estruturas existentes. <http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/Estruturas/Paginas/default.aspx> (acessado em 26/Abr/2015).
52. Andrade PV, Carapinha L, Sampaio M, Shirley S, Rodrigues I, Silva M. Para além do espelho: a intervenção de proximidade nas toxicodependências. *Revista Toxicodependências* 2007; 13:9-24.
53. Prorgama Nacional para a Infecção VIH/SIDA. Programa de troca de seringas. <http://pnvihsida.dgs.pt/programatrocaseringas.aspx> (acessado em 28/Abr/2015).
54. Marsden VF. Comportamentos de risco ao HIV em utilizadores de heroína em um distrito português: estudo qualitativo. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2009; 31:138-44.
55. Bastos JP. Sala de chuto avança com nova localização. *Jornal Expresso* 2015; 6 jun. <http://expresso.sapo.pt/sociedade/2015-06-06-Sala-de-chuto-a-vanca-com-nova-localizacao> (acessado em 12/Jun/2015).
56. Jürgens R, Ball A, Verster A. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *Lancet Infect Dis* 2009; 9:57-66.
57. Barbosa J. A emergência da redução de danos em Portugal: da "clandestinidade" à legitimação política. *Revista Toxicodependências* 2009; 15:33-42.
58. Barros H, Ramos E, Lucas R. A survey of HIV and HCV among female prison inmates in Portugal. *Cent Eur J Public Health* 2008; 16:116-20.
59. Dolan K, Moazen B, Noori A, Rahimzadeh S, Farzadfar F, Hariga F. People who inject drugs in prison: HIV prevalence, transmission and prevention. *Int J Drug Policy* 2015; 26 Suppl 1:S12-5.
60. Jürgens R, Betteridge G. Prisoners who inject drugs: public health and human rights imperatives. *Health Hum Rights* 2005; 8:46-74.
61. Paiva V, Ferguson L, Aggleton P, Mane M, Kelly-Hanku A, Giang LM, et al. The current state of play of research on the social, political and legal dimensions of HIV. *Cad Saúde Pública* 2015; 31:477-86.

Abstract

This article debates the principal guidelines and procedures that shape HIV/AIDS prevention in Portugal, focusing on risk reduction in the two major scenarios for spread of the epidemic: sexuality and injection drug use. The analysis views the risks of infection as expressions of practices that are densely interwoven into social structures and cultural frameworks. Based on this conception, the article seeks to evaluate and understand the extent to which preventive strategies take a broad and integrative underlying approach by including individuals and their circumstances. Meanwhile, the study identifies some of the main structural constraints impeding the achievement of more favorable conditions for minimizing risks and adopting safe behaviors. These analytical exercises include not only policy and program guidelines, but also processes in daily reality, showing how the non-implementation of measures already guaranteed by law poses powerful structural barriers to HIV prevention.

HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Primary Prevention; Harm Reduction

Resumen

El texto debate las principales orientaciones y procedimientos que configuran la prevención primaria del VIH/SIDA en Portugal, prestando especial atención a la reducción de riesgos en los dos grandes escenarios de propagación de la epidemia: la sexualidad y el consumo de drogas inyectables. En el análisis, los riesgos de infección son considerados como expresiones de prácticas densamente imbricadas en estructuras sociales y cuadros culturales. A la luz de esa concepción, se procura evaluar y comprender en qué medida las estrategias preventivas conllevan subyacentemente un enfoque amplio e integrador, incluyendo a los individuos y sus circunstancias. Simultáneamente, se identifican algunos de los grandes obstáculos estructurales, que todavía se encuentran en la concretización de condiciones propicias para la minimización de riesgos y a la adopción de comportamientos seguros. En estos ejercicios analíticos no se ponderan solamente las orientaciones políticas y programáticas, sino también procesos sobre el terreno, de forma a demostrar que la no operacionalización de medidas ya previstas y legisladas constituye, por sí misma, una poderosa barrera estructural a la prevención del VIH.

VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Prevención Primaria; Reducción del Daño

Recebido em 10/Ago/2015
Versão final reapresentada em 23/Fev/2016
Aprovado em 22/Mar/2016