

AGENDA ESTRATÉGICA

PARA AMPLIAÇÃO DO ACESSO
E CUIDADO INTEGRAL DAS
POPULAÇÕES-CHAVE
EM HIV, HEPATITES VIRAIS
E OUTRAS INFECÇÕES
SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS



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

AGENDA ESTRATÉGICA

PARA AMPLIAÇÃO DO ACESSO
E CUIDADO INTEGRAL DAS
POPULAÇÕES-CHAVE
EM HIV, HEPATITES VIRAIS
E OUTRAS INFECÇÕES
SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS

Brasília - DF
2018



2018 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2018 – 60.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

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
SRTVN, Quadra 701, lote D, Edifício P0700, 5º andar
CEP: 70719-040 – Brasília/DF
Site: www.aids.gov.br
E-mail: aids@saude.gov.br

Edição:

Área Técnica de Comunicação (COM)

Revisão ortográfica:

Angela Gasperin Martinazzo

Projeto Gráfico:

Milena Hernandez Bendicho

Organização e Elaboração:

Adele Schwartz Benzaken
Alessandro Ricardo Caruso da Cunha
Alexandre Magno
Alicia Küger
Ana Monica de Mello
Carina Bernardes
Damiara Bernardo de Oliveira Neto
Denis Roberto da Silva Petuco
Diego Agostinho Callisto
Eliसान Pasi
Fabio O'Brien
Fernanda Rick
Gerson Fernando Mendes Pereira
Gilvane Casimiro da Silva
Grasiela Damasceno de Araújo
Josi Paz
Liliana Pittaluga Ribeiro
Marcia Rejane Colombo
Marcos de Freitas Guimarães
Maria Vitoria Ramos Gonçalves
Nara Denilse Araujo
Paula Emilia Adarny
Renato Girade
Silvia Giugliani
Thiago Monteiro Pithon

Colaboradores(as):

Alexandre Magno
Alexsana Sposito Tresse
Ana Flávia Pires
Ana Izabel Costa de Menezes
Ana Roberta Pati Pascom
Andréa Mônica Brandão Beber
Elisa Cattapan
Elton Almeida
Edras Daniel Pereira
Fernanda Fernandes Fonseca
Filipe de Barros Perini
Flávia Kelli Alvarenga Pinto
Francisca Lidiane Sampaio Freitas
Gerson Fernando Pereira
Gláucio Mosimann Junior
Inocência Negro

Ivanete Ribeiro Dias Carvalho
Ivo Brito
José Boulossa
Juliana Givísiez
Juliana Uesono
Maira Taques dos Santos Christ
Marilyn Camelo Madeira de Moura
Mariana Villares
Mauritânia Fernandez C. Pereira
Michele Dantas
Rafaela Medeiros
Regina Aparecida Comparini
Regina Vianna Brizolara
Robério Carneiro
Salete Salomara Barbosa
Sandra Regina Lobato
Sara Alves
Tatiana Meireles de Alencar
Thaís Gols Farias de M. Santos Lima

Representantes do GT Prevenção:

Alexandre Granjeiro (USP)
Ana Cristina Garcia Ferreira (INI/Fiocruz)
Fátima Berenice Machado (Redutora de Danos/RS)
Ivone Aparecida de Paula (CRT/SP)
Julio Moreira (ABGLT)
Kátia Maria Braga Edmundo (CEDAPS/RJ)
Lela Barreto (Rede Brasileira de Prostitutas)
Ludymilla Santiago (ANTRA)
Maria Angelica Comis (Centro de Convivência E de Lei)
Maria da Paz (APROS/RN)
Ricardo Vasconcelos (USP)
Soraya Silveira Simões (Observatório da Prostituição)
Társio Benício (IBRAT)
Veriano Terto (ABIA)

Parcerias intrasetoriais do Ministério da Saúde:

Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS)
Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência (DAHU/SAS/MS)
Departamento de Apoio a Gestão Participativa (DAGEP/SEGEP/MS)
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPEP/SAS/MS)
Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis (DEVIT/SVS/MS)
Conselho Nacional de Saúde (CNS)

Parcerias governamentais intersetoriais:

Ministério da Educação (MEC)
Ministério da Justiça (MJ)
Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)
Ministério dos Direitos Humanos (MDH)
Secretaria Nacional da Juventude (SNJ)
Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres (SPM)
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD/MJ)

Parcerias não governamentais:

Opas – Organização Pan-Americana da Saúde
Pnud – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
Unalids – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/Aids
Unesco – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNFPA – Fundo das Nações Unidas para Atividades Populacionais
Unicef – Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNODC – Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

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.

Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis/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 – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 36 p.

ISBN

1. HIV. 2. Prevenção. 3. Atenção Básica. I. Título.

CDU 616.98:578.828

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2017/0245

Título para indexação:

Strategic Agenda for Scaling-up Access and Comprehensive Care for Key Populations in HIV, Viral Hepatitis and other Sexually Transmitted Infections

Lista de figuras

Figura 1. Taxa de detecção de aids (/100mil hab.) segundo UF e capital de residência. Brasil, 2016	18
Figura 2. Coeficiente de mortalidade padronizado de aids (/100 mil hab.), segundo UF e capital e residência. Brasil, 2016	19
Figura 3. Representação esquemática das populações-chave no Brasil	22
Figura 4. Prevalência de HIV segundo populações específicas e abrangência	23
Figura 5. Prevalência de sífilis segundo populações específicas e abrangência	24
Figura 6. Eixos de atuação da Agenda Estratégica para as populações-chave.....	51

Lista de quadros

Quadro 1. Cronograma de ações e pactuações para a construção e implementação da Agenda.....	13
Quadro 2. Cronograma de implementação das atividades da Agenda Estratégica das populações-chave, 2018-2021.....	58

Lista de abreviaturas

Aids	(ou <i>sida</i>) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
ANTRA	Associação Nacional de Travestis e Transsexuais
APROS	Associação das Prostitutas da Paraíba
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEDAPS	Centro de Promoção da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DIAHV	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
GT	Grupo de Trabalho
GTVS	Grupo de Trabalho de Vigilância à Saúde
HBV	Vírus da Hepatite B (em sua sigla em inglês)
HCV	Vírus da Hepatite C (em sua sigla em inglês)
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (em sua sigla em inglês)
IBRAT	Instituto Brasileiro de Transmasculinidade
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Trans
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
PEP	Profilaxia Pós-Exposição contra o HIV (em sua sigla em inglês)
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica
Pnud	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição contra o HIV

PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
RDS	<i>Respondent Driven Sampling</i>
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
Trans	Pessoa que se identifica como sendo do gênero feminino ou masculino, embora tenha sido designada como pertencente ao gênero oposto
Unaid	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
Unesco	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para Atividades Populacionais
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
VS	Vigilância em Saúde

SUMM

APRESENTAÇÃO	9
<hr/>	
1 POR QUE O BRASIL PRECISA DE UMA AGENDA ESTRATÉGICA PARA AS POPULAÇÕES-CHAVE?	17
1.1 Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH)	26
1.2 Pessoas que usam álcool e outras drogas	27
1.3 Trabalhadoras do sexo	28
1.4 Pessoas trans	30
1.5 Pessoas privadas de liberdade	33
<hr/>	
2 MOTIVAÇÕES PARA A AGENDA ESTRATÉGICA	37
<hr/>	
3 OBJETIVO GERAL	41
3.1 Objetivos específicos	41
<hr/>	
4 MONITORAMENTO E ACOMPANHAMENTO DA AGENDA ESTRATÉGICA	45
<hr/>	

ÁRPIO

5 EIXOS ESTRATÉGICOS DA AGENDA	49
5.1 Atenção integral e cuidado contínuo	52
5.2 Enfrentamento ao estigma e discriminação	53
5.3 Comunicação em Saúde	53
5.4 Educação na Saúde	53
5.5 Participação social e cidadania	54
5.6 Informações estratégicas	54
5.7 Gestão e governança	54

6 CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO	57
--------------------------------------	-----------

REFERÊNCIAS	61
--------------------	-----------

ANEXO: MATRIZ PROGRAMÁTICA	71
-----------------------------------	-----------

Autonomia
Acesso
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero
Autonomia
Integralidade
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero
Autonomia
Integralidade
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero
Autonomia
Integralidade
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

APRESENTAÇÃO

O perfil epidemiológico do HIV/aids, das hepatites virais e de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) no Brasil apresenta prevalências desproporcionais entre alguns segmentos populacionais quando comparadas com as prevalências entre a população geral. Tal cenário é resultado de múltiplos fatores; porém, as condições estruturais se destacam, haja vista que os contextos de extrema vulnerabilidade, que incluem as situações de violência, pobreza, machismo, sexismo, racismo, estigma, discriminação e criminalização contribuem para ampliar as barreiras de acesso à cidadania, aos direitos e às ações de cuidado integral à saúde (GRANGEIRO; CASTA-NHEIRA; BATTISTELLA NEMES, 2015).

Desde as conferências de Alma-Ata (1978)¹ e de Ottawa (1986)², muitos países partilham a compreensão de que a saúde das populações depen-

¹ CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. *Declaração de Alma-Ata*. Cazaquistão, 1978. Disponível em: <www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm>. Acesso em: 21 nov. 2017.

² CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. *Carta de Ottawa*. Ottawa, 1986. Disponível em: <www.saudepublica.web.pt/05PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm>. Acesso em: 21 nov. 2017.

de de seus determinantes sociais. As diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELEGRI-NO FILHO, 2007). A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais breve, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.

Assim, gestores(as), pesquisadores(as) e movimentos sociais trabalham em conjunto para superar esses desafios e ampliar a concepção de saúde, defendendo que o enfrentamento de barreiras socioeconômicas, ainda que fundamental, é insuficiente para garantir o acesso universal e equânime às políticas de saúde. Além disso, é preciso combater as barreiras socioculturais que sustentam múltiplas formas de estigma e discriminação (MANN, 1996). Hoje, apesar dos avanços alcançados pela política de IST, HIV/aids e hepatites virais no Brasil e em todo o mundo, pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas trans, gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), trabalhadoras do sexo e pessoas privadas de liberdade estão entre as populações que ainda enfrentam grandes obstáculos para obter cuidado integral, alcançar inclusão social e acessar programas e serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento em IST, HIV/aids e hepatites virais.

O Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV) historicamente trabalha para oferecer às pessoas cuidado integral, universal e equânime, sobretudo no sentido da superação da invisibilidade desses segmentos populacionais, buscando a qualificação dos(as) trabalhadores(as) de saúde, dos sistemas de vigilância

e informação do SUS e da produção do conhecimento sobre a dinâmica dos agravos e a relação das pessoas com os riscos aos quais podem estar mais ou menos expostas.

Ao longo das últimas décadas, buscou-se conhecer mais sobre as populações em situação de maior vulnerabilidade, a fim de subsidiar as tomadas de decisões, a definição das diretrizes nacionais e o estabelecimento de parcerias estratégicas, além de estruturar uma resposta com efetiva participação social. Para tal, o DIAHV, comprometido com as diretrizes mundiais e com as evidências científicas disponíveis, apoiou a realização de diversos estudos sobre essas populações e tem incentivado ações inovadoras, em parceria com a sociedade civil, que visem superar as atuais barreiras de acesso.

Dentre os estudos mais importantes, estão aqueles realizados nos anos de 2007, 2010 e 2016, em dez capitais brasileiras, com trabalhadoras do sexo, gays e outros HSH, travestis e mulheres transexuais – as chamadas pesquisas *Respondent Driven Sampling* (RDS). Todos eles reportaram altas prevalências de HIV e de sífilis nesses segmentos, além de dados sobre hepatites virais e informações sobre uso de álcool e outras drogas, com a inclusão da variável raça/cor e da percepção sobre risco, violência e discriminação, os quais resultam em barreiras de acesso para essas populações (KERR et al., 2017; SZWARCOWALD et al., 2017; GRINSZTEJN et al., 2017).

Os dados confirmaram um quadro de epidemia concentrada do HIV no Brasil, já apontado nos Boletins Epidemiológicos de IST, HIV/aids e hepatites virais, mas são ainda mais relevantes por indicarem questões específicas sobre os riscos e as vulnerabilidades a que estão expostas essas populações em seus diferentes contextos.

A desproporcionalidade encontrada nesse cenário em relação à população geral exige uma resposta diferenciada e conjugada entre todos(as)

os(as) atores responsáveis pelo enfrentamento às IST, HIV/aids e hepatites virais, governamentais e não governamentais – principalmente com vistas à garantia do acesso universal e equânime. Ou seja, se denominamos como **“populações-chave”**³ aquelas que apresentam prevalências desproporcionalmente altas de infecção pelo HIV (e também pela sífilis, como demonstram as pesquisas supracitadas), quando comparadas à população geral, e que têm suas vulnerabilidades aumentadas por fatores estruturantes da sociedade, torna-se urgente uma resposta específica em relação ao reforço das ações de Prevenção Combinada e cuidado integral para essas populações, sem que isso comprometa as intervenções necessárias junto à população geral. Além disso, é imprescindível a construção de novas intervenções conjuntas que contemplem o efetivo protagonismo das populações-chave, sem as quais não será possível mudar essa realidade.

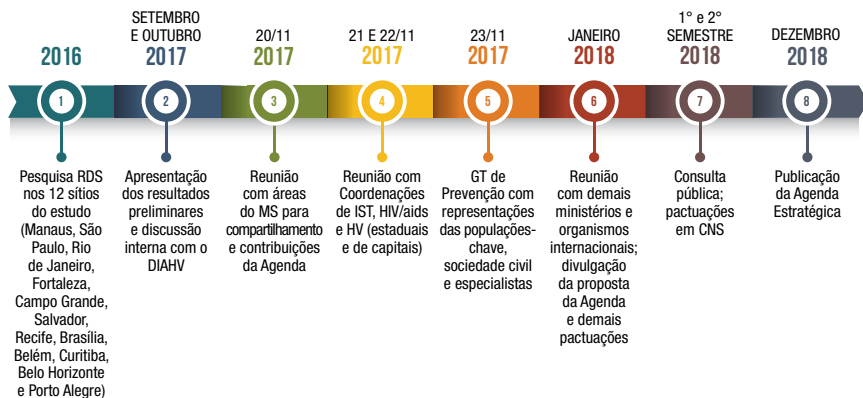
Nesta Agenda, também se incluem transversalmente as denominadas “populações prioritárias”, ou seja, os segmentos que também apresentam vulnerabilidades aumentadas devido à situação de vida ou contextos históricos, sociais e estruturais: jovens⁴, população negra, indígenas e pessoas em situação de rua.

Desde setembro de 2017, o processo de construção da Agenda Estratégica de Populações-Chave vem fazendo um caminho institucional, intra e intersetorial, também em parceria com a sociedade civil e com instituições de ensino e pesquisa (Quadro 1).

³ Conceito trabalhado mais adiante.

⁴ Segundo o Estatuto da Juventude, a definição de jovens compreende a faixa etária de 15 a 29 anos. O Estatuto da Juventude é uma lei aprovada em 2013 que determina quais são os direitos dos jovens que devem ser garantidos e promovidos pelo Estado brasileiro (Lei 12.852/2013), detalhando garantias já previstas pela Constituição Federal de 1988, com maiores especificidades ao público jovem.

Quadro 1. Cronograma de ações e pactuações para a construção e implementação da Agenda



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde conclama todos(as) os(as) responsáveis e implicados(as) na Política de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais – gestores(as) federais, estaduais, distritais e municipais, trabalhadores(as) de saúde, usuários(as), sociedade civil organizada e outros setores governamentais e não governamentais – para implementarem um conjunto de ações estratégicas, que entendemos serem urgentes para superar os atuais desafios visando uma resposta mais adequada às epidemias de HIV, hepatites virais e IST.

As estratégias e ações são guiadas pelo conceito de "Prevenção Combinada" (BRASIL, 2017a), que preconiza a oferta conjugada e individualizada de diferentes intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais, a depender da necessidade, estilo de vida e concordância de cada pessoa.

O termo "Prevenção Combinada" remete à ideia de conjugação de diferentes ações de prevenção, tanto em relação ao HIV e outras IST quanto aos fatores associados às infecções. Sua definição parte do pressupos-

to de que diferentes abordagens devam ser conciliadas em uma estratégia conjunta. Nesse sentido, pressupõe-se a combinação das três abordagens possíveis na formulação de estratégias de prevenção: a abordagem biomédica, a comportamental e a estrutural. A simples conjugação dessas diferentes abordagens não encerra, contudo, todos os significados do termo "Prevenção Combinada".

Devem-se também considerar os diferentes focos a serem abordados em estratégias de prevenção: a combinação de ações centradas nos indivíduos, em seus grupos sociais e na sociedade em que estão inseridos. As estratégias de prevenção abrangentes devem contemplar, de forma concomitante, esses diferentes focos, levando sempre em consideração as singularidades dos sujeitos e as especificidades dos meios em que se situam. A combinação de todos esses elementos de prevenção é considerada a melhor estratégia a ser abordada, uma vez que a restrição a um só um modo de prevenção não é capaz de atender com eficácia a todas as práticas e atividades dos indivíduos.

Para fins da implementação dessas ações, a Prevenção Combinada é entendida como modelo de intervenção para o HIV/aids e outras IST, hepatites virais e coinfeções, e deve compreender as dimensões relacionadas à vigilância, prevenção, diagnóstico e cuidado integral às populações-chave, sem perder de vista a dimensão individual, no que diz respeito às escolhas de prevenção, de acordo com as práticas e comportamentos sexuais de cada pessoa.

Trata-se de proposta de implementação de ações estratégicas e específicas, em curto e médio prazo, considerando a emergente necessidade de reorientação e reorganização do sistema, para a capilarização de novas ações programáticas, estruturantes e contínuas que incidam de forma inovadora em diferentes processos: de gestão, do trabalho e do cuidado integral.

Esta Agenda não substitui ou elimina a necessidade da continuidade de ações programáticas e ordinárias, dirigidas à população geral, pois tem caráter extraordinário e estratégico para reforçar as ações e os investimentos com vistas à ampliação do acesso das populações-chave e prioritárias.

Dessa forma, o Ministério da Saúde entende que, sem o necessário foco prioritário nas populações-chave, dificilmente serão superadas as desigualdades e as desproporcionalidades a que essas pessoas estão submetidas e que, inequivocamente, o enfrentamento de tais desigualdades está diretamente relacionado ao sucesso da resposta às IST, HIV/aids e hepatites virais.

Ministério da Saúde

Autonomia
Acesso
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

Identidade de Gênero
Autonomia
Integralidade
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

Identidade de Gênero
Autonomia
Integralidade
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

Identidade de Gênero
Autonomia
Integralidade
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

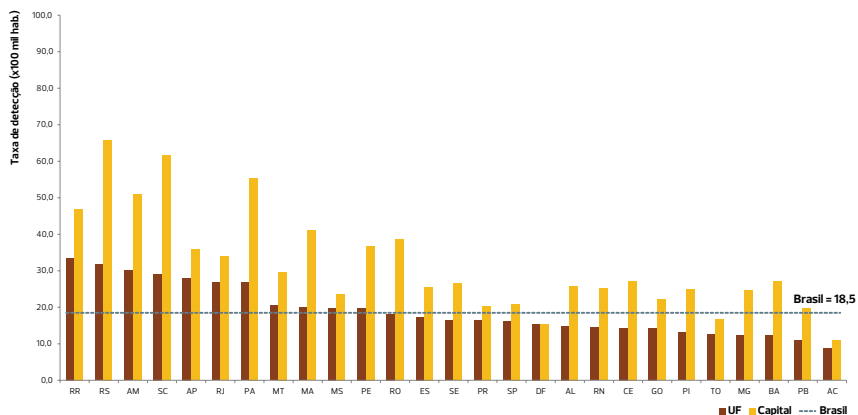
1

POR QUE O BRASIL PRECISA DE UMA AGENDA ESTRATÉGICA PARA AS **POPULAÇÕES- CHAVE?**

O Brasil é um país que se destaca por ter uma resposta social/institucional no enfrentamento ao HIV/aids, às IST e às hepatites virais, assim como por conduzir ações em âmbito nacional em relação ao acesso universal e ao cuidado integral, sendo referência, inclusive, na cooperação com outros países em desenvolvimento.

Estima-se que cerca de 866 mil indivíduos vivam com HIV no Brasil. Desses, 135 mil não sabem que têm o vírus (BRASIL, 2017c). Nos últimos anos, tem-se observado registro de 40 mil novos casos a cada ano. A taxa de prevalência do HIV na população geral mantém-se estável: estima-se em 0,40% a prevalência na população geral, sendo 0,30% entre as mulheres e 0,50% entre os homens. Em 2016, a taxa de detecção de casos de aids foi de 18,5 casos por 100 mil habitantes – uma redução de 5,2% em relação a 2015, conforme a Figura 1 (BRASIL, 2017c).

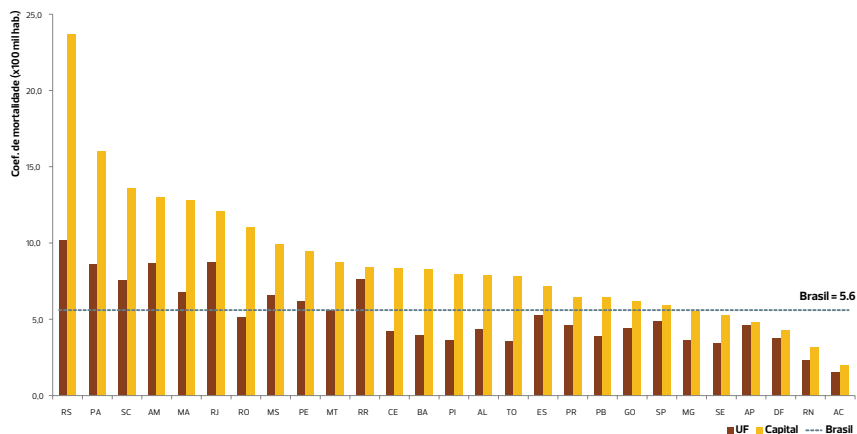
Figura 1. Taxa de detecção de aids (/100mil hab.) segundo UF e capital de residência. Brasil, 2016



Fonte: BRASIL, 2017c.

Tendência similar se observa nas curvas de mortalidade, com queda de 7,2% a partir de 2014, quando o acesso ao tratamento foi estendido para todas as pessoas com diagnóstico positivo para o HIV, passando de 5,7 óbitos por 100 mil habitantes para 5,2 óbitos, em 2016, conforme a Figura 2 (BRASIL, 2017c).

Figura 2. Coeficiente de mortalidade padronizado de aids (/100 mil hab.), segundo UF e capital e residência. Brasil, 2016



Fonte: BRASIL, 2017c.

Em vários países do mundo e também no Brasil, a incidência da infecção pelo HIV encontra-se estável ou em declínio. Entretanto, as prevalências da infecção pelo HIV e outros agravos são significativamente mais elevadas e seguem em ascensão nas populações-chave, permitindo afirmar que a epidemia brasileira possui caráter *concentrado*⁵ (UNAIDS, 2016b). Isso se acentua ainda mais quando se observam outros recortes, tais como o etário (os novos casos de infecções do HIV se concentram em jovens de 15 a 24 anos), racial (especialmente a população negra), de populações indígenas e quilombolas (para as hepatites virais) e regional, com unidades da federação que possuem taxas de detecção desproporcionais em relação à média nacional (BRASIL, 2017c).

⁵ Segundo a OMS, uma epidemia tem caráter concentrado quando os casos de infecção contabilizam menos de 1% na população geral, ao passo que atingem ao menos 5% em grupos populacionais específicos. Ainda de acordo com a OMS, quando os casos ultrapassam a marca de 1% na sociedade como um todo, a epidemia passa a ser considerada generalizada (UNAIDS/WHO, 2002).

Em 2016, cerca de 60% dos óbitos por aids em jovens de 15 a 29 anos ocorreram na população negra (pretos e pardos), constituindo 60% na faixa etária de 15 a 19, 59,8% na de 20 a 24 e 62,2% na de 25 a 29 anos. Entre 2006 e 2016, houve uma queda de óbitos de aids de 21,8% entre pessoas brancas e um aumento de 35,5% na população negra⁶.

Recentes pesquisas RDS sobre alguns desses segmentos populacionais corroboram a afirmativa de que estes têm sido os mais afetados e requerem maiores investimentos na gestão e na organização dos serviços de saúde, tanto em relação ao HIV como a outros agravos (KERR et al., 2017; SZWARCOWALD et al., 2017; GRINSZTEJN et al., 2017) (Figura 4). Sustenta-se, portanto, tanto ética quanto estrategicamente, a concentração de esforços para diminuir a incidência da infecção pelo HIV, outras IST e hepatites virais nessas populações (UNAIDS, 2014).

É muito importante, todavia, atentar para o conceito de população-chave, de modo que este não se torne um mero eufemismo para os antigos conceitos de *grupo de risco* e *comportamento de risco* – os quais tiveram por consequência a alimentação de estigmas e discriminação em relação às populações que não são culpadas e, sim, que mais precisam de atenção. Tal risco pode ocorrer quando se atribuem as probabilidades de infecção somente aos indivíduos e aos seus comportamentos, sem considerar os contextos históricos, sociais e estruturais que posicionam determinados segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade para o HIV. Uma pessoa que não consegue acessar informações, seja pelo seu baixo grau de instrução, seja porque se encontra em uma situação de exclusão social, está mais vulnerável à infecção, não em virtude de seu comporta-

⁶ Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (<http://sim.saude.gov.br>), com acesso em 23 de janeiro de 2018.

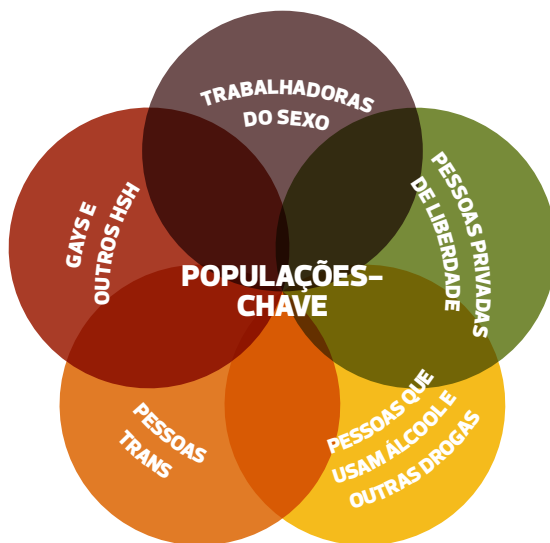
mento ou de suas escolhas pessoais, mas devido a suas estruturas sociais.

Da mesma forma, uma pessoa que não consegue acessar os serviços de saúde, seja porque eles inexistem ou são muito distantes, seja porque não acolhem ou não respondem às suas necessidades, ou porque criam barreiras para o atendimento, poderá estar mais vulnerável a ser infectada e mais propensa a transmitir a infecção. Mais do que tudo, as diretrizes técnicas e políticas devem se voltar ao enfrentamento das iniquidades, direcionando ações para aqueles que mais precisam destas, sem perder de vista as transformações de caráter estrutural (SWEAT; DENISON, 1995).

*As **populações-chave** para a resposta brasileira à epidemia de HIV/aids são aquelas atingidas desproporcional e desigualmente em comparação à população geral, tanto sob o ponto de vista epidemiológico quanto em relação ao acesso à saúde, além de se encontrarem sob maior vulnerabilidade para outras IST, hepatites virais e coinfeção TB-HIV.*

A criminalização e a estigmatização das relações entre pessoas de mesmo sexo, do trabalho sexual e do uso de drogas, assim como a discriminação, inclusive na própria área da saúde, são fatores produtivos de barreiras e distanciam as populações-chave do acesso aos serviços de saúde, entre os quais os que oferecem vigilância, prevenção, diagnóstico e cuidado integral no campo do HIV/aids, outras IST, hepatites virais e coinfeções (WHO, 2016).

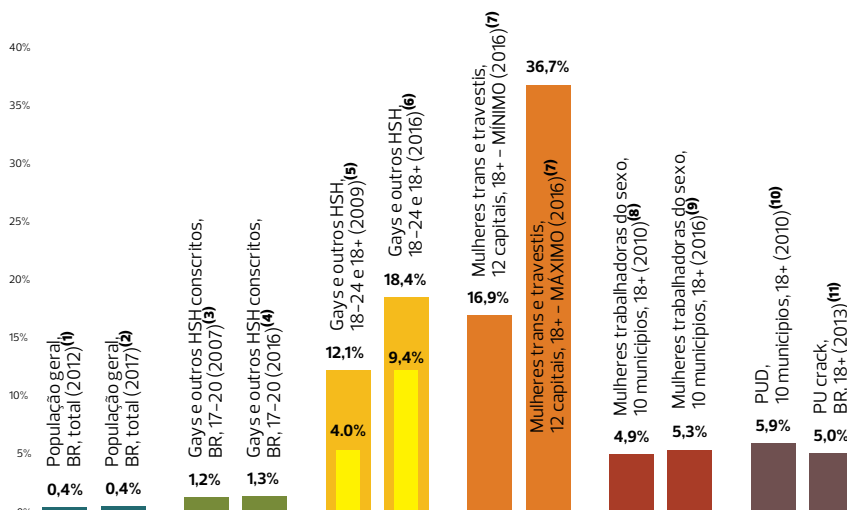
Figura 3. Representação esquemática das populações-chave no Brasil



Fonte: DIAHV/SVS/MS, 2017.

As Figuras 4 e 5, a seguir, reúnem dados que expressam a desproporção das taxas de prevalência do HIV e sífilis entre as populações-chave, em comparação à população geral. Para as análises sobre sífilis, consideraram-se as parturientes como parâmetro para a prevalência na população geral.

Figura 4. Prevalência de HIV segundo populações específicas e abrangência

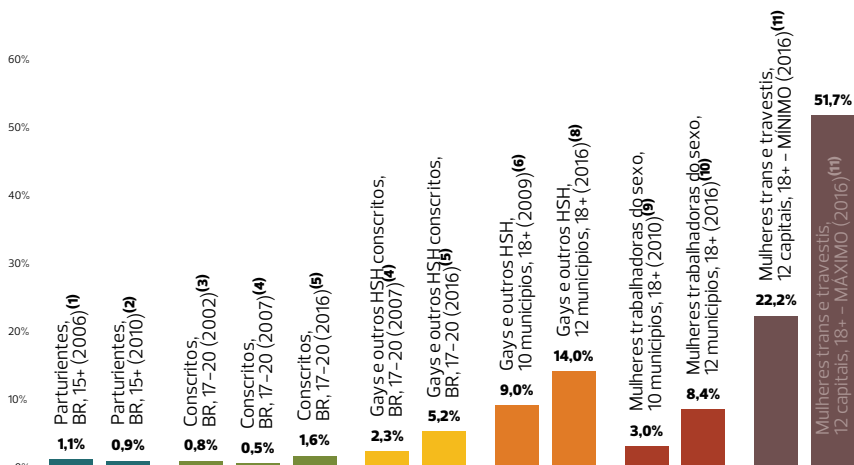


Fonte: DIAHV/SVS/MS, 2017.

Notas:

- (1) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Relatório de Monitoramento Clínico do HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b;
- (2) PEREIRA, G. F. M. et al. Transitioning from antenatal surveillance surveys to routine HIV testing: a turning point in the mother-to-child transmission prevention programme for HIV surveillance in Brazil. *BMC Infect Dis.*, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 469, jul. 2017;
- (3) SZWARCZALD, C. L. et al. Práticas de risco relacionadas à infecção pelo HIV entre jovens brasileiros do sexo masculino, Brasil, 2007. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 27, supl. 1, p. s19-s26, 2011;
- (4) SPERHACKE, R. C. *Relatório Técnico Final*. Rio Grande do Sul: Universidade Caxias do Sul, 2016. Produto 6. Projeto 914BRZ1138;
- (5) KERR, L. et al. HIV among MSM in a large middle-income country. *AIDS*, [S.l.], v. 28/27, n. 3, p. 427-35, jan. 2013;
- (6) KERR, L. *Relatório Técnico Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Produto 6. Projeto 914BRZ1138;
- (7) GRINSZTEJN, B. et al. Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling in Rio de Janeiro, Brazil. *The Lancet HIV*, [S.l.], v. 4, n. 4, p. e169-e176, abr. 2017;
- (8) DAMACENA, G. N. et al. Risk factors associated with HIV prevalence among female sex workers in 10 Brazilian cities. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 57, Supl. 3, p. S144-52, ago. 2011;
- (9) SZWARCZALD, C. L. *Relatório Técnico Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Produto 6. Projeto 914BRZ1138;
- (10) BASTOS, F. I. *Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros*. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Brasil, 2009;
- (11) 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: Editora ICICT/Fiocruz, 2014. 224 p.

Figura 5. Prevalência de sífilis segundo populações específicas e abrangência



Fonte: DIAHV/SVS/MS, 2017.

Notas:

- (1) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das IST, do HIV/aids e das Hepatites Virais. *Relatório de Monitoramento Clínico do HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b;
- (2) PEREIRA, G. F. M. et al. Transitioning from antenatal surveillance surveys to routine HIV testing: a turning point in the mother-to-child transmission prevention programme for HIV surveillance in Brazil. *BMC Infect Dis.*, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 469, jul. 2017;
- (3) SZWARCOWALD, C. L. et al. Práticas de risco relacionadas à infecção pelo HIV entre jovens brasileiros do sexo masculino, Brasil, 2007. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 27, supl. 1, p. s19-s26, 2011;
- (4) SPERHACKE, R. C. *Relatório Técnico Final*. Rio Grande do Sul: Universidade Caxias do Sul, 2016. Produto 6. Projeto 914BRZ1138;
- (5) KERR, L. et al. HIV among MSM in a large middle-income country. *AIDS*, [S.l.], v. 28/27, n. 3, p. 427-35, jan. 2013;
- (6) KERR, L. *Relatório Técnico Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Produto 6. Projeto 914BRZ1138;
- (7) GRINSZTEJN, B. et al. Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling in Rio de Janeiro, Brazil. *The Lancet HIV*, [S.l.], v. 4, n. 4, p. e169-e176, abr. 2017;
- (8) DAMACENA, G. N. et al. Risk factors associated with HIV prevalence among female sex workers in 10 Brazilian cities. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 57, Supl. 3, p. S144-52, ago. 2011;
- (9) SZWARCOWALD, C. L. *Relatório Técnico Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Produto 6. Projeto 914BRZ1138;
- (10) BASTOS, F. I. *Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros*. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Brasil, 2009;
- (11) 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: Editora ICICT / Flocruz, 2014. 224 p.

É importante salientar, entretanto, que essas populações não estão fixadas em "identidades puras". Há uma dimensão de transversalidade que amplia vulnerabilidades, e que deve sempre ser levada em consideração (CASTEL, 1997; DAVIS, 2016). Quando uma pessoa identificada com qualquer uma das populações-chave se encontra em situação de rua; quando é jovem, ou indígena, ou sobretudo negra; ou quando é uma pessoa trans negra que usa drogas e se encontra em privação de liberdade, ocorre aquilo que Richard Parker (2000) categorizou como "**sinergia de vulnerabilidades**". Todos os segmentos populacionais considerados "chave" ou "prioritários" na resposta à epidemia do HIV devem ser tidos como potencialmente transversais, sobretudo em relação às vulnerabilidades a outras IST, hepatites virais e coinfeção com tuberculose.

Com relação à hepatite B, os manuais da OMS sobre testagem já fazem referência às populações-chave como sendo as mesmas para o HIV (WHO, 2017). Além disso, dados do Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais demonstram prevalência de coinfeção com HIV em 5,2% dos casos de hepatite B e em 9,0% dos casos de hepatite C, evidenciando maior prevalência desses agravos quando comparados à população geral (BRASIL, 2017b).

A transmissão sexual da hepatite C também tem sido relatada. De forma geral, a transmissão sexual desse vírus também pode ocorrer, sobretudo, nas populações mais vulneráveis, a saber: pessoas vivendo com HIV (PVHIV); pessoas sexualmente ativas; pessoas com múltiplas parcerias sexuais ou com múltiplas infecções sexualmente transmissíveis (IST); trabalhadoras do sexo e pessoas em situação de rua (FAUTEUX-DANIEL et al., 2017; MIDGARD et al., 2016).

1.1 Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH)

Gays e outros HSH são pessoas de identidade de gênero masculina que vivenciam suas sexualidades e afetos com outros homens. A distinção entre gays e HSH é que a primeira categoria contempla pertencimento e identificação, enquanto a segunda se encerra nas práticas sexuais e afetividades (BRASIL, 2017a).

O estigma em relação aos gays é um fator resultante de uma forma particular de exclusão social, que ocorre desde épocas anteriores à epidemia de HIV. Porém, o preconceito aumenta quando a infecção pelo HIV é rotulada como marca ou atributo relacionado especificamente a esse grupo, contribuindo, assim, para as barreiras de acesso que essa população enfrenta nos serviços de saúde. Em todo o país, a proporção de pessoas que se enquadram na categoria de exposição homossexual para a infecção pelo HIV passou de 32,0% em 2007 para 53,4% em 2017 (BRASIL, 2017c).

Estima-se que o risco de transmissão do HIV relacionado à prática sexual anal seja até 18 vezes maior que no sexo vaginal, conforme revisão sistemática publicada no *International Journal of Epidemiology* (BAGGALEY; WHITE; BOILY, 2010). Nessa mesma revisão, observa-se um aumento considerável do risco de transmissão do HIV e outras IST na população de gays e outros HSH, quando se analisa a variação de papéis (insertivo/ativo e receptivo/passivo) nas relações sexuais desprotegidas. Ainda segundo o estudo, entre os parceiros que têm os dois tipos de relações sexuais, estima-se que o risco de transmissão é de 39,9%. Para os parceiros que tiveram apenas relações sexuais receptivas (passivas), a estimativa obtida foi semelhante, de 40,4%. Contudo, observou-se que a proporção foi menor para as pessoas que só tinham relações sexuais insertivas (ativas): 21,7%.

Portanto, gays e outros HSH que praticam sexo anal receptivo sem proteção têm maior risco de adquirir HIV, outras IST e hepatites virais, en-

quanto homens que praticam sexo anal insertivo (ativo) sem proteção têm maior probabilidade de transmitir o HIV. Esses fatores, relacionados às práticas sexuais e gerenciamento de risco, fazem com que a transmissão do HIV e outras IST entre gays e HSH aumente especialmente na faixa etária de 15 a 29 anos. Ainda em relação a esse cenário, observou-se, por meio dos resultados da RDS de Gays e outros HSH, divulgados em 2017, que a prevalência de HIV nessa população passou de 12,1% em 2009 para 18,4% em 2016 (KERR et al., 2017).

1.2 Pessoas que usam álcool e outras drogas

São pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas por qualquer via de administração, independentemente do tipo de relação que se estabelece (uso, abuso ou dependência). Entretanto, os indivíduos que desenvolvem padrão de dependência apresentam perdas pessoais, afetivas e/ou laborais (GUIMARÃES et al., 2010). Porém, havendo ou não relação de dependência, o uso abusivo de álcool e outras drogas, mesmo quando ocorre de forma esporádica, pode representar um fator de risco para agravos à saúde, principalmente pela via sexual, pois muitas vezes leva ao relaxamento em relação aos métodos de prevenção. Além disso, o uso de drogas (sobretudo o álcool) é componente importante da produção de masculinidades hegemônicas e compõe um conjunto de práticas que concorre para situações de exposição ao HIV (MORAES; MONTENEGRO, 2014; GRANJA et al., 2015).

As evidências mostram que as pessoas que usam álcool e outras drogas são uma população-chave para a construção de respostas às IST, ao HIV/aids e às hepatites virais, ainda que as vias de transmissão não estejam mais vinculadas, significativamente, ao compartilhamento de agulhas e seringas. As prevalências de HIV e hepatite C entre pessoas que usam drogas continuam altas e diferenciadas quando comparadas às prevalências encontradas na população geral (BASTOS; BERTONI, 2014). Em estudo de Bastos

(2009), foi encontrada uma prevalência de 5,9% de HIV entre pessoas que usam drogas; o mesmo autor encontrou, em outro estudo de 2014, prevalência de 5,0% de HIV entre as pessoas que usam *crack* (BASTOS, 2009).

Na pesquisa nacional sobre o uso de *crack* promovida pela Fiocruz (BASTOS; BERTONI, 2014), não foi encontrada diferença estatisticamente significativa com relação à prevalência da infecção pelo HIV pelo uso de drogas entre jovens de até 30 anos, quando comparados a adultos com idades de 31 anos ou mais. Contudo, quando da estratificação por sexo, a prevalência entre as mulheres (8,7% [IC95% 5,55–11,88]) se mostrou duas vezes maior do que aquela evidenciada entre os homens (4,01% [IC95% 2,72–5,88]), sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p=0,009$). A vulnerabilidade observada em maior proporção entre as mulheres pode ser explicada mais por fatores estruturais do que por suas práticas individuais em si. Situações de violência e desigualdade de gênero são fatores determinantes para a maior vulnerabilidade das mulheres.

Para além das situações que acarretam riscos em relação ao HIV/aids, é preciso destacar a carga de estigma e discriminação que marca a população de pessoas que usam drogas, ampliando as vulnerabilidades em relação à epidemia. Tais processos estão profundamente associados à criminalização de práticas associadas a drogas tornadas ilícitas, sendo possível afirmar que diversos agravos à saúde (incluindo a própria aids) decorrem não apenas do uso de drogas, mas das políticas de drogas (DAGENHARDT et al., 2010; DEBECK et al., 2017; MAHER; DIXON, 2017).

1.3 Trabalhadoras do sexo

As trabalhadoras do sexo são definidas como pessoas adultas que exercem a troca consensual de serviços, atividades ou favores sexuais por dinheiro, bens, objetos ou serviços que tenham valor (seja de cunho mo-

netário ou não), podendo assumir as mais variadas formas e modalidades (BRASIL, 2017a). A atividade da prostituição pode ser realizada pela(o) trabalhadora(o) de forma ocasional ou regular (independentemente da frequência ou esporadicidade) e nos mais diversos espaços e situações. Pode envolver a intermediação de uma terceira pessoa ou a negociação direta entre trabalhador(a) e cliente. O que define a prostituição é, sobretudo, o consentimento das partes engajadas na transação entre os serviços sexuais e as variadas formas de pagamento.

No Brasil, a legislação corrente não caracteriza a atividade de prostituição como um crime, embora penalize eventuais intermediários, de forma direta ou indireta. Cabe ressaltar que a prostituição consta na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) como ofício legal desde 2002, sob o código CBO 5198-05. Não obstante, a coibição (ainda que ilegal), bem como o estigma e a discriminação, têm privado as pessoas que a exercem do reconhecimento e exercício da própria cidadania, impedindo o acesso a informações e serviços de saúde e demais direitos sociais e políticas públicas.

Assim, para reduzir a incidência de HIV entre as trabalhadoras do sexo, é necessário incluir a defesa dos direitos humanos e do respeito às diferentes escolhas, já que a descriminalização do trabalho sexual traz um impacto importante na redução do risco para o HIV, assim como o processo de empoderamento das pessoas que realizam a atividade da prostituição (DAS; HORTON, 2015; KERRIGAN et al., 2015).

Outras vulnerabilidades recorrentes são as dificuldades na negociação de preservativos durante o trabalho sexual, o descompasso entre horário de trabalho e o funcionamento dos serviços públicos (em especial os de saúde) e o constrangimento e/ou medo de assumir sua profissão junto aos(as) trabalhadores(as) de saúde. Um estudo apontou que, em 14 países da América Latina, quase dois terços das(os) trabalhadoras(es) do sexo

entrevistadas(os) não haviam mencionado seu trabalho na última visita a um serviço de saúde (REDTRASEX, 2013).

No Brasil, considera-se população-chave para o HIV as mulheres cisgênero trabalhadoras do sexo. As outras populações-chave citadas neste documento que também realizam a atividade da prostituição não são caracterizadas como tais em função da prostituição.

Segundo os dados epidemiológicos mais recentes, as mulheres cisgênero trabalhadoras do sexo apresentam coeficiente de prevalência de HIV de 5,3%, um pequeno aumento em relação à pesquisa RDS de 2010, na qual esse coeficiente era de 4,9% (Figura 4).

1.4 Pessoas trans

As pessoas trans são aquelas cuja identidade e expressão de gênero não estão em conformidade com as normas e expectativas socialmente impostas em relação ao gênero que lhes foi designado ao nascer. Durante muito tempo, essas identidades foram erroneamente confundidas com questões relacionadas exclusivamente à orientação sexual, em uma interpretação que limitava seu caráter identitário. As pessoas trans reivindicam, acima de tudo, o reconhecimento social de sua identidade (BEVAN, 2014).

A categoria de pessoas trans é bastante ampla e complexa. Para fins deste documento, serão enfocados apenas três grupos: mulheres transexuais, travestis e homens transexuais (RODOVALHO, 2017).

As mulheres transexuais nasceram com sistema genital considerado "masculino", possuem identidade de gênero feminina e desempenham papel social de gênero feminino. Têm o desejo de serem reconhecidas como mulheres e serem tratadas no feminino e pelo nome com o qual se identificam.

Para reafirmar sua identidade feminina, mulheres trans buscam muitas vezes a adequação de sua imagem física e de seus corpos, podendo recorrer ao uso de hormonoterapia e procedimentos cirúrgicos, bem como à cirurgia de redesignação sexual (mudança de sexo) para realização de neovaginoplastia (construção de uma vagina).

Por sua vez, as travestis nasceram com sistema genital considerado "masculino" e possuem identidade de gênero feminina. Identificam-se como travestis e reivindicam a legitimidade de sua identidade para além dos parâmetros binários do masculino e do feminino, desejando, todavia, serem tratadas no feminino e pelo nome com o qual se identificam. Também como forma de reafirmar sua identidade feminina, geralmente buscam a adequação de sua imagem física e de seus corpos, podendo recorrer, para tal, ao uso de hormonoterapia e procedimentos cirúrgicos, ainda que não desejem, geralmente, a cirurgia de redesignação sexual.

Os homens trans, por fim, são pessoas que nasceram com sistema genital considerado "feminino" e possuem identidade de gênero masculina, desempenhando papel social de gênero masculino. Reivindicam serem reconhecidos e tratados no masculino e pelo nome com o qual se identificam. Buscam também adequar suas imagens e corpos à sua identidade de gênero, mediante o uso de hormonoterapia, procedimentos cirúrgicos, histerectomia (retirada de útero e ovários) e redesignação sexual para realização de neofaloplastia ou metoidoplastia (construção de um pênis) (ALMEIDA, 2012).

No Brasil, o Projeto Transcender aponta prevalência de HIV de 31,2% entre travestis e mulheres transexuais do Rio de Janeiro e baixada fluminense (GRINSZTEJN et al., 2017). Já o Projeto Muriel relata uma prevalência de 26% de HIV entre pessoas trans da cidade de São Paulo (VERAS et al., 2015). Dados mundiais de pessoas trans demonstram maior prevalência de HIV entre as mulheres transexuais, especificamente aquelas que praticam sexo

anal. Mulheres transexuais apresentaram probabilidade de infecção pelo HIV 49 vezes maior que a população geral (REDTRASEX, 2013).

Segundo dados da Pesquisa DIVAS, financiada pelo Ministério da Saúde, realizada por metodologia RDS em 12 cidades brasileiras, a prevalência bruta de HIV entre mulheres trans e travestis foi de 30%⁷.

Uma meta-análise separada do HIV entre mulheres transexuais trabalhadoras do sexo constatou que estas tinham uma prevalência combinada de HIV de 27%, em comparação com 15% das demais mulheres transexuais (BARAL; POTEAT; STRÖMDAHL et al., 2013). Em relação a homens trans que fazem sexo anal receptivo, alguns estudos mostraram que estes também podem estar em risco para o HIV: uma clínica em São Francisco, Estados Unidos (EUA), observou que a prevalência de HIV foi semelhante para homens transexuais (10%) e mulheres transexuais (11%); outro estudo realizado em Nova Iorque, EUA, constatou que 2% dos homens transexuais viviam com HIV (NEMOTO; OPERARIO; KEATLEY et al., 2004).

Ressalta-se que o termo travesti é utilizado somente em alguns países, como o Brasil e alguns países de língua hispânica; portanto, sendo os dados acima provenientes dos Estados Unidos, eles não incluem informações específicas para as travestis.

⁷ “Vale ressaltar que a Pesquisa DIVAS utiliza o conceito clássico da metodologia RDS, que não permite extrapolar os resultados (mesmo que ponderados pelos estimadores conhecidos) para além das redes investigadas. Não se podem considerar as proporções observadas como representativas do Brasil, pois não se pode afirmar que os resultados encontrados em redes específicas de 12 municípios representam a realidade de cerca de 6.000 municípios brasileiros. Diferentemente do que ocorre nos estudos RDS com TS e HSH, este é o maior estudo realizado com a população de mulheres trans e travestis no Brasil e, até o momento, não existe informação oficial disponível do tamanho dessa população que possa ser utilizada para ponderar os resultados agregados”.

Travestis e transexuais sempre estiveram na ponta de lança dos preconceitos e das discriminações existentes no Brasil em relação à população LGBT. Isso ocorre porque essa população ostenta uma identidade de gênero diversa da imposta pelos padrões heteronormativos, em que “homem é homem e mulher é mulher”, e qualquer coisa que fuja dessa norma é encarada com estranhamento. No caso de pessoas trans, tal estranhamento se traduz em assassinato dessa população.

No Brasil e em boa parte do mundo, há o costume de se lidar somente com “o homem” e “a mulher”. Sendo assim, qualquer coisa que exceda esse binarismo é tratado com preconceito e com discriminação. Como as travestis rompem com o muro entre o masculino e feminino, são colocadas sempre à margem da sociedade.

Todavia, mesmo com o trânsito mais assíduo no SUS, a realidade dessa população ainda é cercada de muito estranhamento, seja para as pessoas trans que precisam dos serviços, seja para os(as) trabalhadores(as) de saúde que, alheios a essas mudanças sociais, não compreendem as especificidades de alguns grupos populacionais (BRASIL, 2017a).

1.5 Pessoas privadas de liberdade

Segundo o Código Penal brasileiro (BRASIL, 1941) e a Lei de Execução Penal (BRASIL, 1984), e conforme o estabelecido na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), “[...] entende-se por pessoas privadas de liberdade no sistema prisional aquelas com idade superior a 18 (dezoito) anos e que estejam sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciadas para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança [...]” (BRASIL, 2014). Cabe ressaltar que não se incluem nessa categoria os adolescentes e jovens em conflito com a lei, que estejam ou não em situação de

acolhimento institucional, em regime de internação ou internação provisória, tampouco as pessoas internadas em instituições como hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas.

Embora o Brasil reconhecesse as pessoas privadas de liberdade como um segmento populacional importante dentro do contexto da epidemia, foi somente a partir das Resoluções do Encontro de Alto Nível para o Fim da Aids (UNAIDS, 2016a) que o país passou a adotar esse grupo como uma população-chave – até então, o segmento era considerado apenas prioritário.

As condições de confinamento, superlotação, violência, assistência inadequada e a falta de perspectivas são fatores que aumentam a vulnerabilidade dessas pessoas ao HIV/aids e outras IST. Além disso, o racismo e as políticas proibicionistas de drogas também são condições que ampliam vulnerabilidades. O Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias de 2017 refere que 28% dos presos brasileiros cumprem pena por crimes relacionados a drogas (BRASIL, 2017d); destes, quase 60% são pretos e pardos.

Os estudos de Gois et al. (2012) trazem uma revisão sistemática acerca das produções científicas sobre Saúde Penitenciária publicadas no período de 1993 a 2010. Os resultados demonstram que entre os principais agravos que acometem a população privada de liberdade nos presídios brasileiros estão a tuberculose e as infecções pelo HIV e pela hepatite C.

Além dessas evidências, há uma predominância de estudos realizados com detentos do sexo masculino, em comparação ao sexo feminino. Os fatores carcerários mais fortemente associados ao sexo masculino e o HIV são: visita íntima na prisão, estar preso por sete anos ou mais, ser casado, condenação por roubo, ter ainda três anos ou mais de pena a cumprir e uso de maconha antes de ser preso, enquanto aqueles associados ao sexo feminino e ao HIV dizem respeito à presença de IST, ser viúva, estrangeira, usar

tranquilizante na prisão, ter visitado alguém na prisão antes de ser presa e ter 35 anos ou mais (CARVALHO, 2006). Diante desse contexto, surgem algumas questões de saúde e necessidades específicas de cada sexo, principalmente em se tratando de pessoas que vivem em confinamento.

A pesquisa de Bezerra (2015) realizou uma revisão sistemática dos estudos publicados entre 1997 e 2014 sobre a prevalência de HIV/aids e demais IST na população carcerária feminina no Brasil, a maioria nos municípios de São Paulo e Rio de Janeiro. O perfil sociodemográfico das presidiárias estudadas apontou para uma população composta de mulheres jovens, solteiras, com baixa escolaridade, baixa renda familiar mensal, envolvidas com uso/abuso de álcool e drogas e frequentemente encarceradas por tráfico de drogas. Nos estudos selecionados, evidenciaram-se prevalências bastante elevadas para HIV (4,4%–24,8%), sífilis (5,7%–25,2%), papilomavírus (HPV) (4,8%–19,0%), hepatite B (7,4%) e hepatite C (4,6–19,0%); sobre esses últimos dados, para fins de comparação, a prevalência nacional das hepatites B e C entre a população geral (10–69 anos) está estimada em 0,37% (UPE, 2010) e 0,7% (BRASIL, 2015), respectivamente. O uso/abuso de álcool e drogas pelas internas (frequentemente antes das relações sexuais; envolvimento com sexo comercial; parceiro sexual também usuário de drogas) foi o principal preditor de risco para a infecção pelo HIV e demais IST.

A reincidência na prisão, variável que pode ser apreendida como *proxy* de maior exclusão social, também foi identificada como preditora de maior risco. A pesquisa identificou que as iniquidades de gênero e a maior vulnerabilidade de mulheres frente ao HIV/aids e demais IST se agravam no contexto prisional e que a estrutura de encarceramento, em geral, não oferece um atendimento minimamente adequado às especificidades da mulher presa.

Autonomia
Acesso
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

Identidade de Gênero
Autonomia
Integralidade
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

Identidade de Gênero
Autonomia
Integralidade
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

Identidade de Gênero
Autonomia
Integralidade
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

2

MOTIVAÇÕES PARA A **AGENDA** **ESTRATÉGICA**

Propõe-se a implementação conjunta, entre gestores(as) federais, estaduais, distritais e municipais, trabalhadores(as) de saúde e sociedade civil organizada, mediante a parceria com agências internacionais (Opas, Pnud, Unaid, Unesco, Unicef, UNFPA e UNODC⁸), de uma agenda que represente a mobilização nacional em torno da priorização e da qualificação das ações de prevenção, diagnóstico e cuidado integral do HIV/aids, de outras IST e das hepatites virais dirigidas às populações-chave.

Dessa forma, essa agenda, além do caráter estratégico e emergencial, pressupõe um engajamento multiestructural, intra e intersetorial, considerando que a resposta não será alcançada por um único caminho ou com poucos atores implicados. Estamos diante de uma convocação nacional para a mobilização de diferentes atores responsáveis pela resposta brasileira ao HIV/aids, a outras IST e às hepatites virais.

⁸ Opas: Organização Pan-Americana da Saúde; Pnud: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; Unaid: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids; Unesco: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; Unicef: Fundo das Nações Unidas para a Infância; UNFPA: Fundo das Nações Unidas para Atividades Populacionais; UNODC: Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime.

Assim, esta Agenda se dirige aos(as) gestores(as) de saúde e de outros ministérios, no que se refere à necessidade de reposicionamento da implementação da política e das ações locais, com a manutenção dos projetos já realizados para a população geral, e com a incorporação de novas estratégias focadas nas populações em situação de maior vulnerabilidade, considerando suas responsabilidades no que se refere à garantia de direitos e à oferta de cuidados universais, integrais e equânimes.

Simultaneamente, convocam-se trabalhadores e trabalhadoras de saúde, com vistas à qualificação de suas práticas, no sentido de se orientarem para uma atenção maior às populações-chave, oferecendo cuidados que considerem as diferentes situações, realidades e singularidades, para a oferta de informações e intervenções técnicas pautadas na ética e na ciência, com vistas à ampliação das abordagens para o acolhimento e cuidado às populações-chave.

Por fim, o principal público a que se dirige esta Agenda Estratégica são as populações-chave. Cabe o convite à sua participação na elaboração e na implementação das ações, sobretudo pelos benefícios que deverão lograr com os resultados esperados pelas atividades propostas. O sucesso da agenda está diretamente relacionado à capacidade de escutar as populações-chave sobre a sua realidade e os aspectos cotidianos que porventura dificultem seu acesso e de seus pares à saúde. Além disso, a participação social, sobretudo nos Conselhos Federal, Estadual e Locais de Saúde (previsto pela Lei orgânica da Saúde (Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990), bem como nos movimentos sociais das próprias populações-chave, é um dos fatores fundamentais para o alcance de melhores resultados, sejam nas ações de âmbito federal ou local.

Autonomia
Acesso
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero
Autonomia
Integralidade
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero
Autonomia
Integralidade
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero
Autonomia
Integralidade
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

3

OBJETIVO GERAL

Ampliar o acesso das populações-chave às ações de Prevenção Combinada e cuidado integral à sífilis, HIV/aids e hepatites virais.

3.1 Objetivos específicos

- 1) Qualificar o acolhimento das populações-chave nas redes de atenção à saúde, considerando suas especificidades e suas demandas;
- 2) Desenvolver ações para trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde que visem a ampliação do conhecimento e a visibilidade das populações-chave e os desafios relacionados às IST, HIV/aids e hepatites virais;
- 3) Fortalecer os movimentos sociais para ampliar o alcance das ações de Prevenção Combinada;
- 4) Intensificar ações de Prevenção Combinada e cuidado integral adequadas à realidade de cada população-chave, incluindo a abordagem das coinfeções;

- 5) Ampliar os mecanismos de informação e de conhecimento para cada população-chave sobre as diferentes intervenções de Prevenção Combinada;
- 6) Apoiar ações para o enfrentamento de todas as formas de estigma, preconceito e discriminação;
- 7) Implantar o monitoramento e o acompanhamento sistemático das atividades da Agenda Estratégica, além do cumprimento dos seus marcos estratégicos.

Assim, o DIAHV adotou sete eixos que sustentam a Agenda Estratégica para as populações-chave, com o objetivo de separar, didaticamente, alguns núcleos de sentido que compõem a estratégia única de promover a ampliação do acesso das populações-chave às ações de Prevenção Combinada e cuidado integral ao enfrentamento das IST, do HIV/aids e das hepatites virais. Esses eixos, a serem detalhados no Capítulo 5, são os seguintes:

- A – Atenção integral e cuidado contínuo
- B – Enfrentamento ao estigma e discriminação
- C – Comunicação em Saúde
- D – Educação em Saúde
- E – Participação social e cidadania
- F – Informações estratégicas
- G – Gestão e governança

Tais eixos, juntamente com as suas respectivas estratégias e atividades, representam o conjunto de induções e atividades do Ministério da Saúde, em articulação com estados, municípios e sociedade civil.



Autonomia
Acesso
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

Identidade de Gênero
Autonomia
Integralidade
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

Identidade de Gênero
Autonomia
Integralidade
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

Identidade de Gênero
Autonomia
Integralidade
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

4

MONITORAMENTO E ACOMPANHAMENTO DA **AGENDA ESTRATÉGICA**

O DIAHV compreende que a Agenda deverá passar por um processo de aprimoramento contínuo e permanente avaliação, a partir da constituição de um **comitê intersetorial**, composto por representantes de todas as áreas técnicas do MS envolvidas e representantes dos ministérios convidados (Ministério do Desenvolvimento Social – MDS; Ministério da Justiça – MJ; Ministério dos Direitos Humanos – MDH; Ministério da Educação – MEC; Secretaria de Políticas Públicas para Mulheres – SPPM; Secretaria Nacional da Juventude – SNJ; Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – Senad), além do Conselho Nacional de Saúde, todos participando do monitoramento dos indicadores da Agenda Estratégica. Esse comitê intersetorial terá como objetivo propor novas intervenções para superar as possíveis dificuldades de implementação das ações nos territórios.

O marco lógico e a matriz de monitoramento foram construídos no primeiro semestre de 2018, sendo compostos por indicadores de análise dos processos de implantação da Agenda Estratégica a partir dos produtos apresentados na matriz programática (Ver Anexo).

A matriz programática apresenta as ações essenciais e complementares propostas pela Agenda Estratégica Nacional. Além das ações, a matriz apre-

sendo as áreas técnicas responsáveis pela condução dos processos, os parceiros institucionais e os produtos de cada ação, com a previsão de entregas em cada um dos quatro anos de sua vigência. Esse instrumento servirá como guia para a realização dos ciclos de monitoramento da Agenda Estratégica.

Autonomia
Acesso
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

Identidade de Gênero
Autonomia
Integralidade
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

Identidade de Gênero
Autonomia
Integralidade
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

Identidade de Gênero
Autonomia
Integralidade
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

5

EIXOS ESTRATÉGICOS DA **AGENDA**

As estratégias apresentadas a seguir, por eixo de atuação, trazem, resumidamente, uma ilustração das intenções desta Agenda para os próximos quatro anos. A descrição detalhada das ações encontra-se na citada matriz programática (Ver Anexo).

Quanto aos eixos de atuação, vale ressaltar que estes foram estruturados sobre os marcos interfederativos da gestão do SUS, a saber:

- Artigo 198 da Constituição Federal de 1988, o qual define que as ações e serviços públicos de saúde compõem uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. Descentralização, com gestão única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e III. Participação da comunidade;
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a Lei Orgânica da Saúde, que define, entre as atribuições da União, sua participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

- Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;
- Portaria nº 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente, descentralizada por meio de Colegiados de Gestão Regional.

Adicionalmente, é importante destacar os marcos legais, incluindo portarias e normativas, que dispõem sobre a promoção e proteção de direitos e sobre as políticas de promoção de equidade, e que estão relacionados à proposta da presente Agenda Estratégica:

- Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014, da Presidência da República, que define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids;
- Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015, que prevê o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, incluindo o feminicídio no rol dos crimes hediondos;
- Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013, que institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens;
- Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua;

- Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016, que dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis;
- Decreto nº 4, de 4 de junho de 2010, que institui o Dia Nacional de Combate à Homofobia;
- Portaria Interministerial nº 1/MS/MJ, de 2 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade;
- Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, que define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor.

Figura 6. Eixos de atuação da Agenda Estratégica para as populações-chave



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

5.1 Atenção integral e cuidado contínuo

Principais estratégias:

- i. Implantação de ações de Prevenção Combinada específicas para cada população-chave, em municípios prioritários, considerando o índice composto⁹;
- ii. Ampliação e qualificação da oferta de insumos estratégicos de prevenção, em especial os preservativos femininos;
- iii. Desenvolvimento de projetos com ações extramuros, de acordo com o contexto local, que visem a ampliação da oferta e do acesso às ações de Prevenção Combinada pelas populações-chave;
- iv. Inclusão de especificidades de cada população-chave nos espaços de linhas de cuidado da sífilis, HIV/aids e hepatites virais para o cuidado integral.

⁹ Para a construção do índice composto, foram selecionados os seguintes indicadores:

- i) taxa média de detecção de aids na população geral nos últimos três anos;
- ii) variação média da taxa de detecção de aids na população geral nos últimos cinco anos;
- iii) taxa média de detecção de aids na população de menores de cinco anos nos últimos três anos;
- iv) variação média da taxa de detecção de aids na população de menores de cinco anos nos últimos cinco anos;
- v) taxa média de mortalidade por aids na população geral nos últimos três anos;
- vi) variação média da taxa de mortalidade por aids na população geral nos últimos cinco anos;
- vii) função inversa da média do logaritmo da primeira contagem de CD4 dos pacientes que entraram a partir de 2009, excluídos os valores de CD4 iguais a zero e maiores de 3.000 células/mm³ (BRASIL, 2017c).

5.2 Enfrentamento ao estigma e discriminação

Principais estratégias:

- i. Desenvolvimento de ações que visem o enfrentamento do estigma e discriminação às populações-chave;
- ii. Desenvolvimento de ações que visem o enfrentamento do estigma e discriminação às populações-chave, especificamente, nos serviços de saúde;
- iii. Desenvolvimento de ações que visem o enfrentamento do racismo institucional.

5.3 Comunicação em Saúde

Principais estratégias:

- i. Instituição de espaços de troca com a população-chave para elaboração de materiais e conteúdo de comunicação, visando a adoção de linguagem e canais de distribuição mais adequados ao público;
- ii. Instituição de espaços de troca entre os núcleos de comunicação do MS, a fim de ampliar o alcance das mensagens de prevenção de IST, HIV/aids e hepatites virais junto aos diversos meios de comunicação.

5.4 Educação na Saúde

Principal estratégia:

- i. Desenvolvimento de ações educativas que promovam a qualificação de trabalhadores(as) da saúde na Prevenção Combinada de IST, HIV/aids e HV.

5.5 Participação social e cidadania

Principais estratégias:

- i. Fortalecimento institucional de redes, movimentos sociais e organizações da sociedade civil que atuem com e para as populações-chave;
- ii. Fortalecimento dos Conselhos de Saúde no que se refere ao tema das populações-chave.

5.6 Informações estratégicas

Principais estratégias:

- i. Avaliação de ações, programas e projetos referentes às populações-chave;
- ii. Qualificação dos sistemas de informação do SUS relativos às populações-chave;
- iii. Ampla divulgação dos resultados dos estudos financiados pelo DIAHV sobre as populações-chave.

5.7 Gestão e governança

Principais estratégias:

- i. Construção conjunta, com os parceiros, de ações intra e interseccionais que visem a qualificação da Prevenção Combinada e do cuidado contínuo das populações-chave, com ênfase na cogestão do cuidado entre Assistência Social, Atenção Básica e Atenção Especializada;

- ii. Utilização da Estratégia de Apoiadores Institucionais do Projeto de Resposta Rápida à Sífilis para implementar /impulsionar a Agenda das Populações-Chave junto aos estados e municípios;
- iii. Fortalecimento da integração entre as ações de vigilância e atenção à saúde em torno da pauta da ampliação do acesso às populações-chave.

Autonomia
Acesso
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero
Autonomia
Integralidade
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero
Autonomia
Integralidade
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero
Autonomia
Integralidade
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

6

CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO

A Agenda Estratégica para ampliação do acesso e cuidado integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis tem programação de execução em um prazo de quatro anos, com monitoramento semestral das atividades. Contudo, entendendo que uma agenda como essa não se concretiza instantaneamente no momento de sua publicação, serão necessários esforços de articulação e desdobramentos para desenvolver e garantir sua viabilidade e sustentabilidade (política, técnica e de infraestrutura) no cotidiano das práticas. Nesse contexto, elaborou-se uma linha do tempo com os marcos organizadores, conforme segue:

Quadro 2. Cronograma de implementação das atividades da Agenda Estratégica das populações-chave, 2018–2021

ANO	SEMESTRE 1	SEMESTRE 2
2018	<p>Processo de articulações com parceiros, consulta pública e pactuações em CNS</p> <ul style="list-style-type: none"> Estruturação de uma matriz de indicadores de análise de processo. 	<p>Início das atividades</p> <ul style="list-style-type: none"> Publicação da Agenda Estratégica. Instituição da Comissão Intersectorial.
2019	<p>1º ciclo de monitoramento e análise</p> <ul style="list-style-type: none"> Reunião do Grupo Executivo da Comissão Intersectorial; Realização dos ajustes necessários e continuação das atividades; Publicação dos resultados do monitoramento do 1º ciclo. 	<p>2º ciclo de monitoramento e análise</p> <ul style="list-style-type: none"> Reunião do Grupo Executivo e da Comissão Intersectorial; Realização dos ajustes necessários e continuação das atividades; Publicação dos resultados do monitoramento do 2º ciclo.
2020	<p>3º ciclo de monitoramento e análise</p> <ul style="list-style-type: none"> Reunião do Grupo Executivo e da Comissão Intersectorial; Realização dos ajustes necessários e continuação das atividades; Publicação dos resultados do monitoramento do 3º ciclo. 	<p>4º ciclo de monitoramento e análise</p> <ul style="list-style-type: none"> Realização de um Seminário Nacional e continuação das atividades.
2021	<p>5º ciclo de monitoramento e análise</p> <ul style="list-style-type: none"> Reunião do Grupo Executivo e da Comissão Intersectorial. 	<p>6º ciclo de monitoramento e análise</p> <ul style="list-style-type: none"> Apresentação de um relatório com os resultados da Agenda.

Fonte: DIAHV/SVS/MS.



Autonomia
Acesso
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero
Autonomia
Integralidade
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero
Autonomia
Integralidade
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero
Autonomia
Integralidade
Equidade
Mobilização
Humanização
Solidariedade
Acolhimento
Diversidade
Sexualidade
Identidade de Gênero
Cidadania
Universalidade
Protagonismo
Mobilização
Redução de Danos
Identidade de Gênero

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. 'Homens trans': novos matizes na aquarela das masculinidades? *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 256–266, 2012.

BAGGALEY, R. F.; WHITE, R. G.; BOILY, M. C. HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. *Int. J. Epidemiol.*, [S.l.], v. 9, n. 4, p. 1048–63, ago. 2010.

BARAL, S.; POTEAT, T.; STROMDAHL, S. et al. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect. Dis.*, [S.l.], v. 13, n. 214–22, 2013.

BASTOS, F. I. *Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros*. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2009.

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: Editora ICICT/ Fiocruz, 2014.

BEVAN, T. *The psychobiology of transsexualism and transgenderism: a new view based on scientific evidence*. Santa Barbara: ABC-CLIO, 2014.

BEZERRA, A. T. A. F. *HIV/AIDS e demais infecções sexualmente transmissíveis em população carcerária brasileira: uma revisão sistemática*, 2015. Dissertação (Mestrado)—Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro: ENSP, 2015.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: INFOPEN. Atualização – Junho de 2016*. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2017d.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 3 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico Hepatites Virais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, 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, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV / Aids e das Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico Hepatites Virais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

_____. 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. *Boletim Epidemiológico HIV / Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV / Aids e das Hepatites Virais. *Relatório de Monitoramento Clínico do HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. *Diário Oficial da União*, [S.l.], 4 out. 1941.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. *Diário Oficial da União*, Brasília, 12 jul. 1984.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CARVALHO, M. L.; VALENTE, J. G.; ASSIS, S. G. et al. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. *Ciên. Saúde Colet.*, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 461–471, 2006.

CASTEL, R. A dinâmica dos processos de marginalização social: da vulnerabilidade à "desfiliação". *Caderno CRH*, Salvador, v. 10, n. 26, p. 19–40, jan./dez. 1997.

DAGENHARDT, L. et al. Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *The Lancet*, [S.l.], v. 376, p. 285–301, jul. 2010.

DAMACENA, G. N. et al. Risk factors associated with HIV prevalence among female sex workers in 10 Brazilian cities. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, [S.l.], v. 57, Supl. 3, p. S144–52, ago. 2011.

DAS, P.; HORTON, R. Bringing sex workers to the centre of the HIV response. *The Lancet*, [S.l.], v. 385, n. 9962, p. 3–4, jan. 2015.

DAVIS, A. *Mulheres, raça e classe*. São Paulo: Boitempo, 2016.

DEBECK, K. et al. HIV and the criminalization of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet HIV*, [S.l.], v. 4, n. 8, p. e357–e374, ago. 2017.

FAUTEUX–DANIEL, S. et al. Vertical Transmission of Hepatitis C Virus: Variable Transmission Bottleneck and Evidence of Midgestation In Utero Infection. *Journal of Virology*, [S.l.], v. 91, n. 23, 2017.

GOIS, S. M.; SANTOS JÚNIOR, H. P. O.; SILVEIRA, M. F. A et al. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 17, n. 5, p. 1235-1246, 2012.

GRANGEIRO, A.; CASTANHEIRA, E. R.; BATTISTELLA NEMES, M. I. A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 5-8, mar. 2015.

GRANJA, E. et al. O (não) lugar do homem jovem nas políticas de saúde sobre drogas no Brasil: aproximações genealógicas. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3447-3455, nov. 2015.

GRINSZTEJN, B. et al. Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling in Rio de Janeiro, Brazil. *The Lancet HIV*, [S.l.], v. 4, n. 4, p. e169-e176, abr. 2017.

GUIMARÃES, V. V. et al. Consumo abusivo e dependência de álcool em população adulta no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.*, [S.l.], v. 13, n. 2, p. 314-325, 2010.

KERR, L. *Relatório Técnico Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Produto 6. Projeto 914BRZ1138.

_____. HIV among MSM in a large middle-income country. *AIDS*, [S.l.], v. 28/27, n. 3, p. 427-35, jan. 2013.

KERRIGAN, D. et al. A community empowerment approach to the HIV response among sex workers: effectiveness, challenges, and considerations for implementation and scale-up. *The Lancet*, [S.l.], v. 385, n. 9963, p. 172–185, jan. 2015.

MAHER, L.; DIXON, T. C. Collateral damage and the criminalisation of drug use. *The Lancet HIV*, [S.l.], v. 4, n. 8, p. e326–e327, ago. 2017.

MANN, J. Saúde Pública e Direitos Humanos. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1–2, p. 135–145, 1996.

MIDGARD, H. et al. HCV Epidemiology in High-Risk Groups and the Risk of Reinfection. *Journal of Hepatology*, [S.l.], v. 65, Supl. 1, p. S33–45, 2016.

MORAES, M.; MONTENEGRO, M. Autoridade e imposição de limites: atributos necessários na atenção à saúde de pessoas que consomem drogas? *Nova Perspectiva Sistêmica*, Rio de Janeiro, n. 48, p. 57–63, abr. 2014.

NEMOTO, T.; OPERARIO, D.; KEATLEY, J. et al. HIV Risk Behaviors Among Male-to-Female Transgender Persons of Color in San Francisco. *Am. J. Public Health*, [S.l.], v. 94, n. 7, p. 1193–1199, jul. 2004.

PARKER, R. *Na contramão da Aids: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: ABIA, Editora São Paulo – 34, 2000.

PEREIRA, G. F. M. et al. Transitioning from antenatal surveillance surveys to routine HIV testing: a turning point in the mother-to-child transmission prevention programme for HIV surveillance in Brazil. *BMC Infect Dis.*, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 469, jul. 2017.

REDTRASEX. *Estudio sobre Estigma y Discriminación en el acceso a los servicios de salud*. 2013. Disponível em: <http://redtrasex.org/Estudio_sobreestigma-y.html>. Acesso em: 16 jan. 2018.

RODOVALHO, A. M. O cis pelo trans. *Estudos feministas*, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. 365–373, jan–abr. 2017.

SPERHACKE, R. C. *Relatório Técnico Final*. Rio Grande do Sul: Universidade Caxias do Sul, 2016. Produto 6. Projeto 914BRZ1138.

SWEAT, M.; DENISON, J. Reducing HIV incidence in developing countries with structural and environmental interventions. *AIDS*, [S.l.], n. 9, Supl. A, p. s251–s256, 1995.

SZWARCWALD, C. L. *Relatório Técnico Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Produto 6. Projeto 914BRZ1138.

_____. Práticas de risco relacionadas à infecção pelo HIV entre jovens brasileiros do sexo masculino, Brasil, 2007. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 27, Supl. 1, p. s19–s26, 2011.

UNAIDS (United Nations Joint Programme on HIV / AIDS). *90–90–90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic*. Geneva: UNAIDS, 2014.

_____. *2016 High-Level Meeting on Ending AIDS*: United Nations General Assembly, New York, 8–10 June 2016. Geneva: UNAIDS, 2016a.

UNAIDS (United Nations Joint Programme on HIV / AIDS). *Global Aids Update 2016*. Geneva: UNAIDS, 2016b.

UNAIDS/WHO (United Nations Joint Programme on HIV/AIDS/World Health Organization). *Initiating second generation HIV surveillance systems: practical guidelines*. Geneva: UNAIDS/WHO, 2002.

UPE (Universidade Federal de Pernambuco). *Estudo de prevalência de base populacional das infecções pelos vírus das hepatites A, B, e C nas capitais do Brasil*. Recife: UPE, 2010.

VERAS, M. A. S. M. et al. High HIV Prevalence among Men who have Sex with Men in a Time-Location Sampling Survey, São Paulo, Brazil. *AIDS Behav.*, [S.l.], v. 19, n. 9, p. 1589-98, set. 2015.

WHO (World Health Organization). *Consolidated guidelines on HIV prevention diagnosis, treatment and care for key populations*. Geneva: WHO, 2016.

_____. *Global hepatitis report 2017*. Geneva: WHO, 2017.





MATRIZ PROGRAMÁTICA | POPULAÇÕES-CHAVE

A Atenção integral e cuidado contínuo B Comunicação em Saúde C Educação na Saúde D Informações estratégicas E Participação social F Gestão e governança G Enfrentamento do estigma e discriminação										
ESTRATÉGIA	RESULTADO ESPERADO	AÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	PRODUTOS DA ATIVIDADE	ANO				ÁREA RESPONSÁVEL PELA CONDUÇÃO	PARCEIROS
					2018	2019	2020	2021		
i. Contemplar nos espaços a produção de cuidado em sífilis, HIV/aids e hepatites virais, e as especificidades de cada população-chave	Estratégia da Prevenção Combinada incorporada efetivamente nos serviços de Atenção Básica, em todas as regiões do país	A1. Implantar ações de Prevenção Combinada nas UBS (com enfoque nas populações-chave) em municípios-piloto, produzindo experiências que possam ser replicadas regionalmente	A - ESSENCIAL	A1.1. Municípios-piloto identificados, de acordo com o nível de implantação/ implementação das ações, o perfil do município e a situação epidemiológica	x				Prevenção	DAB
			A - ESSENCIAL	A1.2. Qualificação das referências técnicas do DAB concluída nos temas dos agravos e das populações-chave		x			Prevenção	DAB
			A - ESSENCIAL	A1.3. Definição dos níveis de incorporação das ações de prevenção combinada por grupo de municípios, para dar suporte ao processo de pactuação de compromissos	x				Prevenção e Ações Estratégicas	DAB
			A - ESSENCIAL	A1.4. Seminário com os municípios elegíveis	x	x			Monitoramento	
			A - ESSENCIAL	A1.5. Oficinas regionais com os Secretários Municipais e coordenadores de Atenção Básica dos estados e municípios para pactuar as ações de Prevenção Combinada (ampliada para todos os agravos) que serão implementadas			x		Prevenção	DAB
			A - ESSENCIAL	A1.6. Instrumentos de operacionalização elaborados e pactuados com responsabilidades definidas		x	x		Prevenção e Ações Estratégicas	DAB
	CTAs reestruturados	A2. Reorganizar o processo de trabalho dos CTAs para incorporar as estratégias de Prevenção Combinada	A - ESSENCIAL	A2.1. Ações do plano estratégico de reestruturação dos CTAs executadas em 6 CTA priorizados	x	x	x	x	Prevenção	Pnud
			A - ESSENCIAL	A2.2. Ações do plano técnico dos 6 municípios priorizados executadas		x	x	x	Prevenção	Coordenações estaduais e municipais de IST/HIV/HV
			A - ESSENCIAL	A2.3. Relatoria do processo de reorganização dos CTAs documentando a tecnologia produzida		x	x	x	Prevenção	Coordenações estaduais e municipais de IST/HIV/HV
			A - ESSENCIAL	A2.4. Equipes dos CTA dos 100 municípios prioritários da Resposta Rápida à Sífilis qualificadas para realizar apoio matricial às equipes de Atenção Básica	x	x	x	x	Prevenção, Assistência, Hepatites e Laboratório	Opas

Continua

Continuação

A Atenção integral e cuidado contínuo B Comunicação em Saúde C Educação na Saúde D Informações estratégicas E Participação social F Gestão e governança G Enfrentamento do estigma e discriminação										
ESTRATÉGIA	RESULTADO ESPERADO	AÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	PRODUTOS DA ATIVIDADE	ANO				ÁREA RESPONSÁVEL PELA CONDUÇÃO	PARCEIROS
					2018	2019	2020	2021		
i. Contemplar nos espaços a produção de cuidado em sífilis, HIV / aids e hepatites virais, e as especificidades de cada população-chave	Agenda de IST, HIV e HV implantada no Sistema Prisional	A3. Fortalecer ações conjuntas de Prevenção Combinada das IST, HIV e HV para a população privada de liberdade, nos estados e municípios aderidos às PNAISP	A - ESSENCIAL	A3.1. Agenda intersetorial de Saúde Prisional construída e publicada	x	x			Prevenção e GT Saúde Prisional (DAB, PNCT, DIAHV e Depen)	Coordenações estaduais de IST/HIV/HV, Administração Penitenciária, Conass e Cosems, UNODC
			A - ESSENCIAL	A3.2. Diagnóstico situacional realizado sobre a oferta de prevenção, diagnóstico e tratamento das IST/HIV/Aids e HV na população privada de liberdade	x				Prevenção, Assistência, Hepatites e Laboratório	Depen
			A - ESSENCIAL	A3.3. Nota Técnica elaborada e publicada com orientações sobre fluxos e processo de trabalho		x			Prevenção, Assistência, Hepatites e Laboratório	GT intersetorial
			A - ESSENCIAL	A3.4. Equipes que atuam na saúde prisional dos municípios aderidos à PNAISP qualificadas na temática IST/HIV/Aids e HV		x	x		Prevenção, Assistência, Hepatites e Laboratório	Depen
			A - ESSENCIAL	A3.5. Programação de trabalho elaborada juntamente com as coordenações estaduais, municipais de IST/HIV/Aids e HV e unidades de saúde prisional.		x	x	x	Prevenção	Depen
	Imunização contra HBV e HAV para gays e HSH intensificada	A4. Contribuir na intensificação da oferta de imunização contra HBV e HAV para gays e HSH, e HPV para PVHIV	A - COMPLEMENTAR	A4.1. Nota Técnica produzida conjuntamente com o PNI, reforçando a oferta de imunização de HBV e HAV para HSH nos CTAs com sala de vacina, e HPV para PVHIV	x				Hepatites	PNI/SAS
			A - COMPLEMENTAR	A4.2. Divulgação sobre a importância de imunização em conjunto com o PNI, com foco na população de HSH	x	x	x	x	Comunicação	PNI/SAS
	Ampliação do acesso ao cuidado contínuo às PVHIV	A5. Ofertar o cuidado contínuo nos serviços de saúde (vinculação, retenção e adesão), com enfoque nas populações-chave	A - ESSENCIAL	A5.1. Busca ativa e sistemática das PVHIV sem início do tratamento antirretroviral (gap de tratamento), em abandono de tratamento (>100 dias sem retirada dos antirretrovirais) e com falha virológica (CV-HIV detectável em uso de antirretrovirais)	x	x	x	x	Assistência e Gestão	SAS
			A - ESSENCIAL	A5.2. Metas de redução do gap estabelecidas com todos os estados	x	x	x	x	Assistência	
			A - ESSENCIAL	A5.3. Oficinas presenciais nos estados com maior demanda para o acompanhamento do progresso do cuidado contínuo das PVHIV por meio do SIMC	x	x	x	x	Assistência e Monitoramento	
	Aumento do número de municípios ofertando preservativos	A6. Instrumentalizar as coordenações estaduais e capitais para realizar oficinas com municípios sobre a ampliação da oferta de preservativos femininos, começando pelas UF de menor adesão.	A - ESSENCIAL	A6.1. Reuniões regionais com as coordenações de HIV e HV estaduais das capitais e demais municípios prioritários realizadas		x	x	x	Prevenção	Coordenações estaduais e das capitais IST/HIV/HV e UNFPA
			A - ESSENCIAL	A6.2. Oferta de preservativos femininos ampliada nos municípios		x	x	x	Logística	Coordenações estaduais e das capitais IST/Aids/HV

Continua

Continuação

A Atenção integral e cuidado contínuo B Comunicação em Saúde C Educação na Saúde D Informações estratégicas E Participação social F Gestão e governança G Enfrentamento do estigma e discriminação										
ESTRATÉGIA	RESULTADO ESPERADO	AÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	PRODUTOS DA ATIVIDADE	ANO				ÁREA RESPONSÁVEL PELA CONDUÇÃO	PARCEIROS
					2018	2019	2020	2021		
ii. Ampliar a oferta e o acesso às ações de prevenção combinada pelas populações-chave nos projetos com ações extramuros desenvolvidas, de acordo com os contextos locais	Projetos intersetoriais mapeados, incluindo as temáticas das IST, HIV/aids e HV	A7. Identificar e fortalecer projetos intersetoriais voltados às populações-chave nos municípios, incluindo redução de danos, inserindo as temáticas das IST, HIV/aids e hepatites virais	A – COMPLEMENTAR	A7.1. Projetos intersetoriais identificados (ex.: programa Atitude – PE, programa Corra pro Abraço – BA, Saúde na Escola), com os temas das IST, HIV/aids e HV inseridos		x	x		Prevenção	SMS, DAB/Dapes, SNJ/Senad, UNODC
			A – COMPLEMENTAR	A7.2. Acompanhamento da implantação do projeto "A Hora é Agora" (São Paulo) e da instalação da Clínica do Homem para atendimento às IST (Curitiba e Recife)	x	x			Prevenção e Assistência	AHF/CDC
	Equipes de Consultório na Rua incluindo as temáticas das IST, HIV/aids e HV	A8. Fortalecer projetos com equipes de Consultório da Rua, incluindo redução de danos e inserindo as temáticas das IST, HIV/aids e hepatites virais	A – COMPLEMENTAR	A8.1. Equipes de Consultório na Rua realizando ações de Prevenção Combinada		x	x	x	Prevenção, Assistência e Hepatites	Secretarias Municipais de Saúde/DAB
i. Estabelecer a interlocução permanente com representantes das populações-chave, visando aprimoramento dos conteúdos de comunicação, com linguagem e canais de distribuição mais adequados ao público	Oficinas, materiais e webreuniões sobre comunicação em saúde dirigidas às populações-chave realizadas	B1. Realizar oficinas de comunicação em saúde, dirigidas às populações-chave, identificando linguagem e canais de distribuição mais adequados ao público e visando a produção de informações mais eficientes sobre prevenção	B – ESSENCIAL	B1.1. Cinco oficinas de construção de materiais de comunicação realizadas (pessoas trans, jovens gays/HSB, trabalhadoras do sexo, jovens vivendo com HIV, pessoas que usam álcool e drogas)	x	x			Comunicação e Prevenção	
			B – ESSENCIAL	B1.2. Webreuniões ou reuniões presenciais para pactuação com gestores sobre a produção, reprodução e distribuição dos materiais desenvolvidos nas oficinas de comunicação e saúde		x	x	x	Comunicação	
			B – ESSENCIAL	B1.3. Influenciadores digitais com perfil de cada população mapeados	x	x	x	x	Comunicação	
			B – ESSENCIAL	B1.4. Ações específicas para apoiar a implementação de estratégias da Prevenção Combinada, com ênfase em PrEP e PEP, para populações-chave	x	x	x	x	Comunicação	DIAHV
			B – ESSENCIAL	B1.5. Produção de materiais de comunicação sobre Prevenção Combinada com ênfase em PEP, PrEP e TARV para cada população-chave	x	x	x	x	Comunicação e Prevenção	DIAHV
	Capilarização da comunicação sobre Prevenção Combinada junto às populações-chave	B2. Ampliar a visibilidade das ações de comunicação sobre IST, HIV e hepatites virais	B – ESSENCIAL	B2.1. Encontros regulares com os núcleos de comunicação afins aos temas do DIAHV realizados, com o objetivo de desenvolver campanhas integradas e capilarizadas	x	x	x	x	Comunicação	Núcleos de comunicação do DAB/DAHU/Dagep
			B – ESSENCIAL	B2.2. Ações propostas de comunicação junto aos meios de comunicação e novas tecnologias de comunicação realizadas	x	x	x	x	Comunicação	DIAHV
			B – ESSENCIAL	B2.3. Oficina de comunicação com jornalistas realizada		x		x	Comunicação	Unids
		B – ESSENCIAL	B3.1. Parcerias com aplicativos de encontros realizadas	x	x			Comunicação	A identificar	
		B3. Estabelecer parcerias com aplicativos de encontros para divulgar estratégias de Prevenção Combinada								

Continua

Continuação

A Atenção integral e cuidado contínuo B Comunicação em Saúde C Educação na Saúde D Informações estratégicas E Participação social F Gestão e governança G Enfrentamento do estigma e discriminação										
ESTRATÉGIA	RESULTADO ESPERADO	AÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	PRODUTOS DA ATIVIDADE	ANO				ÁREA RESPONSÁVEL PELA CONDUÇÃO	PARCEIROS
					2018	2019	2020	2021		
ii. Alinhar as abordagens de comunicação com os estados e capitais (e outros municípios prioritários) para o desenvolvimento de ações de comunicação focadas nas populações-chave	Projetos de comunicação implantados	B4. Abordar o tema da prevenção da sífilis e outros agravos nas peças de comunicação organizadas com os estados e municípios, a partir de uma linguagem adequada às populações-chave	B – ESSENCIAL	B4.1. Plano de comunicação do DIAHV para as populações-chave, com enfoque em todos os agravos, elaborado e implementado	x				Comunicação	DIAHV
			B – ESSENCIAL	B4.2. Plano de comunicação com a UFRN do Projeto de Resposta Rápida à Sífilis, com enfoque nas populações-chave, elaborado e implementado	x	x			Comunicação	UFRN
			B – ESSENCIAL	B4.3. Ações de comunicação dos estados e municípios com as induções do DIAHV implementadas		x			Ações Estratégicas	DIAHV
			B – ESSENCIAL	B4.4. Aceitabilidade das ações de comunicação junto às populações-chave monitoradas		x	x	x	Comunicação	DIAHV
i. Estabelecer mecanismos que promovam a qualificação dos(as) trabalhadores(as) de saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento das IST, HIV/aids e hepatites virais	Profissionais de saúde qualificados para atuarem como multiplicadores das temáticas de IST, HIV/aids e HV	C1. Desenvolver conteúdos e estratégias metodológicas para qualificação dos profissionais de saúde na temática Prevenção Combinada para populações-chave	C – ESSENCIAL	C1.1. Módulos educacionais produzidos sobre Prevenção Combinada voltados para trabalhadoras(as) de saúde, com enfoque em cada população-chave no enfrentamento dos agravos, do estigma e da discriminação e para a redução de danos.		x	x		Ações Estratégicas	UNODC
			C – ESSENCIAL	C1.2. Módulos educacionais produzidos sobre prevenção combinada voltado para populações-chave no enfrentamento dos agravos e para a redução de danos.		x			Ações Estratégicas	
			C – ESSENCIAL	C1.3. Módulos educacionais produzidos sobre manejo clínico e adesão para os profissionais que atendem jovens PVHIV atualizados		x			Assistência	
			C – ESSENCIAL	C1.4. Trabalhadores(as) das UPAs 24h e das Portas de Entrada Hospitalares capacitados(as) sobre Prevenção Combinada, com parceria dos serviços de referência SAE/CTA			x		Prevenção e Assistência	DAHU
			C – ESSENCIAL	C1.5. Documento técnico sobre saúde indígena com foco nas IST, HIV/aids e hepatites virais elaborado (unir esforços com a ação do DIAHV)		x			Ações Estratégicas	Sesai
			C – ESSENCIAL	C2.1. Manual sobre redução de danos atualizado, incluindo o tema silicone industrial			x		Prevenção	DAB/PNCT, Unesco
			C – ESSENCIAL	C2.2. Manual orientador para trabalhadores de saúde dirigido ao cuidado integral às populações-chave, incluindo adesão, vinculação, retenção, PEP e PrEP	x	x			Prevenção, Assistência e Hepatites	
			C – ESSENCIAL	C2.3. Capítulo de saúde sexual para o caderno gestor elaborado	x	x			Prevenção	DAB/Dapes/MEC
			C – ESSENCIAL	C2.4. Guia virtual de educação entre pares elaborado		x			Prevenção	

Continua

Continuação

A Atenção integral e cuidado contínuo B Comunicação em Saúde C Educação na Saúde D Informações estratégicas E Participação social F Gestão e governança G Enfrentamento do estigma e discriminação										
ESTRATÉGIA	RESULTADO ESPERADO	AÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	PRODUTOS DA ATIVIDADE	ANO				ÁREA RESPONSÁVEL PELA CONDUÇÃO	PARCEIROS
					2018	2019	2020	2021		
ii. Estabelecer estratégias que promovam ações educativas direcionadas à população, em especial às populações-chave e prioritárias, com enfoque na prevenção das IST, HIV/aids e hepatites virais	Ações educativas direcionadas às populações-chave e prioritárias desenvolvidas	C3. Elaborar materiais instrucionais e orientadores sobre ações educativas que podem ser realizadas nos territórios em parceria com as ONG e movimentos sociais	C - COMPLEMENTAR	C3.1. Materias elaborados e distribuidos nas ações locais		x	x		Ações Estratégicas	Unesco
			C - ESSENCIAL	C3.2. Realizar oficinas com multiplicadores sobre Prevenção Combinada, dirigidas às populações-chave e prioritárias	x				Prevenção	SNJ
i. Promover a produção de conhecimento para atualização e/ou revisão das políticas voltadas ao enfrentamento das IST, HIV e hepatites virais	Estudos e pesquisas produzidas, especialmente na abordagem de temas poucos explorados sobre as populações-chave	D1. Fomentar pesquisas que complementem de forma quali-quantitativa as informações dos bancos de dados do Ministério da Saúde e que apresentem resultados sobre as populações ainda pouco investigadas	D - ESSENCIAL	D1.1. Estudo sobre barreiras de acesso nos serviços voltados às populações-chave nos SAE/CTA e na Atenção Básica realizado		x	x	x	Informações Estratégicas	SAS, Pnud/CNPq
			D - ESSENCIAL	D1.2. Banco de dados do sistema prisional disponibilizado para qualificação dos boletins epidemiológicos	x	x			Informações Estratégicas e Gestão de Sistema	Depen
			D - ESSENCIAL	D1.3. Requisitos do novo sistema prisional atualizados, com bancos de dados disponibilizados para o Ministério da Saúde	x	x			Informações Estratégicas	Depen
			D - ESSENCIAL	D1.4. Quesitos de aceitabilidade sobre o preservativo feminino e masculino incluídos nas próximas pesquisas (PCAP e RDS, por exemplo)		x	x	x	Informações Estratégicas	
			D - ESSENCIAL	D1.5 Resumos-executivos dos principais resultados dos estudos publicados (RDS, entre outros)	x				Informações Estratégicas	
			D - ESSENCIAL	D1.6. Estudo de avaliação das experiências brasileiras de PEP realizado		x	x	x	Informações Estratégicas	
ii. Sistemas do SUS com informações qualificadas relativas às populações-chave	Sistemas de informação adequados para produzir informação sobre populações-chave	D2. Avaliar e monitorar o uso de PEP, PrEP e TARV (cuidado contínuo) em cada população-chave	D - COMPLEMENTAR	D2.1. Monitoramento clínico realizado com produção de relatório	x	x	x	x	Monitoramento e Assistência	SAS
			D - ESSENCIAL	D3.1. Fichas de cadastro familiar e de atendimento individual revisadas, com dados incluídos para monitoramento das populações-chave	x				Prevenção	DAB
			D - ESSENCIAL	D3.2. Argumentações técnicas elaboradas para justificar as atualizações	x				Prevenção	
			D - ESSENCIAL	D3.3. Nova versão do e-SUS e do relatório Sisab atualizados			x	x	Prevenção	DAB

Continua

Continuação

A Atenção integral e cuidado contínuo B Comunicação em Saúde C Educação na Saúde D Informações estratégicas E Participação social F Gestão e governança G Enfrentamento do estigma e discriminação										
ESTRATÉGIA	RESULTADO ESPERADO	AÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	PRODUTOS DA ATIVIDADE	ANO				ÁREA RESPONSÁVEL PELA CONDUÇÃO	PARCEIROS
					2018	2019	2020	2021		
i. Contribuir para o fortalecimento institucional de redes, movimentos sociais e organizações da sociedade civil que atuam com e para as populações-chave		E1. Desenvolver estratégias para fortalecimento de lideranças da sociedade civil que trabalham com e para as populações-chave dentro de um marco dos direitos humanos	E - ESSENCIAL	E1.1 Encaminhamentos das reuniões das Frentes Parlamentares Mista de Enfrentamento às IST/HIV/Aids e Mista de Combate às Hepatites Virais	x	x	x	x	Ações Estratégicas	CNS
			E - ESSENCIAL	E1.2. Redes, movimentos sociais e organizações da sociedade civil, mapeadas			x		Prevenção	
			E - ESSENCIAL	E1.3. Encontro Nacional realizado			x	x	Prevenção	
			E - ESSENCIAL	E1.4. Edital para formação de lideranças da sociedade civil publicado	x	x			Ações Estratégicas	Pnud
			E - ESSENCIAL	E1.5. Curso online para jovens lideranças nos temas de saúde sexual, Prevenção Combinada e participação social	x	x			Ações Estratégicas	Unesco/Unaid
		E2. Articular com movimentos sociais que trabalhem com HIV/aids e religiões para realizar ações voltadas à populações-chave	E - COMPLEMENTAR	E2.1. Agenda de trabalho construída para ações de Prevenção Combinada		x			Prevenção	Dagep
			E - COMPLEMENTAR	E.2.2 Agenda de trabalho implementada e acompanhada			x	x	Prevenção	Dagep
ii. Promover a ampliação e o fortalecimento das ações de base comunitária, intensificando o enfrentamento das IST, HIV/aids e hepatites virais	Movimentos sociais fortalecidos sobre prevenção das IST, HIV/aids e HV e direitos humanos nas populações-chave	E3. Ampliar as linhas de intervenção da Estratégia "Viva Melhor Sabendo" para ações de base comunitária e de prevenção entre pares	E - COMPLEMENTAR	E3.1. Edital publicado regularmente, com as novas linhas de intervenção	x		x		Prevenção e Gestão	
			E - COMPLEMENTAR	E3.2. Guia orientador produzido	x		x		Prevenção	
			E - COMPLEMENTAR	E3.3. Seminário de avaliação realizado sobre os projetos do ciclo anterior e sobre o andamento dos projetos	x		x		Prevenção e Gestão	
			E - COMPLEMENTAR	E3.4. Projetos acompanhados	x	x	x	x	Prevenção e Gestão	
			E - COMPLEMENTAR	E3.5. Resultados publicados, de acordo com as novas linhas de intervenção			x		x	Prevenção, Monitoramento e Avaliação
iii. Instrumentalizar os Conselhos de Saúde no que se refere ao tema das IST, HIV e hepatites virais nas populações-chave		E4. Produzir documento técnico para os conselhos de saúde sobre a importância da pactuação de ações locais para o enfrentamento das IST, HIV/aids, HV à luz da Agenda Estratégica das populações-chave	E - ESSENCIAL	E4.1. Documento técnico produzido	x	x			Prevenção e Ações Estratégicas	CNS
			E - ESSENCIAL	E4.2. Documento técnico discutido com a Comissão de Atenção a Saúde de Pessoas com Patologias, DST-AIDS, TB, Hanseníase e Hepatites Virais - CIASPP e à Comissão de Vigilância em Saúde do Conselho Nacional de Saúde	x	x			Prevenção e Ações Estratégicas	CNS
			E - ESSENCIAL	E4.3. Documento técnico amplamente distribuído aos conselhos estaduais e municipais			x	x	Prevenção e Ações Estratégicas	CNS

Continua

Continuação

A Atenção integral e cuidado contínuo B Comunicação em Saúde C Educação na Saúde D Informações estratégicas E Participação social F Gestão e governança G Enfrentamento do estigma e discriminação										
ESTRATÉGIA	RESULTADO ESPERADO	AÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	PRODUTOS DA ATIVIDADE	ANO				ÁREA RESPONSÁVEL PELA CONDUÇÃO	PARCEIROS
					2018	2019	2020	2021		
i. Construir ações intra e intersectoriais com os parceiros e que visem a integração de ações (assistência e vigilância), qualificação prevenção e do cuidado contínuo das populações-chave	Grupos de trabalho instituídos para implementação e acompanhamento dos desdobramentos da Agenda Estratégica para populações-chave	F1. Formar uma Comissão para discussão e monitoramento permanente das ações intersectoriais sobre a Agenda Estratégica das populações-chave	F - ESSENCIAL	F1.1. Comissão intersectorial instituída	x	x	x	x	Diretoria	Ministérios (MEC, MJ, MDS, MDH, SNJ, SPPM, SNAD) e Organismos Internacionais
			F - ESSENCIAL	F1.2. Ações estabelecidas e monitoradas periodicamente		x	x	x	Monitoramento	
		F2. Implementar grupos de trabalho federal e estaduais para monitorar e qualificar as estratégias pactuadas na Agenda Estratégica das populações-chave	F - ESSENCIAL	F2.1. Grupo executivo composto por representantes da SVS, SAS e CNS criado e com reuniões regulares	x	x	x	x	Prevenção	SVS, SAS e CNS
			F - ESSENCIAL	F2.2. Grupos de trabalho regionais criados pelas coordenações estaduais, com representantes das áreas técnicas estaduais das pastas da saúde e outras representações regionais interministeriais		x			Ações Estratégicas	Coordenações Estaduais de IST/HIV/HV
		F3. Aproveitar as salas de situação instituídas em outros projetos para incluir indicadores na Agenda Estratégica das populações-chave	F - COMPLEMENTAR	F3.1. Indicador incluído na sala de situação do Projeto de Resposta Rápida à Sífilis	x	x			Prevenção e Ações Estratégicas	UFRN
	Apoiadores do Projeto de Resposta Rápida à Sífilis impulsionando a Agenda Estratégica junto aos estados e municípios		F - COMPLEMENTAR	F3.2. Reuniões acontecendo periodicamente		x	x	x	Prevenção e Ações Estratégicas	
		F4. Substanciar a qualificação dos apoiadores institucionais do Projeto de Resposta Rápida à Sífilis, no que diz respeito à epidemia de HIV/sífilis nas populações-chave	F - ESSENCIAL	F4.1. Tema das populações-chave incluído de modo transversal na formação dos apoiadores	x	x			Ações Estratégicas, Prevenção, Assistência, Laboratório e Hepatites	SAS/SGTES
			F - ESSENCIAL	F4.2. Pautas permanentes incluídas na agenda de trabalho dos apoiadores do Projeto de Resposta Rápida à Sífilis	x	x			Prevenção	
			F - ESSENCIAL	F4.3. Ações voltadas para as populações-chave integrando o Plano de Trabalho local e regional para a resposta à sífilis	x	x			Prevenção	
		F5. Pautar a Agenda Estratégica das populações-chave nas articulações com os estados e municípios para o enfrentamento às IST, HIV/aids e HV	F - COMPLEMENTAR	F5.1. Ações específicas para as populações-chave incluídas nos planos estaduais e municipais de saúde		x	x		Ações Estratégicas, Prevenção e Assistência	

Continua

Continuação

A Atenção integral e cuidado contínuo B Comunicação em Saúde C Educação na Saúde D Informações estratégicas E Participação social F Gestão e governança G Enfrentamento do estigma e discriminação										
ESTRATÉGIA	RESULTADO ESPERADO	AÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	PRODUTOS DA ATIVIDADE	ANO				ÁREA RESPONSÁVEL PELA CONDUÇÃO	PARCEIROS
					2018	2019	2020	2021		
i. Construir ações intra e intersectoriais com os parceiros e que visem a integração de ações (assistência e vigilância), qualificação prevenção e do cuidado contínuo das populações-chave	Encontros nacionais de Atenção Básica incorporando o tema da Prevenção Combinada na agenda de trabalho dos coordenadores estaduais	F6. Planejar, conjuntamente com o DAB, algumas edições de encontros nacionais da Atenção Básica com temas da política de IST, HIV/aids e HV	F – COMPLEMENTAR	F6.1. Atividades conjuntas realizadas entre o DAB e DIAHV, encontros nacionais de Atenção Básica		x	x	x	Prevenção	DAB
			F – COMPLEMENTAR	F6.2. Conjunto de induções para os serviços de Atenção Básica monitoradas		x	x	x	Prevenção	DAB
	Prevenção Combinada instituída como eixo de trabalho nas Estações da Juventude	F7. Implementar as ações de Prevenção Combinada nas Estações de Juventude 2.0	F – ESSENCIAL	F7.1 Capacitação dos coordenadores e vice-coordenadores das Estações de Juventude realizada	x				Prevenção	SNJ
			F – ESSENCIAL	F7.2 Documento propositivo validado conjuntamente pelo DIAHV e SNJ, contendo as ações de Prevenção Combinada	x				Prevenção	SNJ
			F – ESSENCIAL	F7.3 Inclusão da Prevenção Combinada como um dos eixos temáticos nas Estações da Juventude		x			Prevenção	SNJ
			F – ESSENCIAL	F7.4 Qualificação do instrumento de monitoramento da SNJ, com o objetivo de identificar as ações de prevenção combinada desenvolvidas		x			Prevenção	SNJ
i. Desenvolver ações que visem o enfrentamento do estigma e da discriminação às populações-chave, tanto no nível dos serviços de saúde, quanto para a opinião pública	Implantar ações específicas de enfrentamento ao estigma, discriminação e racismo nas pautas institucionais	G1. Definir padrões/ critérios técnicos para um serviço de saúde Zero Discriminação	G – COMPLEMENTAR	G1.1. Diálogos regionais (em 7 cidades) realizados com as populações-chave (grupos focais)	x				Cooperação Internacional	Agências da ONU/Unids/ UNODC
			G – COMPLEMENTAR	G1.2. Seminário nacional realizado, com representatividade de interlocutores na pauta (academia, governo, sociedade civil)	x				Cooperação Internacional	Agências da ONU/Unids/ UNODC
			G – COMPLEMENTAR	G1.3. Padrões para um serviço Zero Discriminação estabelecidos e validados	x				Cooperação Internacional	Agências da ONU/Unids/ UNODC
		G2. Apoiar ações para o enfrentamento do estigma e da discriminação às populações-chave e prioritárias junto a organizações governamentais e não governamentais	G – ESSENCIAL	G2.1. Apoio técnico realizado	x	x	x	x	Prevenção	Coordenações Estaduais de IST/HIV/HV
			G – ESSENCIAL	G2.2. Implementação, análise dos dados e disseminação dos resultados do Stigma Index no Brasil (estudo sobre estigma e discriminação às pessoas vivendo com HIV)		x	x	x	Cooperação Internacional	Unids

Continua

Conclusão

A Atenção integral e cuidado contínuo B Comunicação em Saúde C Educação na Saúde D Informações estratégicas E Participação social F Gestão e governança G Enfrentamento do estigma e discriminação										
ESTRATÉGIA	RESULTADO ESPERADO	AÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	PRODUTOS DA ATIVIDADE	ANO				ÁREA RESPONSÁVEL PELA CONDUÇÃO	PARCEIROS
					2018	2019	2020	2021		
ii. Desenvolver ações que visem o enfrentamento do racismo institucional	Implantar ações específicas de enfrentamento ao estigma, discriminação e racismo nas pautas institucionais	G3. Apoiar o desenvolvimento das ações da Agenda de Prevenção para População Negra nos estados e municípios	G - ESSENCIAL	G3.1. Videoconferências realizadas para elaboração da agenda	x				Prevenção e Núcleo de Educação	Áreas Técnicas dos Estados e Municípios e Dagep
			G - ESSENCIAL	G3.2. Agenda pactuada e em desenvolvimento	x	x	x	x	Prevenção	
			G - ESSENCIAL	G3.3. Agenda intersetorial da Seppir nos estados e municípios realizada conjuntamente		x	x	x	Prevenção	

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DA PUBLICAÇÃO

Capa:

Formato: A5 – 4 pg

Cor: 4/4

Papel: Couchê Fosco 250 g

Encadernação: Lombada

Acabamento: Laminação BOPP

Miolo:

Formato: A5 – 92 pg

Cor: 4/4

Papel: Couchê Fosco 90 g/m²

Gráfica:

Tiragem: 60.000





Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde

www.saude.gov.br/bvs



Coordenador
Representação
no Brasil

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

