



# *GUIA* **PEGA A VISÃO**

Um guia de implementação da redução de danos na prevenção combinada para trabalhadores do SUS, SUAS, RAPS e programas de IST/Aids

**Centro de Convivência É de Lei**

São Paulo, 2025

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>4</b>
<b>PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV</b>	<b>6</b>
O que é Prevenção Combinada?	6
As três abordagens da Prevenção Combinada	6
Abordagem Biomédica	6
Abordagem Comportamental	7
Abordagem Estrutural	7
A Mandala da Prevenção Combinada	8
<b>O QUE É REDUÇÃO DE DANOS?</b>	<b>10</b>
Histórico da Redução de Danos	10
Como construir uma abordagem em redução de danos	11
Redução de Danos na Prevenção de IST/HIV/Aids	14
<b>CONTEXTOS DA PREVENÇÃO</b>	<b>15</b>
Populações-chave e Prioritárias	15
Dados Epidemiológicos	15
Pessoas em Situação de Rua	16
Chemsex: Um Contexto Emergente	17
<b>DISCRIMINAÇÃO E ESTIGMA</b>	<b>18</b>
Estigma social	18
Impactos do Estigma na Saúde	20

## **BOAS PRÁTICAS EM REDUÇÃO DE DANOS** **21**

Como Acessar as Populações em Situação de Rua 21

Dicas para Agentes de Prevenção 23

Informações Essenciais sobre Saúde Sexual 25

Estratégias de Uso Mais Seguro de Drogas 26

O que Evitar e o que Oportunizar 27

## **SOBRE O É DE LEI E O PROJETO PEGA A VISÃO** **28**

Centro de Convivência E de Lei 28

Nossa teoria de mudança 28

Projeto Pega a Visão 29

Contato 29

## **REFERÊNCIAS** **30**

## APRESENTAÇÃO

Este Guia foi elaborado pelo Centro de Convivência É de Lei como parte do projeto “Pega a Visão: ações de redução de danos no contexto da prevenção combinada”, com o objetivo de sistematizar práticas de redução de danos aplicadas à prevenção combinada do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST). O material que você tem em mãos é resultado de mais de 25 anos de experiência em campo, dialogando com pessoas que usam drogas, populações em situação de vulnerabilidade e profissionais de diversas áreas da saúde e assistência social.

A proposta é que este documento sirva como ferramenta de apoio técnico para trabalhadores e trabalhadoras do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e dos programas de IST/Aids. Queremos compartilhar estratégias que podem ser adaptadas aos diferentes contextos e territórios brasileiros, respeitando as singularidades de cada população atendida e cada realidade local.

A redução de danos, enquanto abordagem ética e baseada em evidências, orienta todas as reflexões aqui apresentadas. Acreditamos que o cuidado em saúde deve partir do respeito à autonomia das pessoas, reconhecendo suas escolhas e trabalhando junto com elas na construção de estratégias de proteção que façam sentido em

suas vidas. Não se trata de impor caminhos ou moralizações, mas de ampliar possibilidades e reduzir riscos.

Este Guia prioriza populações historicamente vulnerabilizadas e afetadas pela política de drogas: travestis, mulheres e homens trans, pessoas não-binárias, homens gays, bissexuais, pansexuais e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), profissionais do sexo e pessoas em situação de rua. São pessoas que, por diversas razões seja por estigma, discriminação, violência estrutural ou até mesmo pelas barreiras de acesso, frequentemente estão distantes dos serviços de saúde e necessitam de abordagens focadas e acolhedoras.

Esperamos que outras instituições, organizações da sociedade civil e coletivos se inspirem neste trabalho e façam dele algo seu, adaptando as estratégias às suas realidades específicas. A luta contra o HIV/Aids sempre foi construída coletivamente, e é nessa tradição de solidariedade e cuidado compartilhado que este Guia se insere.

Que este material contribua para o fortalecimento das ações de prevenção em seus territórios e para a qualificação do cuidado ofertado às populações mais afetadas pela epidemia de HIV/Aids no Brasil.

## PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV

### O que é Prevenção Combinada?

A Prevenção Combinada é uma estratégia que une diferentes abordagens de prevenção ao HIV, aplicadas em múltiplos níveis: individual, nas parcerias, nos grupos sociais e na sociedade, de forma a responder às necessidades específicas de cada segmento populacional e formas de transmissão do vírus. Essa estratégia reconhece que **não existe uma única forma de prevenir o HIV** que funcione para todas as pessoas em todas as situações.

O conceito se baseia em dois pressupostos fundamentais. O primeiro remete à combinação de três tipos de abordagens na formulação de estratégias de prevenção: biomédica, comportamental e estrutural. O segundo pressuposto diz respeito aos diferentes focos das ações de prevenção, que podem ser centradas tanto nas pessoas individualmente quanto em seus grupos sociais e na sociedade em que vivem. A premissa básica é que estratégias de prevenção abrangentes devem observar, de forma concomitante, esses diferentes focos, sempre considerando as singularidades dos sujeitos e as especificidades dos meios em que estão inseridos.

### As três abordagens da Prevenção Combinada

#### Abordagem Biomédica

Concentra-se em intervenções que utilizam métodos médicos e tecnológicos para prevenir a transmissão do HIV. Inclui o uso de preservativos externos e internos, a

Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), a Terapia Antirretroviral (TARV) para pessoas vivendo com HIV, o que reduz a carga viral a níveis indetectáveis, tornando o vírus intransmissível por via sexual (Indetectável = Intransmissível ou I=I). Além da testagem regular, imunização para Hepatite B e HPV e tratamento de outras IST.

## **Abordagem Comportamental**

Envolve intervenções que visam modificar comportamentos individuais e sociais para reduzir o risco de transmissão do HIV. Inclui educação em saúde sexual e reprodutiva, promoção do teste de HIV e aconselhamento pré e pós-teste, incentivo à testagem rotineira e regular, adesão ao uso de preservativos, cuidado contínuo às pessoas vivendo com HIV e redução de danos para pessoas que usam álcool e outras drogas, silicone industrial e hormônios. Esta abordagem considera a dimensão do desejo, do prazer e da autonomia das pessoas em suas práticas de autocuidado.

## **Abordagem Estrutural**

Concentra-se em fatores sociais, econômicos e políticos mais amplos que influenciam o risco de transmissão do HIV e o acesso aos serviços de prevenção e tratamento. Inclui a melhoria do acesso aos serviços de saúde, a redução das desigualdades sociais e econômicas, a implementação de políticas e leis que protejam os direitos das pessoas vivendo com HIV, o combate ao estigma e à

discriminação, e o fomento ao protagonismo e empoderamento das populações mais afetadas.

## A Mandala da Prevenção Combinada

O Ministério da Saúde utiliza a imagem de uma mandala para representar a Prevenção Combinada do HIV. No centro da mandala estão as populações-chave e prioritárias. Ao redor, distribuem-se as diferentes estratégias de prevenção, que incluem: testagem regular para o HIV e outras IST; uso de preservativos externos, internos e gel lubrificante; PrEP e PEP; tratamento de pessoas vivendo com HIV (TARV); redução de danos; prevenção da transmissão vertical; imunização para Hepatite B e HPV; e diagnóstico e tratamento das IST.

A mandala representa visualmente que todas essas estratégias devem estar articuladas e disponíveis para as populações que mais necessitam, de acordo com suas especificidades e contextos de vida. **Não se trata de escolher uma ou outra estratégia, mas de combiná-las de forma a ampliar a proteção e o cuidado oferecidos.** As pessoas podem usar uma dessas ferramentas de cada vez ou combiná-las de acordo com seu momento e preferências pessoais (BRASIL, 2017).



## O QUE É REDUÇÃO DE DANOS?

A Redução de Danos (RD) é uma estratégia de saúde pública e direitos humanos que busca minimizar os possíveis danos e riscos associados ao uso de substâncias psicoativas, sem necessariamente exigir a abstinência ou interrupção do consumo. Fundamenta-se no respeito pela autonomia das pessoas, reconhecendo que nem todos os indivíduos que usam drogas desejam ou conseguem cessar seu uso, especialmente em contextos de vulnerabilidade social extrema.

A RD está regulamentada pela Portaria GM/MS nº 1.028, de 1º de julho de 2005, e pela Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. No contexto da prevenção às IST, HIV/Aids e hepatites virais, as ações de redução de danos estão voltadas principalmente às pessoas que usam álcool e outras drogas, silicone líquido industrial e hormônios, e têm por objetivo evitar a transmissão dessas infecções, melhorar a qualidade de vida e garantir o acesso à saúde.

### Histórico da Redução de Danos

A origem da Redução de Danos data de 1926, na Inglaterra, com a publicação do Relatório Rolleston, que indicava a prescrição médica de opiáceos para dependentes químicos de heroína. Historicamente, essa abordagem ganhou força nos anos 1980 em resposta à epidemia de HIV e hepatites virais entre pessoas que usavam drogas injetáveis. Programas de troca de seringas implementa-

dos na Holanda, Reino Unido e posteriormente no Brasil demonstraram que era possível reduzir significativamente a transmissão de infecções sem aumentar o consumo de drogas.

No Brasil, a redução de danos data do final da década de 1980 com a troca de seringas usadas por estéreis nas cenas de uso de drogas injetáveis em Santos, visando conter a disseminação do HIV/Aids, já que o compartilhamento de seringas era uma prática constante. Desde então, a redução de danos consolidou-se como uma perspectiva multidisciplinar que atua em saúde, cultura, educação, assistência social, trabalho e geração de renda.

### Como construir uma abordagem em redução de danos

Não há fórmulas para aplicar a redução de danos.

Estratégias utilizadas na década de 80 para o cuidado no uso de cocaína injetável, hoje são constantemente repensadas. Isso só é possível a partir de uma construção entre trabalhadores, trabalhadoras, usuários e usuárias, considerando que muito mudou desde então, como o consumo, por exemplo, que deixou de ser injetado para ser fumado.

**A invenção e a criatividade são princípios organizadores da atuação a partir da RD.** O grande desafio é escutar sobre o padrão de uso de cada pessoa e construir, junto com ela, estratégias que reduzam os danos e façam sentido para o seu contexto.

A seguir, reunimos alguns princípios que guiam as estratégias de redução de danos.

**Dignidade, compaixão e respeito:** Trata-se de reconhecer a humanidade de cada pessoa, independentemente de suas escolhas ou comportamentos. Rejeita a estigmatização deliberada e o uso de linguagem pejorativa que perpetua estereótipos prejudiciais.

**Defesa dos direitos humanos universais:** Compromete-se com o direito ao melhor padrão possível de atendimento em saúde, serviços sociais, trabalho digno, acesso a benefícios científicos e liberdade de expressão e movimento.

**Evidência científica e viabilidade econômica:** As estratégias de redução de danos baseiam-se em pesquisas robustas e são economicamente viáveis. Frequentemente envolvem ações de baixo custo e alto impacto, o que facilita sua implementação em contextos com recursos limitados.

**Oposição a políticas e práticas prejudiciais:** Questiona ativamente políticas que aumentam danos, como criminalizações despropositadas, discriminação sistêmica e abordagens repressivas que afastam as pessoas dos serviços de saúde.

**Participação ativa e protagonismo:** Valoriza a participação das pessoas que usam drogas na formulação e implementação de políticas públicas. Reconhece que quem vive a experiência possui conhecimento crucial para transformar práticas.

**Flexibilidade e criatividade:** Não há uma fórmula rígida em redução de danos. O diálogo atento com as

peçoas sobre seus padrões de uso, suas demandas e necessidades é essencial. Ouvir, aprender e juntos pensar estratégias que façam sentido para minimizar danos relacionados ao consumo é o grande desafio.



## Redução de Danos na Prevenção de IST/HIV/Aids

No contexto da prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), HIV/Aids e Hepatites B e C, as ações de Redução de Danos são direcionadas às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, silicone líquido industrial e hormônios. Segundo o Ministério da Saúde, as ações podem variar desde a oferta de insumos, de forma singularizada, para prevenir a transmissão sexual ou parenteral, por meio de intervenções comportamentais, até intervenções estruturais relacionadas à redução do estigma, de inequidades e de barreiras de acesso à saúde.

A RD propõe não apenas intervenções comportamentais, mas também um repertório de cuidado integral e intersetorial, que inclui um conjunto de estratégias singulares e coletivas voltadas às pessoas que usam drogas e sua rede social e afetiva. Como intervenção estrutural, a Redução de Danos preconiza o reconhecimento da pessoa em seu papel autorregulador, sem condicionar o acesso e o cuidado à abstinência e incentivando-a ao protagonismo nas ações de prevenção e de tratamento.

## CONTEXTOS DA PREVENÇÃO

### Populações-chave e Prioritárias

O Ministério da Saúde estabelece como foco da resposta ao HIV as populações-chave e prioritárias, reconhecendo que esses segmentos apresentam diferenças nos modos como são afetados pelo HIV. Essa estratégia obedece ao princípio da equidade: o atendimento de acordo com as necessidades de cada pessoa, oferecendo mais a quem mais precisa.

**Populações-chave:** gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas trans, trabalhadoras(es) do sexo, pessoas que usam álcool e outras drogas, e pessoas privadas de liberdade.

**Populações prioritárias:** população negra, população indígena, pessoas em situação de rua e jovens.

### Dados Epidemiológicos

As pessoas que usam álcool e outras drogas constituem uma população desproporcionalmente afetada por IST, HIV/Aids e hepatites virais. A vulnerabilidade não é uma característica intrínseca dessas pessoas, mas resulta de contextos sociais, econômicos, culturais e políticos específicos que amplificam os riscos.

Segundo a Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack realizada pela Fiocruz, pessoas usuárias de crack e/ou similares no Brasil apresentam uma prevalência de HIV oito vezes maior do que a estimada para a população geral brasileira. Nas capitais, aproximadamente 47% dos

usuários de crack encontravam-se em situação de rua no momento da pesquisa.

A pesquisa revelou ainda que 71% dos usuários afirmaram fazer uso compartilhado de apetrechos para utilização do crack e similares nos 30 dias anteriores à pesquisa, e 42% relataram ter trocado sexo por drogas e/ou dinheiro no mesmo período. A prevalência de HIV foi mais elevada entre as mulheres (8,17%) do que entre os homens (4,01%), e também maior entre aqueles que trocaram sexo por dinheiro e/ou drogas (6,55%) em comparação aos que não o fizeram (2,89%). Esses dados demonstram a importância de direcionar ações de prevenção específicas para essa população.

### **Pessoas em Situação de Rua**

Estar em situação de rua é um fator agravante, e muitas vezes determinante, ao risco de contrair doenças infecciosas transmissíveis. Segundo o Ministério da Saúde, uma pessoa em situação de rua tem 54 vezes mais chances de contrair tuberculose se comparada à população geral. As pessoas em situação de rua enfrentam barreiras significativas ao acesso a serviços de saúde e assistência social: ausência de moradia estável, falta de documentação, discriminação e julgamentos morais que frequentemente caracterizam a abordagem institucional, afastando essas pessoas dos serviços.

## Chemsex: Um Contexto Emergente

O termo chemsex refere-se ao uso sexualizado de substâncias psicoativas, geralmente associado a práticas sexuais entre homens gays, bissexuais e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), mas também presente entre mulheres trans, pessoas não-binárias e outras expressões dissidentes de gênero e sexualidade. As substâncias frequentemente envolvidas incluem GHB, metanfetamina, cocaína, MDMA, ketamina e poppers, que se combinam a contextos de prazer, performance, pertencimento e risco.

No Brasil, estima-se que 12,9% dos HSH praticaram chemsex nos últimos 12 meses. Estudos indicam que HSH que participaram de chemsex apresentaram maior prevalência de relações anais sem preservativo, sexo em grupo, múltiplos parceiros sexuais e de HIV e IST, em comparação com HSH que não participaram.

A dinâmica do chemsex apresenta peculiaridades que demandam abordagens específicas. Frequentemente ocorre em contextos de festas, saunas, aplicativos de encontros e ambientes de sexualidade comercial, o que requer estratégias de prevenção que alcancem essas pessoas nesses espaços. O uso de drogas nesse contexto não ocorre isolado de questões psicossociais: solidão, exclusão social, busca por conexão, questões de autoestima e exposição a práticas predatórias são elementos que atravessam essa realidade. Portanto, ações de redução de danos em chemsex devem integrar apoio psicossocial, informações de saúde sexual e acesso a tecnologias preventivas como PrEP, PEP e testagem rápida.

## DISCRIMINAÇÃO E ESTIGMA

A discriminação e o estigma estão entre os principais obstáculos para a prevenção, tratamento e cuidado em relação ao HIV. Pesquisas têm mostrado que o estigma prejudica os esforços no enfrentamento da epidemia, ao fazer com que as pessoas tenham medo de procurar informações, serviços e métodos que reduzam o risco de infecção. A Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou a dependência de drogas ilícitas como a condição de saúde mais estigmatizada do mundo (GOFFMAN, 1963).

### Estigma social

O estigma é construído socialmente com base em estereótipos, os quais surgem a partir de crenças, costumes, valores e hábitos de uma sociedade.

O preconceito origina-se dos estereótipos e se manifesta como crenças e julgamentos antecipados, ou seja, acredita-se que tal pessoa seja de determinado modo, mas não necessariamente esse é um ato consciente. Com base nisso, os estereótipos e preconceitos geram medo do desconhecido.

A discriminação ocorre quando preconceitos se transformam em ações concretas, conscientes ou não. São atitudes que excluem, limitam direitos ou impedem o acesso de pessoas a espaços, serviços e oportunidades com base em características como raça, gênero, classe social, sexualidade, condição de saúde ou uso de substâncias psicoativas ilícitas.

Já o estigma social afeta de forma desproporcional grupos que historicamente enfrentam discriminação, incluindo: mulheres, população negra, de baixa renda, trans, travestis e outros corpos dissidentes, pessoas vivendo com HIV, que fazem uso de substâncias psicoativas ilícitas etc.

Entretanto as pessoas internalizam os estereótipos negativos e preconceitos que a sociedade os impõe. Este processo é chamado de estigma internalizado. Passam a acreditar no que os outros pensam ao seu respeito e deixam de acreditar naquilo que realmente são. Como consequência desse processo, quem internaliza os estigmas desenvolve baixa autoestima, vergonha, culpa e isolamento, sendo um grande obstáculo para o autocuidado e a recuperação, e agravando o sofrimento emocional.

No caso, pessoas usuárias de drogas, passam a se perceber de forma depreciativa por internalizarem os estereótipos, os quais são: pessoas violentas, criminosas, perigosas, responsáveis pelas suas próprias condições, incapazes de tomar decisões, imprevisíveis etc. Diante disso as consequências chegam a ser estruturais como o afastamento ou exclusão dessas pessoas à políticas públicas por serem baseadas em abordagens proibicionistas que amplificam essas representações equivocadas, marginalizando e discriminando ainda mais essas populações.

Essas estruturas criam barreiras para a inclusão social e limitam o acesso aos serviços de saúde e apoio, além de excluir essas pessoas dos campos educacional,

profissional e político.

Portanto, compreender como o estigma é construído socialmente é fundamental para desenvolvermos práticas de Redução de Danos mais acolhedoras e efetivas.

## **Impactos do Estigma na Saúde**

O estigma e a discriminação das pessoas que usam drogas diminuem a possibilidade dessa população adotar práticas de cuidado e se vincular aos serviços de saúde e assistência. Acessar o serviço e falar sobre seu uso é um momento difícil e chave para a vinculação com a pessoa. Por isso, é importante evitar julgamento e ter uma postura acolhedora. A confiança é fundamental para o atendimento em saúde.

É importante ressaltar que muitas vezes os estigmas e as discriminações se sobrepõem, não atuando de maneira independente. Por exemplo, uma mulher negra, lésbica, usuária de crack, gestante e com passagem pelo sistema de justiça criminal irá vivenciar a sobreposição dessas categorias sociais.

A redução de danos, ao adotar uma abordagem baseada em evidências e princípios humanitários, desempenha papel fundamental no enfrentamento desses estigmas. Ao oferecer cuidado sem julgamento, promover dignidade e autonomia, e defender ativamente os direitos humanos, a redução de danos desafia as estruturas que perpetuam discriminação.

Compreender a interseccionalidade é fundamental para garantir o acesso à saúde e a qualidade de vida.

## BOAS PRÁTICAS EM REDUÇÃO DE DANOS

Esta seção apresenta orientações práticas para profissionais que trabalham com a prevenção de IST/HIV/Aids junto a populações em situação de vulnerabilidade. As recomendações foram construídas a partir da experiência do É de Lei e de evidências técnicas e científicas sobre abordagens efetivas em redução de danos.

### Como Acessar as Populações em Situação de Rua

O acesso às populações em situação de vulnerabilidade requer uma postura ética e de respeito. A busca ativa pelos serviços de saúde é considerada uma grande janela de oportunidades na criação do vínculo para o cuidado. Trabalhar com pessoas em situação de rua demanda disposições e práticas que reconheçam a complexidade de suas realidades e o distanciamento histórico que essas pessoas têm de políticas e serviços públicos.

**Construção de vínculo como fundamento:** O estabelecimento de relacionamento de confiança é prioritário. Não é possível desenvolver ações significativas sem antes conhecer a pessoa, suas necessidades, seus medos e suas esperanças. Isso exige presença consistente no território, reconhecer os mesmos rostos, participar da vida cotidiana das pessoas.

**Estar nos espaços onde as pessoas estão:** As pessoas em situação de rua não esperam por você em uma sala de atendimento. É necessário sair das instituições e ir ao encontro delas nas ruas, nos parques, nos viadutos, nas

ocupações. A abordagem “de rua” significa estar onde as atividades da vida se desdobram.

**Respeito pela autonomia e pelas escolhas:** Não se trata de impor caminhos ou moralizações. Se a pessoa está em uso de drogas, o ponto de partida não é a abstinência, mas como ela está usando de forma mais segura. Se está em situação de rua, não é para sair dela como condição para receber cuidado, mas para cuidar enquanto ela está na rua.

**Oferta de insumos e cuidado imediato:** Levar preservativos, lubrificantes, filtros para inalação, água potável, alimentos, itens de higiene pessoal, absorventes, curativos. Esses insumos não são apenas ferramentas de prevenção, mas mensagens concretas de que aquela pessoa importa, que merece cuidado.

**Abordagem de baixa exigência:** Flexibilidade em relação a pré-requisitos. Não exigir documentação, não condicionar cuidado a compromissos que a pessoa em situação de rua não consegue cumprir. Aceitar que ela possa vir uma única vez, ou vir quando conseguir. A falta do Cartão do SUS não deve inviabilizar o acolhimento.

## Dicas para Agentes de Prevenção

- 1. Aproxime-se com respeito e sem julgamento.** Evite expressões faciais de desaprovação ou olhares atravessados. A pessoa percebe quando você está desconfortável ou a julga. Cumprimente, pergunte o nome, apresente-se. Trate a pessoa como você gostaria de ser tratado.
- 2. Escute mais do que fale.** A escuta qualificada é uma intervenção que potencializa a organização e a promoção de saúde. Deixe a pessoa contar sua história, suas necessidades, suas preocupações. Não interrompa para dar conselhos ou fazer julgamentos morais.
- 3. Reconheça as necessidades imediatas.** Pode ser que naquele momento a pessoa necessite de cuidados mais básicos, como tomar um banho, comer ou beber água. Valorizar o sofrimento do usuário significa entender quais são suas expectativas e o que o serviço pode oferecer naquele momento.
- 4. Ofereça insumos de prevenção de forma prática e acessível.** Preservativos externos e internos, gel lubrificante, kits de redução de danos (piteiras de silicone, água para uso, recipientes individuais). Explique como usar e por que são importantes, sem sermões.

5. **Fale sobre testagem de forma natural.** Informe sobre os locais onde a pessoa pode fazer teste rápido de HIV, sífilis e hepatites. Explique que é rápido, gratuito e confidencial. Ofereça o autoteste quando disponível. Não force — respeite o tempo da pessoa.
6. **Conheça a rede de serviços do território.** Tenha mapeados os serviços de saúde (UBS, CAPS AD, CTA, SAE), assistência social (CRAS, CREAS, Centro POP) e outros recursos do território. Encaminhe de forma responsável — sempre que possível, faça o contato prévio com o serviço.
7. **Informe sobre PrEP e PEP.** Muitas pessoas não conhecem essas estratégias de prevenção. Explique que a PrEP é um medicamento que previne o HIV antes da exposição, e a PEP é uma urgência médica que deve ser iniciada em até 72 horas após uma situação de risco.
8. **Trabalhe com a realidade da pessoa.** Se a pessoa usa drogas, não exija abstinência como condição para o cuidado. Converse sobre estratégias para reduzir os riscos: não compartilhar apetrechos de uso, usar preservativo mesmo nas trocas de sexo por drogas, fazer testagem regular.
9. **Construa vínculo ao longo do tempo.** A relação de confiança não se estabelece em um único encon-

tro. Volte a procurar a pessoa, pergunte como ela está, demonstre interesse genuíno. A continuidade do cuidado é fundamental.

- 10. Cuide de você também.** O trabalho de campo pode ser emocionalmente intenso. Busque espaços de supervisão, troque experiências com colegas, cuide da sua saúde mental. Você só pode cuidar bem dos outros se estiver bem.

### Informações Essenciais sobre Saúde Sexual

Ao abordar temas de saúde sexual com pessoas em situação de rua, utilize linguagem simples e direta. Evite termos técnicos quando possível, mas não subestime a capacidade de compreensão das pessoas. Pergunte se a pessoa conhece o assunto antes de explicar, e adapte sua fala ao nível de conhecimento prévio.

- O preservativo é a forma mais acessível de prevenir HIV e outras IST. Está disponível gratuitamente em UBS, CAPS, CTA e outros serviços de saúde.
- O teste de HIV é rápido (resultado em 20 minutos), gratuito e confidencial. Pode ser feito em qualquer UBS ou CTA, sem necessidade de documentos.
- Pessoa com HIV em tratamento e carga viral indetectável não transmite o vírus (I=I). O tratamento está disponível no SUS.
- A PEP (profilaxia pós-exposição) pode prevenir o HIV se iniciada em até 72 horas após uma situação de risco. Procure uma UPA ou hospital.

- A PrEP (profilaxia pré-exposição) é um comprimido diário que previne o HIV. Disponível no SUS para pessoas com maior risco de exposição.
- Sífilis e outras IST podem não apresentar sintomas visíveis. A testagem regular é a melhor forma de diagnóstico e tratamento precoce.
- Compartilhar apetrechos de uso de drogas (cachimbos, canudos, agulhas) pode transmitir hepatites virais. Use sempre material individual.

## Estratégias de Uso Mais Seguro de Drogas

Em vez de dizer “não use”, ofereça orientações práticas. Reconheça que nem toda pessoa que usa drogas apresenta padrão problemático, e que a avaliação deve ser individualizada, atenta ao sofrimento da pessoa, não a preconceitos.

**Para inalação de crack:** usar cachimbo individual e com filtro (evita lesões bucais e compartilhamento); filtrar a água que é usada; não compartilhar utensílios; beber água e comer antes e depois do uso.

**Para injeção:** seringa só sua, agulha nova a cada uso, água destilada se possível, desinfetar o local antes, não injetar sozinho.

**Para qualquer droga:** ter alguém com você, não usar em circunstâncias perigosas (dirigindo, em local violento), respeitar seus limites, conhecer os sinais de overdose.

**Em contexto de chemsex:** não misturar substâncias; começar com pequenas quantidades; manter-se hidratado.

do; ter preservativos e lubrificante disponíveis; conhecer os efeitos e riscos das substâncias utilizadas; ter alguém de confiança por perto.

## O que Evitar e o que Oportunizar

<b>EVITAR</b>	<b>OPORTUNIZAR</b>
Juízos de valor, estigmas e preconceitos	Singularidade com valorização da história da pessoa
Barreiras no acesso	Legitimar a demanda e ofertar atendimento
Institucionalizar o processo de cuidado	Busca ativa, ações no território e parcerias intersetoriais
Prática de dar conselhos	Construir possibilidades com o usuário
Relação assistencialista	Promoção de autonomia e protagonismo
Exigir abstinência para ofertar cuidado	Baixa exigência e alta qualidade de ofertas

Fonte: Adaptado de Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas (2015).

## **SOBRE O É DE LEI E O PROJETO PEGA A VISÃO**

### **Centro de Convivência É de Lei**

O Centro de Convivência É de Lei trabalha desde 1998 com pessoas afetadas pela política de drogas na perspectiva da Redução de Danos, em especial na cidade de São Paulo.

Os projetos do É de Lei têm como meta a redução de danos, sociais e à saúde, associados à política de drogas junto às populações em situação de maior vulnerabilidade social por meio de diversas estratégias e atividades que visam possibilidades de cuidado, promoção e prevenção relacionada à saúde; ao reconhecimento de direitos e de cidadania por parte de populações fragilizadas e não reconhecidas em seus direitos. Também têm como objetivo a incidência política, comunicação, ensino e pesquisa.

### **Nossa teoria de mudança**

Qualificamos a redução de danos como indissociável do fomento ao protagonismo das pessoas afetadas pela política de drogas e da presença no território para que estas ocupem os lugares de tomada de decisões e se compreendam como atores.

Queremos influenciar a aprovação de políticas públicas interessadas na redução de danos, para ampliar a rede de suporte para pessoas usuárias de substâncias psicoativas, levando em consideração os recortes de raça, gênero e classe social.

Construiremos um trabalho formativo, preventivo e estratégico, sensibilizando a população e os principais atores da política pública municipal, estadual, federal e internacional.

Expandiremos a rede de redução de danos, trocando experiências com outros pólos importantes, auxiliando no desenvolvimento

de novas tecnologias, na produção de conhecimento e na expansão da rede de cuidado.

Nossas ações estão voltadas para o desenvolvimento da cidadania e para a defesa dos Direitos Humanos de pessoas que usam drogas, sobretudo em contextos de vulnerabilidade.

## Projeto Pega a Visão

“Pega a Visão: ações de redução de danos no contexto da prevenção combinada” é um projeto desenvolvido pelo Centro de Convivência É de Lei, entre 2023 e 2025. O projeto teve como objetivo geral ampliar o acesso à redução de danos pela ética da prevenção combinada, inclusive em contextos de chemsex, priorizando travestis, mulheres e homens trans, pessoas não-binárias, homens gays, bissexuais, pansexuais e outros HSH que estão em situação de vulnerabilidade.

Este Guia é um dos produtos do projeto Pega a Visão, com o intuito de sistematizar o trabalho do É de Lei no campo da prevenção combinada e compartilhar essas experiências com outras instituições, organizações da sociedade civil, coletivos e trabalhadores/as que atuam em contextos similares.

## Contato

**Centro de Convivência É de Lei**

Site: [www.edelei.org](http://www.edelei.org)

Instagram: @ccedelei

## REFERÊNCIAS

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (org.). **Pesquisa nacional sobre o uso de crack:** quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas:** Guia AD. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

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: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e IST. **Boletim**

**Epidemiológico HIV e Aids 2025.** Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redução de Danos.** Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/reducao-de-danos>. Acesso em: jan. 2025.

LORENA, Allan Gomes de; NARDI, Elene Paltrienieri; SANTOS, Nathielly Janutte dos. **Chemsex:** Recomendações sobre práticas de redução de danos. São Paulo: Centro de Convivência É de Lei, 2025.

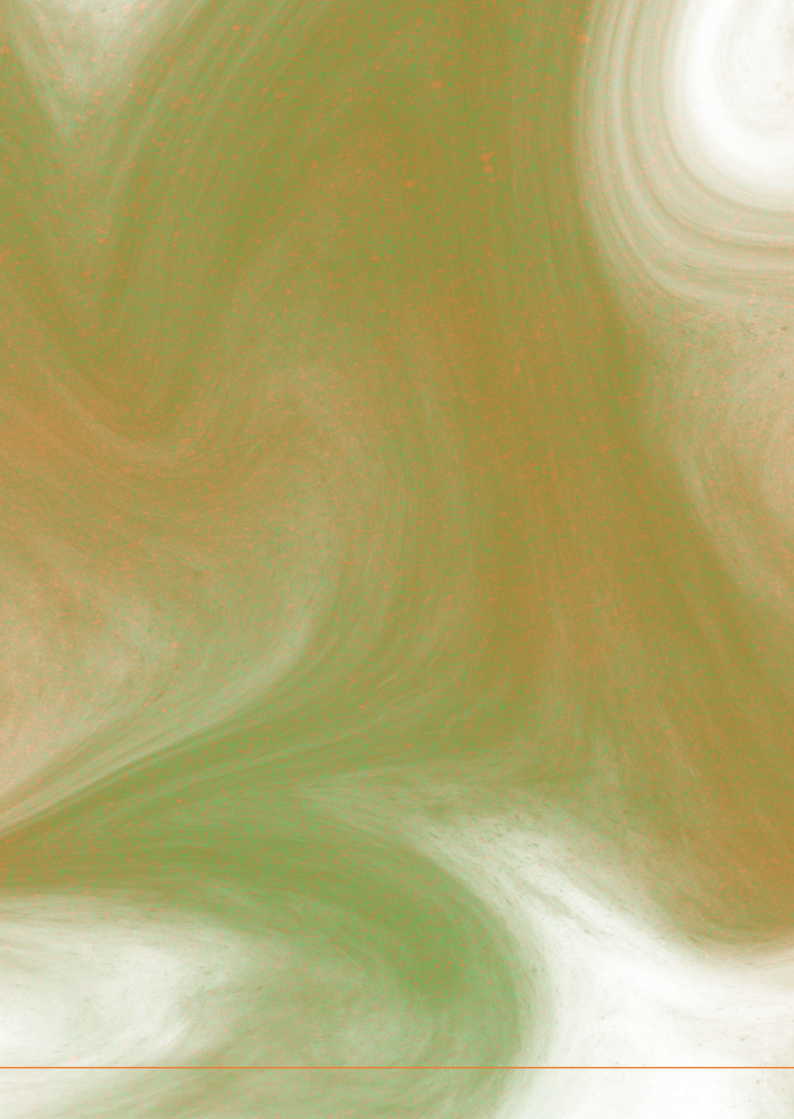
DOMANICO, A.; MACRAE, E. **Estratégias de redução de danos entre usuários de crack.** In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (orgs.). Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Atheneu, 2006.

GOFFMAN, E. **Estigma:** notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 1963.

MARQUES, M. C.; REICHERT, Richard Alecsander (org.). **Vamos falar sobre:** redução de danos, direitos humanos, prevenção combinada e estigma. São Paulo: É de Lei, 2024.

Ministério da Saúde. **Tuberculose:** populações em situação de vulnerabilidade. Populações em situação de vulnerabilidade. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose/situacao-de-vulnerabilidade>. Acesso em: jan. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Public Health and International Drug Policy:** Report of the Johns Hopkins-Lancet Commission. The Lancet. Londres, 2016.



**REALIZAÇÃO** Centro de Convivência É de Lei

**COORDENAÇÃO DE PROJETO**

Nathielly Janutte

**AGENTES DE REDUÇÃO DE DANOS**

Astro Rafael Feraci de Almeida

Bárbara Caroline Ferreira da Silva

Cleiton Conceição Ferreira

Christopher Machado

Danee Alves Amorim

Diogo Emanuel da Silva

**ORGANIZAÇÃO**

Ana Luiza Voltolini Uwai

Janaina Rubio Gonçalves

Nathielly Janutte

**REVISÃO**

Letícia Vieira

Janaina Rubio Gonçalves

**PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO**

Tiz Juska

## EQUIPE É DE LEI 2025

**DIRETORIA ESTATUTÁRIA** Coordenadora Geral: Ana Luiza Voltolini Uwai  
Coordenadora Administrativo Financeiro: Danilo Ferreira Gonçalves  
Coordenadora Técnica: Nathielly Janutte  
**NÚCLEO PRÁTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS** Coordenadora: Nathielly Janutte  
Colaboradores/as: Barbara Caroline Ferreira da Silva, Cleiton Conceição Ferreira, Christopher Machado  
**NÚCLEO ENSINO E PESQUISA** Coordenadora: Janaina Rubio Gonçalves  
Colaboradora: Thainá Alves Lira  
**NÚCLEO COMUNICAÇÃO** Coordenadora: Letícia Vieira  
Colaboradores/as: Tiz Juska, Barbara Novaes Rocha  
**NÚCLEO ADVOCACY** Coordenadora: Ana Luiza Voltolini Uwai  
Colaboradores/as: Ananda Vieira Portaro, Michel de Castro Marques  
**NÚCLEO ADMINISTRATIVO** Coordenador: Danilo Ferreira Gonçalves  
Colaboradoras: Naomi Leão, Cláudia Aparecida Ferreira Gonçalves  
**CONSELHO OPERATIVO** Ana Luiza Voltolini Uwai, Danilo Ferreira Gonçalves, Janaina Rubio Gonçalves, Letícia Vieira, Nathielly Janutte

