



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**

*Departamento de Vigilância, Prevenção e
Controle das IST, do HIV/aids e Hepatites
Virais do Ministério da Saúde*



BRASÍLIA - DF
2018

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 PO700, 5º
andar
CEP: 70719-040 – Brasília/DF
Site: <http://www.aids.gov.br>
E-mail: aids@aims.gov.br

Edição:
Área Técnica de Comunicação (COM)

Revisão Ortográfica:
Angela Gasperin Martinazzo

Organização e elaboração:
Adele Schwartz Benzaken
Alicia Krüger
Ana Mônica de Mello
Damiana Bernardo de Oliveira Neto
Dênis Roberto da Silva Petuco
Diego Agostinho Callisto
Elisiane Pasini
Fernanda Rick
Gerson Fernando Mendes
Gilvane Casimiro da Silva
Grasiela Damasceno de Araújo
Liliana Pittaluga Ribeiro
Marcia Rejane Colombo
Maria Vitória Ramos Gonçalves
Paula Emília Adamy
Renato Girade
Sílvia Giugliani

Colaboradores(as):
Alexandre Magno
Alexsana Sposito
Ana Flávia Pires
Ana Roberta Pati Pascom
Elisa Cattapan
Elton Almeida
Filipe Perini
Flávia Kelli Alvarenga Pinto
Gerson Fernando Pereira
Inocência Negrão
Ivanete Ribeiro Dias Carvalho
Ivo Brito
Juliana Uesono
Mariana Villares
Mauritânia Fernandez C. Pereira

Rafaela Medeiros
Regina Aparecida Comparini
Salette Saionara Barbosa
Sara Alves
Thaís Gois Farias de M. Santos Lima

Representantes do GT Prevenção:
Alexandre Granjeiro (USP)
Ana Cristina Garcia Ferreira (INI/Fiocruz)
Fátima Berenice Machado (Redutora de Danos)
Ivone Aparecida de Paula (CRT/SP)
Julio Moreira (ABGLT)
Kátia Maria Braga Edmundo (Cedaps)
Leila Barreto (Rede Brasileira de Prostitutas)
Ludymilla Santiago (Antra)
Maria Angélica Comis (Centro de Convivência É
de Lei)
Maria da Paz (Apros/RN)
Ricardo Vasconcelos (USP)
Soraya Silveira Simões (Observatório da
Prostituição)
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 à Gestão Participativa
(DAGEP/SEGEPE/MS)
Departamento de Ações Programáticas e
Estratégicas (DAPES/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
UnaidS – 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

CONSULTA PÚBLICA

Impresso no Brasil

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.

CONSULTA PÚBLICA

Abreviaturas

Aids	(ou <i>sida</i>) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
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
GTVS	Grupo de Trabalho de Vigilância à Saúde
HBV	Vírus da Hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
PEP	Profilaxia Pós-Exposição contra o HIV
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

Sumário

Apresentação	06
1 Por que o Brasil precisa de uma agenda estratégica para as populações-chave?	11
1.1 Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH)	16
1.2 Pessoas que usam álcool e outras drogas	17
1.3 Trabalhadoras do sexo	18
1.4 Pessoas trans	19
1.5 Pessoas privadas de liberdade	21
2 Motivações para a Agenda Estratégica	24
3 Objetivos da Agenda Estratégica	25
4 Monitoramento e acompanhamento da Agenda Estratégica	26
5 Eixos de atuação e ações estratégicas	27
5.1 Atenção integral e cuidado contínuo	28
5.2 Enfrentamento ao estigma e discriminação	29
5.3 Comunicação em Saúde	29
5.4 Educação na Saúde	29
5.5 Participação social	29
5.6 Informações estratégicas	30
5.7 Gestão e governança	30
6 Cronograma de implementação	31
7 Referências	32

Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis

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 da 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 (GRANJEIRO; CASTANHEIRA; BATTISTELLA NEMES, 2015).

Desde as conferências de Alma-Ata (1978) e de Ottawa (1986), muitos países partilham a compreensão de que a saúde das populações depende 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 (CNDSS), 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. 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 enfrentar 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 cuidado integral, universal e equânime, sobretudo no sentido da superação da invisibilidade desses segmentos populacionais, buscando a qualificação dos 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 às quais podem estar mais ou menos expostas.

Ao longo das últimas décadas, buscou-se conhecer mais sobre as populações em situação de maior vulnerabilidade para 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 visam superar as atuais barreiras de acesso.

Dentre os estudos mais importantes, estão os realizados nos anos de 2007, 2010 e 2016, em 10 capitais brasileiras, com trabalhadoras do sexo, gays e outros HSH, travestis e mulheres transexuais, as chamadas pesquisas *Respondent Driven Sampling* (RDS). Todas demonstraram altas prevalências de HIV e de sífilis, além de dados sobre hepatites virais nesses segmentos e informações sobre uso de álcool e outras drogas, inclusão da variável raça/cor e percepção sobre risco, violência e discriminação, que 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 os(as) atores responsáveis pelo enfrentamento às IST, HIV/aids e hepatites virais, governamentais e não governamentais – principalmente com vistas à garantia de acesso universal e equânime. Ou seja, se denominamos como **“populações-chave”**¹

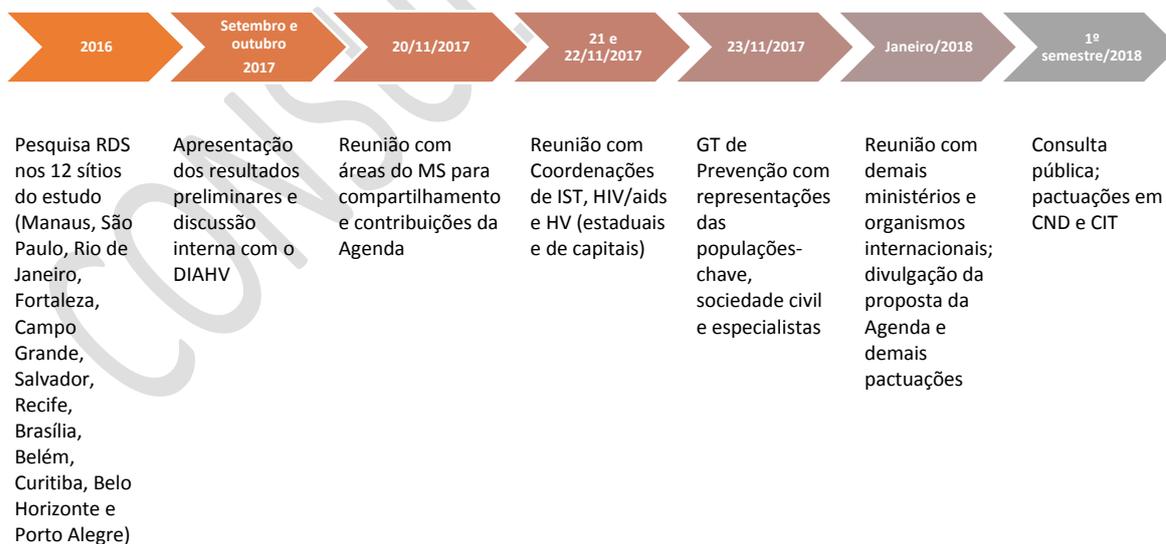
¹ Conceito trabalhado mais adiante.

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 por terem 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 que haja 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 apresentam vulnerabilidades aumentadas devido à situação de vida ou contextos históricos, sociais e estruturais: adolescentes e jovens, 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. Como subsídio para a ação, utiliza-se a análise dos resultados de diversas pesquisas, dentre elas as RDS, e o esforço contínuo de diálogo, articulação e pactuações entre os diversos parceiros (Quadro 1).

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



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.

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 e concordância de cada pessoa.

O termo “Prevenção Combinada do HIV” remete à ideia de conjugação de diferentes ações de prevenção tanto em relação ao HIV quanto aos fatores associados à infecção, sendo esse o ponto de partida para sua conceituação. Assim, sua definição parte do pressuposto de que diferentes abordagens devam ser conciliadas em uma estratégia conjunta, em que suas partes não se dissociem do todo que a compõem. Nesse sentido, a denominação pressupõe a combinação das três abordagens possíveis na formulação de estratégias de prevenção do HIV: a abordagem biomédica, a comportamental e a estrutural. A simples conjugação dessas diferentes abordagens não encerra, contudo, todos os significados do termo “Prevenção Combinada”.

Uma segunda definição em relação ao termo remete aos diferentes focos que devem ser abordados em estratégias de prevenção do HIV: a combinação de ações centradas nos indivíduos, em seus grupos sociais e na sociedade em que estão inseridos. A premissa básica assim estabelecida é a de que estratégias de prevenção abrangentes devem observar, de forma concomitante, esses diferentes focos, levando sempre em consideração as singularidades dos sujeitos e as especificidades dos meios em que se situam.

Para fins da implementação dessas ações, a Prevenção Combinada do HIV é entendida como modelo de intervenção para 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 sexuais de cada um.

Trata-se da 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 de 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.

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 estas estão submetidas e que, inequivocamente, o enfrentamento dessas desigualdades está diretamente relacionado à resposta às IST, HIV/aids e hepatites virais.

Ministério da Saúde

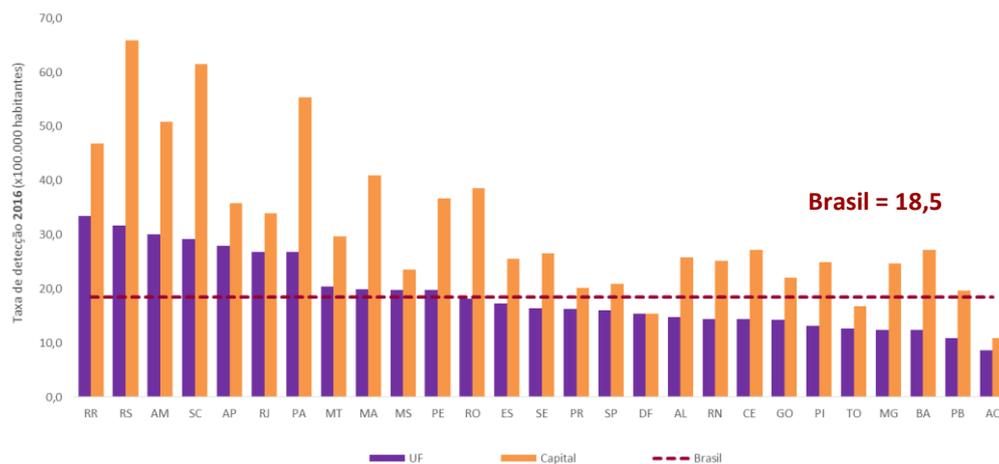
CONSULTA PÚBLICA

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 pelas ações realizadas 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 830 mil indivíduos vivam com HIV no Brasil. Desses, 136 mil não sabem que são portadores do 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).

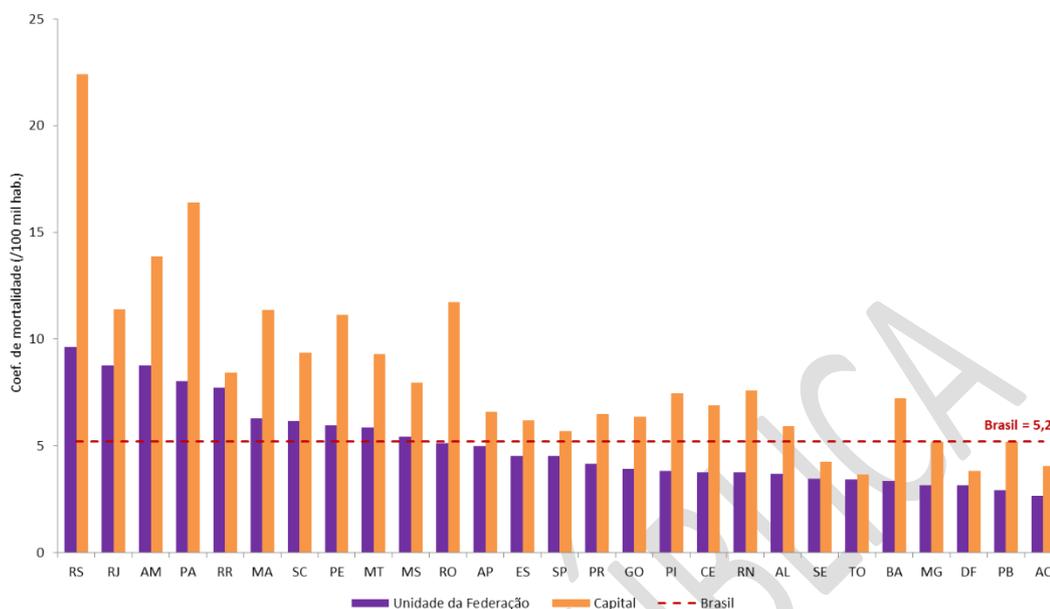
Figura 1. Taxa de detecção de aids (/100mil hab.) segundo UF e capital de residência. Brasil, 2017



Fonte: DIAHV/SVS/MS, 2017.

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, 2017



Fonte: DIAHV/SVS/MS, 2017.

Em vários países do mundo e também no Brasil, a incidência da infecção pelo HIV encontra-se estável ou em declínio. Entretanto, as prevalências de 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*² (UNAIDS/OMS, 2016). 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).

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 queda de óbitos de aids de 21,8% entre pessoas brancas e aumento de 35,5% na população negra³.

² Segundo a OMS, uma epidemia tem caráter concentrado quando os casos de infecção contabilizam menos de 1% na população de modo 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).

³ Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (<http://sim.saude.gov.br>), com acesso em 23 de janeiro de 2018.

Recentes pesquisas sobre alguns desses segmentos populacionais, encomendadas pelo DIAHV, 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 de infecção pelo HIV, outras IST e hepatites virais nessas populações (UNAIDS, 2014).

É muito importante, no entanto, que se atente 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 comportamento ou de suas escolhas pessoais, mas devido a estruturas sociais historicamente constituídas.

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 se perderem 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.

Por sua vez, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define populações-chave como aquelas que, devido a comportamentos potencialmente de alto risco e grande vulnerabilidade social, possuem maior probabilidade de contrair HIV, outras IST e hepatites virais, independentemente do tipo de epidemia ou do contexto local. A criminalização e a estigmatização das relações entre pessoas do mesmo sexo, do trabalho sexual e do uso de drogas e 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 (OMS, 2016).

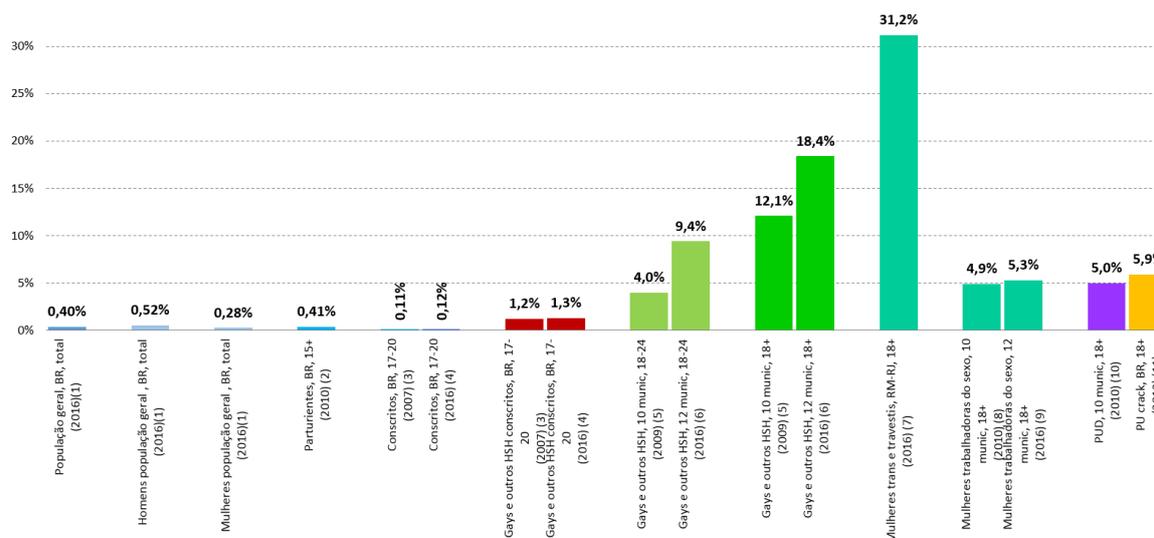
Figura 3. Representação esquemática das populações-chave no Brasil



Fonte: DIAHV/SVS/MS, 2017.

A Figura 4, a seguir, reúne dados que expressam a desproporção das taxas de prevalência do HIV entre as populações-chave, em comparação à população geral.

Figura 4. Prevalência de HIV segundo população específica e abrangência⁴



Fonte: DIAHV/SVS/MS, 2017.

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, ou 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 às 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 (OMS, 2017). Além disso, dados do Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais demonstram prevalência de coinfeção com HIV em 5,2% dos

⁴ 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, 2016; (2) Pereira 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. 2017 Jul 5;17(1):469; (3) Szwarcwald et al. Práticas de risco relacionadas à infecção pelo HIV entre jovens brasileiros do sexo masculino, 2007. Cad. Saúde Pública [online]. 2011, vol.27, suppl.1, pp.s19-s26; (4) Spherhake et al. Apresentação realizada no Departamento das IST, do HIV/aids e das Hepatites Virais, 2007; (5) Kerr et al. HIV among MSM in a large middle-income country. AIDS. 2013 Jan 28;27(3):427-35; (6) Kerr et al. Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 12 cidades brasileiras. Relatório técnico entregue ao Departamento das IST, do HIV/aids e das Hepatites Virais, 2017; (7) Grinsztejn et al. Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling in Rio de Janeiro, Brazil. The Lancet HIV, 3018(17)30015-2, fev, 2017; (8) Damacena et al. Risk factors associated with HIV prevalence among female sex workers in 10 Brazilian cities. J Acquir Immune Defic Syndr. 2011 Aug;57 Suppl 3:S144-52; (9) Szwarcwald et al. Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre mulheres profissionais do sexo em 12 cidades brasileiras. Relatório técnico entregue ao Departamento das IST, do HIV/aids e das Hepatites Virais, 2017; (10) Bastos et al. 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, 2010; (11) Bastos et al. 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; 2014. 224 p.

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 esporádica em alguns grupos populacionais. De forma geral, a transmissão sexual desse vírus é pouco eficiente e ocorre, sobretudo, nas populações mais vulneráveis, a saber: pessoas vivendo com HIV (PVHIV); pessoas sexualmente ativas prestes a iniciar a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) contra o HIV; pessoas com múltiplos parceiros 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).

Estima-se que o risco da 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 observou-se que o risco de infectar-se durante o sexo anal desprotegido situa-se por volta de 1,4%, e a variação de papéis nas relações sexuais da população de gays e outros HSH pode aumentar o risco de transmissão do HIV e outras IST's. Ainda, segundo o estudo, os parceiros que têm os dois tipos de relações sexuais, insertiva e receptiva (ativa e passiva), 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 mais ou menos a mesma, de 40,4%. Contudo, observou-se que a estimativa foi menor para as pessoas que só tinham relações sexuais insertivas (ativas) 21,7% dos gays e outros HSH que praticam sexo anal receptivo sem proteção têm risco maior de adquirir HIV, outras IST e hepatites virais, enquanto homens que praticam sexo anal insertivo (ativo) sem proteção têm maior probabilidade de transmitir o HIV. Esses fatores relacionados as práticas sexuais e gerenciamento de risco fazem com que a transmissão do HIV e outras IST's entre gays e HSH aumente especialmente na faixa etária de 15-29 anos. Ainda em relação a esse cenário, observou-se por meio dos resultados da RDS de Gays e outros HSH, divulgados em 2017, a prevalência de HIV passou de 12,1% em 2009 para 18,4% em 2016 (KERR et al, 2017).

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).

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, pessoas 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 (FIOCRUZ, 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; BERTONI, 2014).

Na pesquisa nacional sobre o uso de crack, promovida pela Fiocruz (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 pela troca de sexo por drogas ou dinheiro para seu consumo, favorecendo práticas sexuais sem a utilização de preservativo.

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 (DEBECK et al., 2017, MAHER; DIXON, 2017).

1.3 Trabalhadoras do sexo

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 monetário 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 profissional 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 deixado as pessoas que a exercem sem o reconhecimento e o exercício da própria cidadania, impedindo o acesso a informações e serviços de saúde e demais direitos sociais e políticas públicas.

Assim, para reduzir o 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 ao 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 5,3%, um pequeno aumento quando comparada com a pesquisa RDS de 2010, na qual era de 4,9%.

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).

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%⁵.

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

⁴ “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 com RDS 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”.

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, não incluem informações específicas para as travestis.

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, esse 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 fuja desse binarismo é olhado com preconceito e com discriminação. Como as travestis rompem com o muro entre o masculino e feminino, são colocadas sempre à margem da sociedade.

Entretanto, 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 profissionais que, alheios a essas mudanças sociais, não compreendem as especificidades de alguns grupos populacionais. O lado positivo é que, em muitos lugares, existem gestores de saúde sensibilizados, que fazem o diferencial nos serviços de saúde com inclusão, inovação e respeito (BRASIL, 2017.).

1.5 Pessoas privadas de liberdade

Segundo estabelecido no Código Penal brasileiro (BRASIL, 1941) e na Lei de Execução Penal (BRASIL, 1984), “[...] 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/UN, 2016) 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 cumpre pena por crimes relacionados a drogas (BRASIL, 2017d); destes, quase 60% são pretos e pardos.

Os estudos de Gois et al. (2012) traz 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: tuberculose, infecção 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%), papiloma vírus (HPV)

(4,8%-19,0%), hepatite B (7,4%) e hepatite C (4,6-19,0%); sobre estes 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 e 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.

CONSULTA PÚBLICA

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 UNODC⁶), 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.

Essa agenda, além do caráter estratégico e emergencial, pressupõe um engajamento multiestrutural, 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.

Primeiramente, essa 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 junto 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

⁶ 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.

realidade e os aspectos cotidianos que porventura dificultem seu acesso e de seus pares à saúde. Além disso, contar com a participação social, sobretudo nos Conselhos Federal, Estadual e Locais de Saúde (previsto pela Lei orgânica da Saúde (Lei Nº 8.142 de 28/12/1990), bem como dos movimentos sociais das próprias populações-chave, é um dos fatores fundamentais para o alcance de melhores resultados, sejam nas ações de âmbito federal ou locais.

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 da 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 são os seguintes:

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

Tais eixos, juntamente com as suas estratégias e atividades, representam o conjunto de induções e atividades do Ministério da Saúde, em articulação com estados, municípios e sociedade civil, na resposta nacional à desproporcionalidade da epidemia do HIV e de sífilis nas populações-chave em comparação à população geral.

Dessa forma, a Agenda Estratégica, desde sua concepção e sobretudo em sua implementação, se sustenta em uma resposta conjunta entre diferentes atores responsáveis pela superação dos desafios relacionados ao acesso e ao cuidado integral das populações-chave para o enfrentamento ao HIV/aids, a outras IST e às hepatites virais.

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 com o objetivo de propor novas intervenções para superar as possíveis dificuldades de implementação nos territórios. A definição do marco lógico e da matriz de monitoramento constitui a próxima etapa a ser construída, ainda no primeiro semestre de 2018, e será composta por indicadores de análise dos processos de implantação da Agenda Estratégica, a partir dos produtos apresentados na matriz programática (ver Anexo).

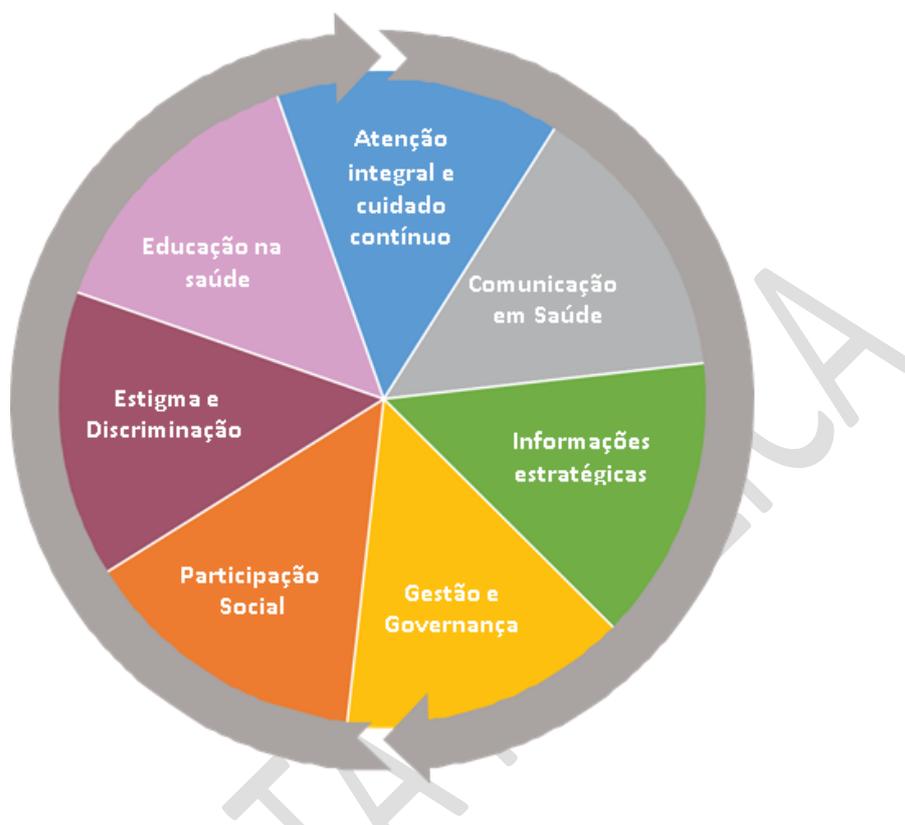
5. Eixos e estratégias da Agenda

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 (Anexo).

Quanto aos eixos de atuação, vale ressaltar que estes foram estruturados nos 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, para dispor 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;
- 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.

Figura 5. Eixos de atuação da Agenda Estratégica para as Populações-Chave



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 composto⁷;
- 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.

⁷ 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, 2017b).

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 intersetoriais 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 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.

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:

Ano	Semestre 1	Semestre 2
2018	Processo de articulações com parceiros, consulta pública e pactuações em CNS e CIT: <ol style="list-style-type: none"> 1. Discussão no GTVS; 2. Discussão no GT conjunto VS e SAS; 3. Discussão na CIT. - Estruturação de uma matriz de indicadores de análise de processo.	Início das atividades
		- Indicação dos representantes para composição interinstitucional da agenda.
2019	1º ciclo de monitoração e análise. - Realização dos ajustes necessários; continuação das atividades.	2º ciclo de monitoramento e análise. - Realização dos ajustes necessários; continuação das atividades.
	3º ciclo de monitoramento e análise. - Realização dos ajustes necessários; continuação das atividades.	4º ciclo de monitoramento e análise. - Realização de um Seminário Nacional; continuação das atividades.
2021	5º ciclo de monitoramento e análise.	6º ciclo de monitoramento e análise. - Apresentação de um relatório com os resultados da Agenda.

7. Referências

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.** 2010 Aug; 39(4): 1048-63.

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.

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.** / Alice Taciana Alves Ferreira Bezerra, 2015.

BRASIL. 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, 3 de janeiro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – Hepatites Virais.** Brasília: ano IV nº 01, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – HIV/Aids.** Brasília: 2017c

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: V. 48, n. 24, 2017b.

BRASIL. 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 das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Relatório de Monitoramento Clínico do HIV.** Brasília, 2016b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941.** Brasília: Diário Oficial da União, 4 de outubro de 1941.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **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.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Transexualidade e travestilidade na saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 194 p.

BURATTINI, N.; MASSAD, E.; ROZNAN, M.; AZEVEDO, R.S.; CARVALHO, H.B. Correlação entre HIV e HCV em prisioneiros brasileiros: evidência de transmissão parenteral no encarceramento – **Revista de Saúde Pública**, 2000.

BUSS. PAULO M, FILHO. ALBERTO P. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CARVALHO, ML, VALENTE JG, ASSIS SG, VASCONCELOS AGG. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: **especificidades de gênero no processo de exclusão social**. Cien Saude Colet 2006; 11(2):461-471.

CASTEL, R. **A dinâmica dos processos de marginalização social: da vulnerabilidade à “desfiliação”**. **Caderno CRH**. Salvador, n. 26/27, p. 19-40, jan/dez 1997.

COELHO, H.C.; PERDONÁ, G.C; NEVES, F.R; PASSOS, A.D. HIV prevalence and risk factors in a Brazilian penitentiary. **Caderno de Saúde Pública**. BRASIL, 2007.

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. Acessado em: 21/11/2017.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Ottawa, 1986. Disponível em: www.saudepublica.web.pt/05PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm. Acessado em: 21/11/2017.

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

DAMACENA, G. N. et al. Risk factors associated with HIV prevalence among female sex workers in 10 Brazilian cities. **J Acquir Immune Defic Syndr**. 57 Suppl 3, aug. 2011. p. S144–52.

DAS, P.; HORTON, R. Bringing sex workers to the centre of the HIV response. **The Lancet**, 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**, v. 4, n. 8, p. e357-e374, Ago. 2017.

FAUTEUX-DANIEL, Sebastien et al. 2017. “**Vertical Transmission of Hepatitis C Virus: Variable Transmission Bottleneck and Evidence of Midgestation In Utero Infection.**” *Journal of Virology* 91(23).

GOIS, SM; JUNIOR HPOS; SILVEIRA, ARAÚJO, MF; GAUDÊNCIO, MMP. Para além das grades e punições: **uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(5):1235-1246, 2012.

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.

GRANJEIRO, 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, mar. 2015. p. 5-8.

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

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

KERR, L. et al. **Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 12 cidades brasileiras.** Relatório técnico entregue ao Departamento das IST, do HIV/aids e das Hepatites Virais, BRASIL, 2017.

KERR, L. et al. HIV among MSM in a large middle-income country. *AIDS*. 28;27(3), jan. 2013. p. 427-35.

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*, v. 385, n. 9963, p. 172-185, jan. 2015.

LOPES, F.; LATORRE, M.R.D.O.; PIGNATARI, A.C; BUCHALLA, C.M. Prevalência de HIV, HPV e sífilis na Penitenciária Feminina da Capital, São Paulo – 1997/1998 – **Caderno de Saúde Pública** – 2001.

MAHER, L.; DIXON, T. C. Collateral damage and the criminalisation of drug use. *The Lancet HIV*, 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, 1996. p. 135-145.

MATILDA, L.; SOUZA, T.R.C.; SILVA, M. A.; LAMASTRO, S.; PLACCO, A. L.; SANTOS, M. **O HIV e a sífilis no Sistema Prisional Feminino do Estado de São Paulo** – 2013.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias:** INFOPEN – Junho de 2014. Ministério da Justiça, Brasília: 2014.

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. Departamento Penitenciário Nacional, 2017.

MIDGARD, Havard et al. 2016. “HCV Epidemiology in High-Risk Groups and the Risk of Reinfection.” *Journal of Hepatology* 65(1 Suppl): S33-45.

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.

OMS. **Consolidated guidelines on HIV prevention diagnosis, treatment and care for key populations.** GENEVA, World Health Organization, 2016.

OMS. **Global hepatitis report 2017.** GENEVA, World Health Organization, 2017.

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.** 17(1):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. Acessado em 19/05/2017. Acessado em: 16/01/2018.

SANTOS, N. T. V.; ALMEIDA, R. B. F.; BRITO, A. M. **Vulnerabilidade de usuários de crack ao HIV e outras doenças transmissíveis: estudo sócio comportamental e de prevalência no estado de Pernambuco.** BRASIL, Fiocruz Pernambuco, 2016.

SPERHACKE, R. D. et al. **Apresentação realizada no Departamento das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais,** 2017.

STRAZZA, L.; MASSAD, E.; AZEVEDO, R.S.; CARVALHO, H.B. Estudo de comportamento associado à infecção pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil – **Caderno de Saúde Pública** – 2007.

SWEAT, M.; DENISON, J. Reducing HIV incidence in developing countries with structural and environmental interventions. **AIDS**, n. 9 (supl. A), 1995. p. s251–s257.

SZWARCWALD, C. L. et al. Práticas de risco relacionadas à infecção pelo HIV entre jovens brasileiros do sexo masculino, BRASIL, 2007. **Cad. Saúde Pública.** vol.27, suppl.1, 2011. pp.s19-s26.

SZWARCWALD, C. L. et al. **Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre mulheres profissionais do sexo em 12 cidades brasileiras.** Relatório técnico entregue ao Departamento das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, BRASIL, 2017.

UNAIDS. **90-90-90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic.** Geneva: UNAIDS, 2014.

UNAIDS. **Global Aids Update 2016.** Geneva: UNAIDS, 2016.

UNAIDS/UN. **2016 High-Level Meeting on Ending AIDS:** United Nations General Assembly, New York, 8-10 June 2016. GENEVA, UNAIDS, 2016.

UNAIDS/WHO. **Initiating second generation HIV surveillance systems:** practical guidelines, Geneva: UNAIDS, 2002.

UNODC. **HIV/Aids em ambientes prisionais: prevenção, atenção, tratamento e apoio: marco referencial para uma proposta nacional eficaz.** Vienna: UNODC, 2007.

UPE. **Estudo de prevalência de base populacional das infecções pelos vírus das hepatites A, B, e C nas capitais do Brasil.** Pernambuco: UPE – Universidade de Pernambuco, 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.** 19(9):1589-98, sep. 2015.

CONSULTA PÚBLICA