**“47ª. REUNIÃO DA COMISSÃO DE ARTICULAÇÃO COM**

**MOVIMENTOS SOCIAIS EM HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS - CAMS``**

***Local: Hotel Nacional***

***End.: SHS, Quadra 1 , Bloco A, Brasília/DF***

***Tel.: (61) 3321-7575***

***RELATÓRIO***

***DIA -* 09/05/2018 – QUARTA-FEIRA**

**14:00 –** **REUNIÃO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS**

Representantes dos Movimentos Sociais, Fóruns Regionais, instancias Regionais e Nacionais, (Faustina Amorim-AIGA, Álvaro Mendes/ABORDA, Júlio Moreira/ABLGT, Giovane Noal/RNJVHA, Edilson Gomes/ARTGAY, Jurandyr Telles-FÓRUNS NE, Nellieuda Giselle/ANSDH, Georgina Machado/MNCP, Luana de Jesus/REDE TRANS BRASIL, Clementina Correa/CMP, Sandro Rosa/RNPBRASIL, Carmen Lúcia/Rede Brasileira de Prostitutas, Thiago Almeida/Fóruns NORTE, Fábio Dayan/ANAIDS NORTE, Silene Ferreira/CUTS, Cleonice/ANTRA, Susane Beatriz/REDE LAI LAI AMPEJO, Márcia Zen/Fóruns Centro este, Eliana Carajá/Povos Indígenas, Matheus Emilio/Fóruns sudeste, Beth Amorim/ANAIDS NE, Rubens Raffo/Fóruns Sul, Milena), eleitos em sua maioria no ENONG/2017 para o biênio de 2018 a 2020, reuniram-se para discutir as pautas referentes a programação da reunião da CAMS e as demandas dos Movimentos. Para isso elegeram um mediador e um facilitador. Durante toda a tarde tratamos de assuntos sobre a implementação da PREP nos estados, sobre o Desabastecimento dos ARVS, fracionamento e o jogo de empurra entre as instâncias de UF e locais encarregadas do abastecimento. Falou-se ainda, de Roraima, rota de entrada de venezuelanos e da barreira sanitária implantada pelo exército para acompanhar os refugiados em tratamento de testagem, sobre editais de Financiamento para as ONGs e o novo modelo de documentação da UNESCO. Durante a leitura da pauta da reunião do dia 10/05**,** elaborada e socializada pelo DIAHV, constava que somente às 17 horas os Movimentos Sociais relatariam seus informes e encaminhamentos e por unanimidade decidiu-se elaborar e redigir um documento, solicitando que os informes dos Movimentos Sociais fossem relatados no primeiro momento da reunião, em virtude do esvaziamento da plenária, visto que a maioria dos participantes tem voos a partir das 17 horas. Da mesma forma que as pautas das reuniões posteriores da CAMS fossem construídas de forma antecipada e em parceria com os Movimentos Sociais. Ficou decidido elaborar um pedido para se rever as pendências com relação ao regimento interno da CAMS, para que fosse publicado e socializado para os representantes. Decidiu-se que este documento seria lido no início da reunião por Faustina Amorim – representante da AIGA, com cópia entregue à Dra. Adele Benzaken, assinado por todos presentes na reunião. Com a eleição de novos representantes na CAMS no último ENONG/2017, pediu-se aos moderadores do grupo de watzap, (Eliana Carajás e o Jurandir Teles) adicionassem os mesmos. Foi colocado que em julho iria acontecer a Conferencia Internacional de AIDS em Amsterdã e neste ano os organizadores deram duas vagas ao Departamento para os representantes da CAMS, na qual candidatam-se: Clementina Correa/CMP, Matheus Emilio/Fórum Ong/aids/SP, Fábio Dayan/ANAIDS Norte e Cleonice/ANTRA, sendo eleitos o Fabio e a Cleonice. Embora só houve duas vagas e dando veracidade aos trabalhos de base e atuação na CAMS dos candidatos suplentes, decidimos tentar articular a ida de mais um dos candidatos ou até os quatros. De acordo com a atuação de uma comissão irá negociar com o Departamento.

 Faustina Amorim sugeriu desta Comissão, a elaboração de um documento assinado por todos para a imediata aprovação na ANVISA e posterior incorporação no SUS, do **Tenofovir Alafenamide, TAF.** Ficando encarregada de redigir o documento que após lido e aprovado por unanimidade foi assinado por todos os participantes da CAMS. Outro ponto discutido entre os demais foi a questão da socialização da Nota **Informativa** do DIAHV contendo os requisitos mínimos necessários para atender as solicitações excepcionais de dispensação de medicamentos antirretrovirais (ARV) por períodos superiores a 90 dias de tratamento. Pauta esta que será apresentada na reunião do dia seguinte.

**DIA - 10/05/2018 – QUINTA-FEIRA**

**09:00 ABERTURA E BOAS VINDAS** – **Dra. Adele Schwartz Benzaken – Diretora do DIAHV/SVS/MS** - saudou a todos com boas-vindas, em especial aos novos participantes. E ressaltou sobre as discussões que serão propostas colocando uma pergunta a todos: Qual o papel da Sociedade Civil nessa agenda Estratégica de População- Chave? Sugeriu uma rodada de apresentações em que todos falassem o principal objetivo de estar presente na reunião da CAMS quanto a sua representatividade. Finalizando as apresentações o Sr. Gil Casemiro apresentou-se e ao mesmo tempo ressaltou que as demandas trazidas por todos foram legítimas e ressaltando que a PREP e PEP após sua implementação teve um resultado no primeiro trimestre em 11 Unidades Federais do país e podemos observar que o perfil dos usuários, são homens brancos, alta escolaridade, adultos, gays e que a população TRANS e Profissionais do sexo tem procura muito baixa. Sugeriu que os Movimentos Sociais ajudem na divulgação de prevenção entre as TRANS e Profissionais do Sexo. Sugeriu também que várias outras questões que não estão na pauta que fosse sugerido e discutido a tarde. Lembrou aos novatos e antigos o papel desta Comissão que é de discussão, de marco político e a necessidade de focar realmente na resposta política das questões, nos agravos de cada demanda solicitando que a forma de diálogos seja sempre valorizando o espaço para tentar resolver os problemas. Para contemplar a fala de Gil Casemiro, a Sra. Adele Benzaken sugeriu que fizéssemos uma leitura dos Informes impressos do Departamento, para que seja trazido no final focando nas pautas, fazendo a defesa do trabalho árduo que este Departamento faz e não tendo conhecimento de que haja outros espaço em que todos possam dialogar suas demandas. Então tragam propostas positivas e o **exemplo está se dando com ANAIDS** que sistematicamente tem um diálogo constante na representatividade da Congregação de várias ONGs e o que surgiu uma ideia bastante interessante. Fruto disso é o edital pronto e voltado exclusivamente para o **Fortalecimento das ONGs** do país e dizer que isto foi **reivindicação da ANAIDS**, onde foi feito todos os trâmites e está sendo atendido.

Este Edital é voltado para **“Capacitações e Fortalecimento das ONGs”** para que as mesmas tenham capacidade não só em editais específicos do Ministério da Saúde mais em outros editais e quiçá até internacional. Este Edital visa fazer este tipo de refinamento que é tão necessário hoje para as ONGs do país.

O Sr. Álvaro Mendes – ABORDA, pediu um momento de pausa, para que fosse lido um documento elaborado pelo grupo de Movimento Sociais com algumas solicitações na qual reuniram-se no dia anterior. A Sra. Faustina Amorim representante da AIGA, fazendo a leitura e ao mesmo tempo em que todos os participantes da CAMS ficaram de pé, em sinal de aprovação do mesmo. Após a leitura, todos aplaudiram em consenso. (Documento em anexo).

Com a modificação da apresentação da pauta, foi passado os informes, demandas e encaminhamentos dos Movimentos Sociais dentre eles o Regimento da CAMS, na qual o Sr. Gil Cassimiro, ressaltou que ainda não foi concluído por motivo das eleições de novos representantes dos Movimentos eleitos no ultimo ENONG/2017, dificultando o trabalho de socialização do mesmo e garantiu agilizar sua publicação, com as sugestões apresentadas pelo grupo e explicou que o Regimento é interno e não publicado em portaria e que muitas das vezes ele dificultou a execução das reuniões quando não tinha quórum. E acrescentou que vão encaminhar para jurídico, lembrando que ele não é tão o importante, o importante é a portaria com os membros da CAMS publicado em **Diário Oficial** dos atuais titulares e suplentes eleitos no **ENONG**. Esse é um dos compromissos que na próxima reunião e um dos pontos de pauta será o Regimento Interno. O que temos hoje vai ser enviado para o jurídico e por e-mails e se tiverem alguma sugestão enviem por e-mail, para apresentarmos e aprovado nesta Comissão.

Dra. Adele Benzaken mostrou que por já estar avançado o tempo, pontuou o que já foi sugerido nas apresentações e que precisava dos nomes das representações da CAMS para participar da **Conferência Internacional de AIDS em Amsterdã,** pauta esta que tinha de ter respostas ainda naquela manhã. Foi sugerido que a **pauta das retiradas** dos Fóruns deveram ser discutidas no próximo ENONG, na qual o sr. Jurandir Telles, enfatizou que só fez uma menção de reflexão para não abri precedentes a outros Movimento e citou o MNCP e RNP Nacional, mas também temos o MNCP e RNP regionais, mas não para retirar o Fábio Dayan /ANAIDS, a questão é que se temos uma governança nacional e se tem fóruns regionais aqui presentes, porque não tem o MNCP e RNP regionais. E também colocou, que não tinha poder de tirar ninguém e mesmo que tivesse, teria de consultar os seus pares, questionando que não pediu opinião de ninguém mas que sim que tivessem autonomia para saber defender seus Movimentos. Dra. Adele falou sobre a documentação exigida pela **UNESCO** para os novos editais, e resumiu as demandas apresentadas, sobre o Viva Melhor Sabendo, a questão dos Venezuelanos, a questão de Estratégias da Inter Federativa e questões de editais para populações fronteiriças, do material educativo para P.S e o Desabastecimentos dos ARVS - Como funcionam as rotas para chegada de medicamentos nos estados e municípios nos SAE, e o que causa o desabastecimento.

Fábio Dayan – ANAIDS reforçou a fala perguntando de que forma acontece a chegada no Brasil? Qual a trajetória? E a logística na chegada... e de repasse nos estados? A Dra. Adele respondeu que o volume dos estados dependem das questões programáticas no processo de monitoramento nos estados e municípios e pediu mais apoio dos Movimentos Sociais para Monitorar e Supervisionar estas chegadas e distribuição, fato este já exercido constantemente por nós do Movimento Social que são as vozes das PVHAS que ficam sem os ARVS em alguns estados de forma fracionada ou que faltam a medicação mesmo. Expôs que nos dias 15 a 17 de maio acontecerá a reunião com os coordenadores estaduais e municipais de DST/AIDS e Hepatites Virais do Brasil e enfatizou que grande parte do que foi colocado aqui será apresentados a eles. Em seguida a Dra. Elisa Cattaplan apresentou um breve slide sobre:

**\*HEPATITE C – PLANO DE ELIMINAÇÃO DA HEPATITE C ATÉ 2030** - **Dra. Elisa Argia Basile Cattaplan - DIAHV/SVS/MS**

A Dra. Elisa falou da publicação do dia 03 de maio revisão do PCDT/2018 onde foi ampliado o acesso para todos e com isso houve uma grande evolução no acesso tratamento para as HV, e ressaltou a importância de lembrar que para a Hepatite C tem tratamento e prevenção, para a Hepatite B tem a vacina que deve ser extremamente estimulada e a H B, não tem cura medicamentosa mas ela tem controle com tratamento. Aproveitando a presença da Dra. Elisa, a representante das Hepatites Virais, Faustina Amorim- AIGA, entregou um documento elaborado sobre a aprovação e incorporação do Tenofovir Alafenamide, TAF, para Dra. Adele, que acolheu, e solicitou que o mesmo também fosse entregue na ANVISA, com cópias para o Ministro da Saúde, CONITEC e DIAHV.

Dra. Elisa assumiu a fala e apresentouo **Sumário da Apresentação com** • Panorama relativo à Hepatite C no Brasil e no mundo, Estratégias preconizadas pela OMS para controle da epidemias de hepatites, Estratégias estabelecidas pelo Ministério da Saúde do Brasil para controle da Hepatite C, Desafios Futuros Mortalidade Hepatites Virais - 1,4 milhão óbitos /ano - 48% Hepatite C - 47% Hepatite B Casos Agudos A e nem todo tem todo mundo tem corpo é **virêmico.**

**A META DA AGENDA 2030 é** -Redução de novas infecções em 90% e Redução mortalidade em 65%

**ESTRATÉGIAS PRIORITÁRIAS -** Atualizações 2018:

• Ampliação do tratamento para **TODOS OS PACIENTES COM HEPATITE C CRÔNICA**, Inclusão esquemas de tratamento, Atualização do tratamento da Hepatite C aguda, Atualização do tratamento da Hepatite C em crianças e a Incorporação de novos medicamentos

**AMPLIAÇÃO DAS INDICAÇÕES DE TRATAMENTO** - Todos os pacientes com HEPATITE C Crônica, anteriormente estavam contemplados pacientes até F2 (escala Metavir) - Modificação Esquemas: Introdução Novos Esquemas e Atualizações, Incorporação das seguintes associações medicamentosas: Elbasvir 50 mg dia + **Grazoprevir** 100 mg dia- 1 cp/dia • **Sofosbuvir 400 mg**/dia + **Ledipasvir** 90 mg /dia- 1 cp/dia

**UTILIZAÇAO DAAs NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM IDADE > 12 ANOS OU COM PESO > 35 KG**

Proposta Tratamento Hepatite C Aguda Tratar todos os pacientes sintomáticos e Assintomáticos - Tratar a todos com DAAs, conforme tratamento da **Hepatite C crônica,** - Número de Testes Rápidos para Hepatite C distribuídos no Brasil - ANTI HVC 2.824.676, - Estimativa da ampliação do número de tratamentos e de novos diagnósticos anualmente, além da projeção do número de testes diagnósticos necessários e o custo anual da estratégia.

**PROPOSTA DE PLANO DE AÇÃO PARA O PLANO DE ELIMINAÇÃO DE HEPATITE C ATÉ 2030**

-Capitalização dos Serviços que recebem Teste Rápido

-Registro de Resultados de Teste Rápido Implementar o fluxo de confirmação de diagnóstico ----Ampliar o uso de TR nos CAPS,

-Atenção Básica (Saúde do idoso, Saúde do Homem, Saúde da Mulher, Consultório na rua), Saúde Indígena, Saúde no Sistema Prisional

-Realização de Testes Rápidos em pacientes hospitalizados (rede hospitalar)

-Implementar a Vigilância Epidemiológica

-Análise situacional dos pacientes em hemodiálise Identificar os casos Anti HCV+ nos bancos de sangue – (correlacionar com os casos notificados).

-Identificar no SINAN os usuários que não realizaram carga viral

**CONSTRUÇÃO DA LINHA DE CUIDADO - CONCLUSÕES**

Para atingirmos as metas globais e nacionais precisamos: - Estabelecer POLÍTICAS SUSTENTÁVEIS

- Estabelecer LINHA DE CUIDADO, - Tratar TODOS casos virêmicos,- Ampliar Acesso a Tratamento

- Aumentar o Número de Diagnósticos, -Fortalecer parceria com Estados e Municípios (Atenção Básica, Serviços ambulatoriais, etc.) - ausência **De lesão** influem o paciente, pois nem todos ficam com o fígado lesados.

Com esta apresentação sentimos contemplados em saber que as Hepatites Virais tiveram um espaço de discussão considerável, com farta distribuição de material sobre a Pactuação de estratégia para eliminação da Hepatite C, e com formação de um GT em conjunto com Vigilância em Saúde e Atenção à Saúde que deverá pautar o plano para execução da estratégia para eliminação da Hepatite C, ressaltou a Sra. Faustina Amorim-AIGA. (Documento em anexo)

Após esta apresentação a Dra. Adele Benzaken ressaltou que o **grande desafio hoje é o diagnóstico e propôs que as ONGs tem o papel Fundamental nesta divulgação** solidarizou-se com a angústia colocada em que se deve ter mais ações mais efetivas com relação a Redução de Danos pra Hepatites. Relembrando que as Hepatites não seguem a mesma população para testagem de HIV e Sífilis**. A Hepatite C** prioritariamente tem de ser pessoas mais velhas, que é o tema desta discussão e talvez ela tenha de refranzear a sua colocação onde citou que maioria das instituições da Sociedade Civil não tem por exemplo em seus Estatutos a questão sobre das Hepatites, achou que isto é um item necessário, que precisa ser pautado. Disse também que é diferente a testagem para as Hepatites do que diz respeito para o **Fluido Oral.** As Hepatites ainda não temos auto teste e ainda não temos Fluido Oral. As Hepatites B e C são testados por “**pulsão digital”,** é com sangue e apenas profissionais da aérea da saúde até o momento na legislação brasileira podem realizar estes testes. Tem uma serie de diferenças no que diz respeito a diagnóstico para Sífilis e HIV, onde prioritariamente nós colocamos as populações chaves e ou populações prioritárias. Pra **Hepatite C,** nós temos de priorizar maiores de 40 anos que no passado se expuseram a transfusões, a cirurgias que podem terem se infectados. Para além disso são pessoas que ainda usam drogas injetáveis E são tatuadas em locais inadequados. São pessoas que tem um perfil diferente um pouco do perfil que são indicadas para a testagem para HIV e Sífilis. Por isso esta demanda é **inviabilizada para “Editais de Testagem** **de Hepatites”** com a Sociedade Civil, a não ser claro que a instituição contrate um profissional de saúde para estar fazendo esta testagem. Caso isso não aconteça não é impeditivo por Lei a não autorização da testagem, podendo ser feita em parceria com Programa de Saúde Local. Quanto a população TRANS, o Ministério da Saúde, numa ação inédita fez sim uma RDS para esta população, enfatizando que esse RDS é o primeiro Dado da população de mulheres Trans e Travestis no Brasil. Temos sim do VIVA MELHOR SABENDO e dados dos RDS de população Trans, toda a Agenda Estratégica ela está baseada numa resposta a estes estudos que foram realizados com esta população chave.

Quando falamos da CONITEC e da incorporação do SUS, nós achamos essa “via cruzis” que é feita extremamente trabalhosa principalmente para os técnicos da equipe, mas ela tem um ponto essencial que é a sustentabilidade e a partir do momento que está incorporado no SUS através da CONITEC, e tem 180 dias para estar lá na conta, mas também tem outro dado importante que aí a Sociedade Civil tem de saber disso e pode exigir o porquê de estar incorporado no SUS? A sustentabilidade se dá pela incorporação e do Ministério da Saúde não cumprir com essa incorporação, isso pode ser demandado, é por isso que existiu tanta judiciação com relação as Hepatites principalmente, por judiciação por esta questão do não envio da medicação e etc. Novamente o programa dividido entre o Departamento de Assistência Farmacêutica e o Departamento é muito complicado com a forma a assistência, tem as chamadas APACs, na demora da entrega do medicamento e porque a documentação se dá em outro formato diferente da medicação de retroviral e muitas vezes atrasam a entrega para as pessoas. Hoje temos uma lista de espera mais vazia desde o ano passado, mais ainda com 4 mil e oitocentas pessoas aguardando este envio da medicação, da liberação das APACs, e uma serie de documentações. Essa demanda de 4.800 pessoas nem se compara a demanda anterior que tinha quase de 30.000 pessoas que faziam este aguardo. Agora com este oficio circular pedindo para incluir nesta demanda de F-5, F-0, F-2 isto até aumente um pouco mais, é que o nós esperamos e além disso a Dra., Elisa colocou muito bem que a ideia de nossa solicitação que seja comprada 50 mil tratamentos. Mas nós não temos 50 mil pessoas nos serviços para receber essa medicação, por isso foi colocado o desafio da testagem e o desafio do diagnóstico e aí a participação da Sociedade Civil é super importante no que tange para aquelas pessoas que precisam ser testadas e possam resolver esta demanda. Nossa preocupação é que a compra é essa, mas precisamos de pessoas para o tratamento. E voltando atrás no dialogo Dra. Adele enfatizou a necessidade dos Movimentos Sociais estimular a procura a testagem porém infelizmente a Legislação Brasileira impedem que profissionais que não sejam da saúde realizem o teste. Falou que o Departamento tem feito sua parte em todas as especificados, seja para testagem das Hepatites, HIV e Sífilis. Seja para o aumento também de todas as testagens. O trabalho das Comissões Locais Intersetoriais junto a Sociedade Civil e a solicitação, devem ser feitas localmente, porque não adianta nada, muitas vezes nós do Departamento recebemos uma demanda que pode ser resolvida na ponta, no local ou no município. Então logo no início da Epidemia onde a Dra. Adele falou ser dessa época antes mesmo de surgir o HIV no mundo, ela recusou a ficar dentro de um gabinete e foi para rua “literalmente” e daí surgiu a **ONG AMA VIDA** de luta contra a AIDS no Amazonas, onde ela militou, durante 07 anos do início da epidemia. E uma das coisa que eles fizeram foi exatamente isto: Criaram uma Comissão local que ficassem com reuniões sistemáticas, não só com a coordenação mais com todos os segmentos de luta contra o **IST/HIV/AIDS**, incrementado com o PSE.

Dra. Elisa retornou para nos mostrar a importância de lembrar que para fazer o tratamento o novo protocolo mesmo antes de ter chegado as drogas mais novas, mesmo com qualquer outra dificuldade, todo mundo que tem **Hepatite C**, que tem carga viral deverá sempre procurar o serviço de saúde para realizar os exames propostos. Porque fazer o exames?

Porque se avalia o estado do fígado, avalia estado geral da pessoa e ainda e tem de fazer a Ultrassom, porque a Hepatite faz alterações que não é só visível nas ecografias. A Ultrassom é muito importante antes do início e no fim do tratamento, exame de sangue também é fundamental e não é só o de carga viral para pacientes integral. E se olharmos no protocolo do paciente a necessidade de realização dos exames são muitos e eficazes para o sucesso do tratamento. Mesmo que o paciente receba o diagnóstico, faz o exame de carga viral e receba os medicamentos, o paciente tem de realizar os exames sempre. O importante é estimular o tratamento com os exames mesmo que para isso tenha de peregrinar nos serviços para realizar os mesmos.

Sobre o **TAF**, Renato Girade nos informou o seguinte:

- A Gilead protocolou em dezembro de 2017 o pedido de registro do medicamento no Brasil, portanto, bem recente. Que o processo de registro na **ANVISA** e **CONITEC** demora de 6 a 8 meses para ser analisado, antes da incorporação.

- Que há interesse do DIAHV na incorporação do medicamento no SUS, porém há um processo demorado para a análise do medicamento.

**\*CONFERENCIA INTERNACIONAL DE AIDS 2018 - EM AMSTERDÃ** -

O sr. Gil Casemiro passou para a pauta da Conferência Internacional de AIDS em Amsterdã que acontecerá de 23 a 27 de julho de 2018. Juliana explicou que o evento terá aproximadamente de acordo com os organizadores a participação de 15 mil pessoas representantes de Movimentos Sociais, Governantes, Gestores e Profissionais de Saúde, palestrantes, academias, expositores. O Departamento terá uma participação com 13 trabalhos aprovados, sendo 02 sendo com apresentação oral, 01 Workshop sobre a PREP e a PEP, e mais 10 pôsteres. Além disso citamos com orgulho a Alicia foi convidada para presidir uma sessão durante a Conferência para falar sobre Serviços de Saúde liderados por populações chaves na áreas de prevenção ao tratamento e outra sessão sobre Direitos de pessoas TRANS e acesso ao tratamento. Então essa é uma sessão pré Conferencia. E outro orgulho nosso é o Diego Calixto nosso jovem que está levando trabalhos e Oficinas de Jovens para a Vila Social, articulando também outras participações memoráveis de jovens na Conferência. Em relação aos trabalhos orais do Departamento um deles vai ser sobre a implementação do **dolutregavir na primeira linha mantendo a sustenbilidade do programa** e o outro trabalho é sobre a **efetividade dos esquemas de 1ª linha de tratamento em relação a supressão viral inicial.** Inclusive este trabalho ele vai ser apresentado numa grande plenária e já foi apontado como um ponto-chave da Conferencia. O outro tópico será o **Workshop sobre Projetos demonstrativos sobre a PREP e a PEP** e terá a participação também do Peru e do México. Como todos os anos o Departamento levará uma Delegação liderada por nossa diretora Adele Benzaken e nosso Secretaria de Vigilância e nesse ano daremos total apoio para **dois representantes da CAMS**. Ressaltou que o Passaporte tem de estar em dia e não precisa de visto para a Holanda. Como também tem de estar com a biometria do Título de Eleitor atualizada.

Jurandir Telles, ressaltou que em reunião ontem foi discutido, apresentado e eleitos os representantes para duas vagas: O **Fábio Dayan/ANAIDS** e a **Cleonice/Região Sul**, e sugerimos que o Departamento viabilizasse em tempo hábil os recursos e transmites necessário para que os mesmos não passem o sufoco que eu e a Heliana Moura passamos em Durban questionou Jurandyr Telles. Os indicados receberam aplausos de todos os presentes. Logo após Juliana solicitou o email dos contemplados para enviar fichas de inscrições e informações necessárias.

-**RESPOSTA RÁPIDA A SÍFILIS** - Dra. Adele Schwartz Benzaken não fez apresentação mas explicou que em outubro de 2016, o Departamento teve a ousadia de declarar **a epidemia de Sífilis** no país. Sendo obvio que ao fazer isso ao mesmo tempo apresentaram uma Agenda Estratégica que tinha sido montada com algumas categorias do Ministério da Saúde. A epidemia da Sífilis estava elevadíssima tanto para sífilis **congênita, sífilis adquirida e sífilis na gestação**. Para se ter uma ideia a OMS/OPAS, preconiza taxas de Sífilis Congênita de **0.5** e nós estávamos com uma taxa de **6.8**. Junto a essa ação fizemos uma demanda no Congresso Nacional, com parceria com nossa Secretário de Vigilância para termos um recurso específico para Sífilis, através de uma Emenda Parlamentar no valor de R$ 200.000.000,00 (duzentos milhões de reais) para utilização pelo Ministério da Saúde para resposta rápida à sífilis – Lei Orçamentária Anual (LOA) nº 13.414 (Publicada no DOU de 11.1.2017). A resposta rápida é por que o tratamento é rápido e tem cura, e ressaltar que este Projeto de Resposta Rápida da Sífilis tem como parceiros a **Universidade Federal do Rio Grande do Nortes e a OPAS** e os eixos de trabalhos foram: **Comunicação, Cuidado integral,** onde trabalham no reforço a vigilância e no reforço as cidades Fronteiriças. Neste Projeto de Sífilis são 150 municípios, incluindo alguns municípios de fronteira que serão agraciados com estes reforço na Vigilância. Para amenizar estes agravos já foram feitos um **Edital de Seleção de Apoiadores** desse Projeto, foi um **Edital Nacional** e para surpresa do Departamento para somente das 52 vagas tinha mais de 1.600 candidatos inscritos, gerando um trabalho enorme fazer a seleção curricular com entrevistas, etc. Esses apoiadores já foram selecionados, contratados e já estão alocados nos municípios e nós já realizamos os Seminários Regionais do Projeto e novamente por sugestão da ANAIDS com participação de representantes da Sociedade Civil, nestes seminários onde foram discutidos um **Plano de Trabalho** a serem elaborados por estes municípios e a Dra. colocou o desejo de que sempre nas pautas das reuniões da CAMS, estarem refazendo atualizações da Sífilis.

Este é o slogan elaborado para apresentação. Porque a Sífilis é um problema no país e precisa ser controlada, E esse controle se dá também com o apoio da Sociedade Civil com questões específicas. Relembrando que no último Seminário, O Veriano Terto colocou umas questões mas de fundo qualitativos para que pudéssemos entender qual é a percepção das pessoas com relação a Sífilis e o RDS, ele também nos deu prevalência de Sífilis e nós sabemos que na população Trans é onde tem as taxas mais elevadas de sífilis. Daí dessa colocação do Veriano mais o resultando das RDS, nós já entramos em contato com Amélia Veras e ela está elaborando uma proposta de uma intervenção, estudo e pesquisa onde terão 4 ou 5 representantes trabalhando com a população Trans para entender a representação simbólica dessa população, como também a dificuldade que a população Trans tem em relação a questão de sífilis. Quanto a administração da penicilina, o CONFEM recentemente já fez uma portaria e a Dra. Elisa está trabalhando e modificando um pouco esta portaria no que diz respeito ao local a ser usado para a aplicação da **“Penicilina Benzatina**”. Ressaltando que o Departamento está trabalhando com populações chaves e dentro do tema também de Sífilis. Também podemos dizer que estão programados Seminários Locais articulados com a Sociedade Civil. Foi questionado a presença de um representante da região Nordeste neste Seminário de Sífilis, onde colocaram que esta região possui 09 estados e não poderia só uma pessoa representar a todos. Visto que a cobrança não é da representividade mas do Movimento que lá esteve. A Dra. respondeu que estiveram presentes neste Seminário Regional de Sífilis, representando suas regiões: Fabio Dayan/Região Norte Jô Menezes/Região Nordeste, Veriano Terto/Região Sudeste, Carla Almeida/Região Sul e Fernando/Centro este.

Este Projetos ele tem vários GTs separados. Tem o GT de Pesquisa, GT de Comunicação, GT de Coordenação e estamos analisando de que forma os convites para a Sociedade Civil vão acontecer regionalmente. Mauritânia/DAHV fez um adendo sobre o Projeto que está se iniciando com uma magnitude muito grande e com a participação da Sociedade Civil, dos Conselhos, Coordenação da Atenção Básica, Coordenação Locais, CONAISS e CONASENS e precisamos da ajuda de vocês por não termos condições de monitorar e supervisionar os 150 municípios cadastrados. São 52 municípios na 1ª fase. É muito muita gente e não temos condições de manter toda a Sociedade Civil dentro dos Seminários. Então precisamos que haja um encontro entre esses Apoiadores e a Sociedade Civil em seus municípios, porque cada local vai ter um contesto e uma dinâmica diferente. Colocou como exemplo o estado do Amazonas na qual estão passando por processo em que os Conselhos estão fechados por motivo de denúncia. Estão sem realizar reuniões. Então esse estado vai ter de ter uma forma de trabalho única para que possamos ter uma resposta rápida então seria como sugestão redigir um documento citando quem são essas pessoas, os apoiadores, aonde eles estão na qual podemos disponibilizar o endereço de todas as ONGs que nas reuniões locais vocês possam ser chamados para estarem colaborando. Então essa é a grande colaboração que nós precisamos de vocês, nesse momento localmente. Ressaltando que há coisa que são macros ou comuns ao pais. E para se conseguir esse comum do pais temos de trabalhar localmente de acordo com o contexto local de cada um. A região Norte é completamente diferente da região Sul, como é do Nordeste. Então é assim na 1ª fase e vai perpetuar na 2ª também. E precisamos que vocês divulguem a portaria do COFEM.

 Compartilhou alegremente sobre a inauguração na segunda feira dia 14 de maio, no estado de Pernambuco que estará inaugurando a **1ª Clínica do Homem** para IST em parceria com a **HAF** e governo do estado. Ela vai priorizar a testagem da Sífilis e o CDC também está fazendo outra clínica em Curitiba. E estamos articulando para que além da testagem, façam o exame de carga viral antes de encaminhar para UBS. Deixou claro a atenção as Profissionais do Sexo está sendo como prioridade e de alguma forma são atendidas as solicitações nesse formato de ofertas do Viva Melhor Sabendo, porque a questão da Sífilis ela está dentro da prevenção combinada. Explicou que durante muito tempo o Brasil foi acusado de estar inventando a falta da Penicilina e mostrou no mapa explicando que o desabastecimento é global e que podemos observar pelos dados da OMS, que o Brasil foi sim o primeiro país do mundo que detectou desabastecimento da Penicilina, isto na data de junho de 2014. E a própria Dra. Adele levou a denúncia a OPAS, ao OMS e não foi escutada, porque na época não tinham ideia de qual era o impacto que causou globalmente. Apresentou no gráfico a linha do tempo de ações estratégicas que o Departamento fez para controlar o desabastecimento no país. Mostrou que antes do CDC dos Estados Unidos, foi feito uma nota informativa para todos os estados e municípios onde deveriam priorizar que a Penicilina restante seria para gestantes e seus parceiros sexuais. O Departamento provocou uma audiência pública na Câmara Técnica para discutir e chamar representantes da indústria farmacêuticas e foi nessa mesa que a vice presidente da **EUROFARMA** “a maior produtora de penicilina no pais “que foi colocado a questão de que o Departamento não tinha a responsabilidade de fazer a compra mas vale ressaltar que a responsabilidade era dos estados e municípios que no momento não puderam comprar. E com isso tivemos que fazer a maior explicação no jurídico para poder fazer a compra centralizada. Essa mesma EUROFARMA não aceitou o “Pregão” que foi três vezes diverso e com isso demorou dois anos para fazer a compra da Penicilina, e teve o problema do preço também e conseguimos reverter e se fazer a compra. Mas outro agravo que nos preocupou foi a compra da **“Penicilina Cristalina”** para o bebê e produzida no país, a quantidade de umidade que tem no frasco o bebe tem quilos em média e a dose é de acordo com o peso então quando se abre o frasco tem 24 horas para usar e o resto joga no lixo e o que tem comercializado sobra muita Penicilina, o que de novo faz com que o Departamento refaça todo o processo jurídico para explicar a compra de uma posologia que sabidamente vai ser desprezada depois de 24 horas.

Não são processos fáceis dentro do Ministério e por fim nesta situação nos decidimos solicitar que nos que nos enfrentamos a epidemia que mude a “RENAME” (que estabelece quem deve comprar), se é estado ou município se é o Ministério da Saúde que por nossa solicitação foi a compra de penicilina centralizada no final do ano passado para o Ministério da Saúde. O pregão foi realizado e a penicilina no mês de março começou a ser já distribuída. E com essa regulação nos excluímos a Nota informativa e a Penicilina é para todos.

**O que esperamos em 2018:**

➢Atores locais elaborando e executando agendas de Resposta Rápida à Sífilis a partir de maio. ➢Pactuação das Programações Locais da Resposta Rápida à Sífilis: até julho.

➢Modelagem da rede (linhas de cuidado): até julho

➢Cursos e capacitações nas redes de saúde local: a partir de julho.

➢Apresentar nossos alcances no Seminário Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASENS): agosto

➢Realizar Workshop com parceiros internacionais: setembro

➢Visibilizar o dia Nacional de Combate à Sífilis e à Sífilis Congênita no terceiro sábado de outubro, Lei nº 13.430.

**ALMOÇO**

**\* RESULTADOS DO 1º TRIMESTRE DA IMPLATAÇÃO DA PREP EM 11 UF DO PAÍS - Felipi de Barros Perini - DIAHV/SVS/MS**

Na Rede de Serviços com implantação da PrEP podemos observar o seguinte: Na 1ª fase implantado em dezembro 2017, foram atingidos 36 serviços de saúde em 22 municípios de 11 unidades federais. Na 2ª Fase será implantada até junho de 2018 a meta é atingir 29 serviços de saúde em 24 municípios e mais 16 unidades federais. Totalizando num total de 65 serviços em 46 municípios e fechando as 27 unidades federais do Brasil.

**M&A da implantação da PrEP Trimestralmente**, fechando com a primeira rodada de monitoramento de janeiro à março de 2018, tendo como resultados atingidos 11 Unidades Federais com Indicadores que consideraram o primeiro atendimento (**baseline)** e retorno em 30 dias.

**Monitoramento no SICLOM** foi realizado através decadastro, monitoramento, dispensações e relatório desde o 1º atendimento, retorno com 30 dias e acompanhamento

**Indicadores PrEP** são 20 abarcando as seguintes dimensões: Perfil do usuário, Práticas Sexuais, Eventos Adversos, Adesão, Soroconversão, Interrupção, Ocorrência de IST e Rede de Serviços

**Primeira rodada do monitoramento –** Foram90 dias de implantação de Janeiro à Março de 2018 com 36 serviços oferecendo PrEP em 11 Unidades Federais. Deste 36 municípios, 34 liberaram 1.758 dispensas de TDF+FTC para 1.120 usuários estavam em PrEP ao final de março/18 (excluindo usuários dos projetos demonstrativos). Foram enviados dois documentos às coordenações: Relatório com os resultados de monitoramento do 1º trimestre (contendo dados por Unidades Federal com Guia orientador para expansão/ implementação de novos serviços de PrEP.

**Proporção de usuários de PrEP por população, Brasil** - Dos usuários que tiveram pelo menos uma dispensa de PrEP no período analisado, 82,9% eram gays e outros HSH.

**Proporção de trabalhadores(as) do sexo em cada população** Entre a população de gays/HSH, 8% se declarou trabalhador do sexo, percentual igual observado entre mulheres Trans, 25% se declarou trabalhadora do sexo.

**Parcerias Sorodiferentes** - 63% das pessoas declaram ter tido relação sexual sem preservativos com parceiros HIV+ nos últimos 6 meses.

**Distribuição de faixa etária por população,** 30 % dos usuários da PREP noBrasil tem entre 30 a 39 anos.

**Escolaridade das populações de usuários de PrEP -** Tanto os dados nacionais quanto por estado, indicam que a grande maioria dos usuários de PrEP possui 12 ou mais anos de estudo.

**Distribuição por raça/cor por população e UF -** No Brasil, a maior parte dos usuários de PrEP (59,6%) é branca ou amarela. Os negros (pretos e pardos) são maioria nos estados do Amazonas (87,1%), Ceará (54,5%), Pernambuco (70%), Bahia (73,3%) e no Distrito Federal (52,9%).

**Práticas Sexuais** - Número de parcerias sexuais (**baseline**) nos últimos 3 meses a média de parcerias sexuais foi maior entre as faixas etárias de 15 a 24 anos (18,4 parcerias) e de 25 a 29 anos (18,8 parcerias)

**Uso de preservativo (baseline) nos últimos 3 meses -** A população que menos relatou uso de preservativo (39% não usou nenhuma vez e 13% usou em menos da metade das vezes em que teve relações sexuais nos últimos 3 meses) é a de homens heterossexuais e casais Sorodiferentes). A frequência de uso de preservativo é menor entre os usuários de 50 anos ou mais, dos quais 21,3% não usaram preservativo nenhuma vez nas relações sexuais dos últimos três meses.

**Eventos Adversos e Adesão à PrEP - Adesão**: Na visita de retorno de 30 dias, 7,7% dos usuários relataram ter deixado de tomar 5 ou mais comprimidos.

 **Infecções Sexualmente Transmissíveis** No momento do primeiro atendimento (***baseline*)**, 22,1% dos usuários relataram algum sintoma ou ter tido diagnóstico de IST nos seis meses que antecederam a consulta. Desses, 42,4% tinham entre 30 a 39 anos

**Infecções Sexualmente Transmissíveis II -** Dos 693 usuários de PrEP que tiveram retorno em 30 dias, no período analisado, aproximadamente 3% tiveram diagnóstico de sífilis ativa confirmado, variando de 18% na Bahia a 2% em São Paulo.

**Implementação e Expansão da Rede de Serviços nos Estados e Municípios** – Um Guia orientador para expansão/ implementação de novos serviços de PrEP foi enviado às Coordenações, visando orientar os gestores a responder às lacunas encontradas nessa 1ª rodada de monitoramento, onde as coordenações locais já poderão indicar novos serviços para implementar a PrEP no mês de junho e serão responsáveis pela segunda fase de implementação, com apoio do DIAHV.

**Incorporação do DTG no SUS - Barros Perini - DIAHV/SVS/MS** -apresentou as recomendações de substituição (**switch**) de esquemas de terapia antirretroviral contendo **ITRNN ou IP/r por dolutregavir,** para pessoas vivendo com HIV com supressão viral maiores de 12 anos de idade.

**Etapas de inclusão do DTG no SUS:**

1º) 2015: 3º Linha/resgate 2º) 2016: 1º Linha e switch do RAL 3º) 2018: Substituição/switch de PVHIV em TARV com Recomendações para substituição (switch) para esquemas com DTG

A avaliação de risco e benefícios deve incluir a perspectiva pessoal da PVHIV e seu desejo de manter ou substituir a TARV vigente.

Os riscos de troca para DTG podem superar os benefícios

**Critérios para substituição (switch) para esquemas com DTG –** Fazer uma avaliação individualizada e criteriosa da necessidade e dos benefícios da substituição, evitando exposição a **Eventos Adversos desnecessários observando o PVHIV** >12 anos de idade, a PVHIV em TARV com supressão viral (CV-HIV<50cp/mL) nos últimos 6 meses, o PVHIV em uso de esquemas com EFV ou NVP ou ATV/r ou DRV/r ou LPV/r sem falha virológica prévia: –PVHIV em uso de primeiro esquema, ou –PVHIV em uso de esquema atual com IP/r, que tenham realizado a troca do EFZ ou NVP para IP/r por intolerância e/ou EA (não por falha virológica)

➢ PVHIV com CV detectável; ➢ PVHIV em abandono de tratamento; ➢ <12 anos; ➢ Gestantes; ➢ Uso de rifampicina; ➢ Uso de carbamazepina, oxicarbamazepina, fenitoína ou fenobarbital Considerações Finais Demais indicações de substituição do PCDT permanecem: -RAL por DTG após término da gestação ou tratamento para TB

**Caráter individualizado e programado da substituição:** respeitar a capacidade de atendimento dos serviços, compreensão, desejo e aceitação da PVHIV. Fármaco vigilância permanece ativa

 **AGENDA ESTRATÉGICA DAS POPULAÇÕES – CHAVE** – **Fernanda M. Rick – DIAHV/SVS/MS -** Apresentou a Vulnerabilidade e o contexto epidemiológico do HIV em populações-chave apresentando onde a epidemia está concentrada. 43% testaram nos últimos dois meses, 84% já havia se testado para HIV e isso é um dado positivo porque em 2009 só alcançou 0.5%, e também a testagem para sífilis sob de 39 para 40%. Esses dados são as justificativa para se fazer a ação em conjunto.

Para **Mulheres Transexuais e Travestis**

\*A prevalência de sífilis e Hepatites Virais ainda não foram calculadas pela equipe de pesquisa.

Prevalência de HIV -36,7% e Prevalência Sífilis - 22,2% -51 nessa população.

70,8% relataram o uso de preservativo na última relação.

76,9% testaram para HIV nosúltimos12meses;

56% se testaram para IST nos últimos 12 meses;

 59,3% receberam preservativos e/ou lubrificantes nos últimos 12 meses. Quanto ao perfil dos Usuários de álcool e outras drogas, uma pesquisa da **FIOCRUZ**, onde mais de 7.381 dos entrevistadas 78,7% dos homens e 21,3%mulheres, comparados com a população brasileira, os usuários de crack/similares apresentaram prevalência de HIV cerca de 8 vezes maior do que a da população geral (5,0% vs.0,6%\*). A Prevalência de **HCV** entre usuários residentes nas capitais é de 2,9% e a Prevalência **TB** é de 1,7% (sem dados comparativos na pop. geral), mas podemos ver uma vulnerabilidade. Como todos sabem a MANDALA DE PREVENÇÃO COMBINADA é o uso combinado de **INTERVENÇÕES: BIOMEDICAS, COMPORTAMENTAIS e ESTRUTURAIS**, aplicadas no nível individual, de suas relações e dos grupos sociais a que pertencem, mediante ações que levem em consideração suas necessidades e especificidades e as formas de transmissão do vírus. É uma resposta eficácia que combinadas podem responder melhor a resposta da epidemia do HIV. E também lembrando que a combinação dessa estratégia tem ido de encontro ao respeito da individualidade do comportamento a condição de cada indivíduo.

 Então dentro dessas tecnologias e essas ofertas que temos da profilaxia pré exposição a **PREP** que apresentamos a prevenção a Transmissão Vertical, a vacinação e a imunização da Hepatite B e HPV, a Política de redução de danos, a testagem e o tratamento para IST e outras Hepatites, o uso do preservativo sempre reforçamos o discurso do uso do mesmo como forma eficácia de prevenção, o tratamento do HIV, estratégia de prevenção na qual se a carga viral estiver alta, o indivíduo torna-se indetectável, intransmissível e a testagem regular. É muito claro para o Departamento que não só essas estratégias e tecnologias por si só não são suficientes precisa dos Marcos Legais dos direitos humanos e de todos os aspectos estruturais: serviços de Intersetoriridade, Educação de Informação, Comunicação, Participação Social, para que de fato consiga mostrar uma estratégia de prevenção efetiva. Os Marcos legais Direitos Humanos e Estruturais eles perpassam toda a Mandala da Prevenção Combinada, porque eles são fundamentais para nossa Políticas. Ressaltando que no Centro da Mandala estão nossas populações chaves e prioritárias onde não devem ser jamais esquecidas em nenhum manifesto estratégico. Relembrando que não basta ofertarmos medicamentos, ofertarmos preservativos, temos de ter ações multisetoriais para trabalhar em conjunto.

**Populações chaves:** Trabalhadores do Sexo, pessoas privadas de liberdade, Gays e outros HSH,

Pessoas Trans, pessoas que usam álcool e outras drogas. São pessoas que tem a prevalência de ter o HIV muito maior que as outras populações, por conta dos seus comportamentos e de sua vulnerabilidade e de seus acessos.

**Populações prioritárias:** Adolescentes e jovens, pessoas negras, indígenas e pessoas em situação de rua. Diante de suas vulnerabilidades sociais elas também se tornam mais propensas as infecções pelo HIV, Hepatite, IST.

Diante de todos estes contextos epidemiológicos da prevenção combinada como resposta a epidemia, foi lançado uma **Agenda Estratégica** para população chave propõe-se a implementação compartilhada. E também dos resultados apresentados vimos a necessidade de ampliar o acesso das populações-chave às ações de prevenção combinada e cuidado integral à sífilis, HIV/aids e Hepatites Virais. Visto que esta populações não está chegando no serviço para receber o devido cuidado e as estratégias que a **Prevenção Combinada** contenta. Não fizemos esta agenda de forma vertical e sim horizontal onde contamos com todos os parceiros envolvidos na resposta a epidemia tais como: gestores (as) (federais, estaduais, distrital e municipais), trabalhadores(as) de saúde, organismos internacionais e sociedade civil para participar deste debate e desta construção. E dos **Objetivos específicos**: falando mais detalhadamente podemos qualificar o acolhimento das populações-chave nas redes de atenção à saúde, considerando suas especificidades e suas demandas; Então temos de nos certificar que essas pessoas são bem acolhidas e sintam-se parte do serviço de saúde para isso será necessário desenvolver as ações para com trabalhadores, com gestores da saúde e com a própria populações-chave e os desafios relacionados às IST, HIV/aids e Hepatites Virais tenham resultados.

Sobretudo fortalecer os Movimentos Sociais para ampliar o alcance das ações para a população-chave, ampliando os mecanismos de informação e de conhecimento para cada população, apoiando também ações para o enfrentamento de todas as formas de estigma, preconceito e discriminação, implantando um Monitoramento e o acompanhamento sistemático das atividades da Agenda Estratégica, além do cumprimento dos seus marcos estratégicos.

Apresentou um resumo do **Cronograma da agenda**, citando os passos estratégicos para o êxito das ações: começou com a pesquisa de RDS nos 12 sítios do estudo, depois foi apresentado os resultados preliminares em discussão interna com o DIAHV e reunião no final do ano com áreas do Ministério da Saúde para ver onde eles podem compartilhar e contribuir com a agenda, já que tínhamos outras Secretarias de Vigilância, Estratégicas e nos reunimos com Coordenações de IST, HIV/AIDS e HV (Estaduais e de Capitais), com GT de Prevenção, com representações s das populações chave, sociedade civil e especialistas e finalmente em janeiro nós nos reunião com demais **Ministérios (EDUCAÇÃO, SAÚDE**) e **Organismos Internacionais (UNESCO, UNPFA, UNAIDS), Direitos Humanos**, para Divulgação da proposta da agenda e demais pactuações. Essa Agenda foi para **Consulta Pública** e pactuações em CNS onde já pedimos a pauta.

 O DIAHV adotou **Eixos estratégicos** que sustentam a Agenda Estratégica para as populações-chave, com o objetivo de promover a ampliação do acesso das populações-chave às ações de prevenção combinada e cuidado integral;

Atenção integral e cuidado continuo - Educação na saúde, Estigma e descriminação, Participação social, Comunicação em saúde, Informação estratégicas, Participação social, Gestão e governança.

 Os principais resultados da **Consulta Pública - Agenda Estratégica** na qual foi amplamente divulgado no site: O Prazo para contribuições foi encerrado em 23/04/2018, as contribuições recebidas está em processo de análise. 11 estados contribuíram e tivemos 41 contribuições recebidas que estão distribuídas da seguinte formas:

**Atenção integral e cuidado contínuo** - Contemplar nos espaços de produção de cuidado da sífilis, HIV/aids e hepatites virais as especificidades de cada população-chave e 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

-**Ações em cooperação com a sociedade civil** (participação e controle social)

 ✓ Implantar ações de Prevenção Combinada (com enfoque nas populações-chave) em municípios-piloto com perfis diferentes, produzindo experiências que possam ser replicadas, regionalmente;

✓ Fortalecer projetos intersetoriais nos municípios voltados à populações chave, incluindo redução de danos, inserindo as temáticas das IST, HIV/aids e Hepatites virais.

✓ Contribuir na intensificação da oferta de imunização da HBV e HAV para HSH nas populações-chave

 Comunicação em saúde -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. 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.

**Ações em cooperação com a sociedade civil (participação e controle social) -** 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 informação mais eficientes sobre prevenção. Potencializar e dar maior visibilidade às ações de comunicação sobre IST, HIV e Hepatites Virais. 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.

**Educação na saúde** - **ESTRATÉGIAS**

• 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

• Estabelecer mecanismos 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 (ex. capacitação em prevenção combinada para os coordenadores das estações da juventude –SNJ).

**Participação Social - ESTRATÉGIAS**

-Contribuir para o fortalecimento institucional de redes, movimentos sociais e organizações da sociedade civil que atuem com e para as populações-chave.

-Promover a ampliação e fortalecimento das ações de base comunitária, intensificando o enfrentamento das IST, HIV/aids, hepatites virais.

Instrumentalizar os Conselhos de Saúde no que se refere ao tema das IST, HIV e Hepatites Virais nas populações-chave.

**Participação Social - Ações em cooperação com a sociedade civil (participação e controle social)**

-Desenvolver estratégias para fortalecimento de lideranças da sociedade civil que trabalham com e para as populações chave, articular com movimento social que trabalhem com HIV/aids e religiões para realizar ações voltadas à populações-chave, ampliar as linhas de intervenção da **Estratégia “Viva Melhor Sabendo”** para ações de base comunitária e de prevenção entre pares, produzir documento técnico para os conselhos de saúde sobre a importância da Pactuação de ações locais para o enfretamento das IST, HIV/aids, HV à luz da Agenda Estratégica das populações-chave.

**Gestão e Governança - ESTRATÉGIAS**

• Construir ações intra e intersetoriaisconstruídas com os parceiros e que visem a integração de ações (assistência e vigilância), qualificação prevenção e do cuidado contínuo das populações-chave

**Gestão e Governança - Ações em cooperação com a sociedade civil (participação e controle social)**

-Pautar a Agenda Estratégica das populações-chave nas articulações com os estados e municípios para o enfrentamento às IST, HIV/Aids e HV.

**Estigma e Discriminação - ESTRATÉGIAS**

-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, desenvolver ações que visem o enfrentamento do racismo instrucional.

**Estigma e Discriminação -**

**Ações em cooperação com a sociedade civil (participação e controle social)**

-Certificar os serviços de saúde que realizam bom acolhimento e cuidado integral as IST, HIV e HV às populações-chave e prioritárias, realizar a pesquisa **“STIGMAINDEX”** relacionado às PVHIV, Apoiar ações para o enfrentamento do estigma e da discriminação as populações-chave e prioritárias junto a organizações governamentais e não governamentais.

Sr. Gil ressaltou que quando falamos em reiteração social, não é para transferir a responsabilidade para vocês e sim optar muito na perspectiva do Advocay, se essas ações não estiverem pautadas por vocês que são líderes dessas populações, nos territórios, seja nos conselhos, de educação no Conselho de discriminação a Homofobia, nesses Conselhos que discutem essas pautas, o gestor por muitas vezes toma conhecimento dessas novas diretrizes do Departamento pela Sociedade Civil, não que não estejamos articulando com o gestor mas sim partindo da base em que as ações e debates feitos por vocês tem resultados.

Nós temos o compromisso de dialogar com vocês fomentando o planejamento dos municípios e dos estados falando da importância que todos tomem conhecimento dessa agenda. Essa agenda é para 1 ano e sim durar três anos minimamente podendo ser estendida e que sem vocês não chegamos aonde com ações as populações como a PREP e a PEP e vai chegar para pessoas mais esclarecidas e não para as pessoas da periferia, aquelas pessoas mais estigmatizadas, excluídas historicamente dos sistemas, não é só sistema de saúde, mas ela envolve :Educação, Direito Humanos, Direitos Social, enfim uma série de questões e realmente contamos com o empenho de vocês para a implementação desta Agenda. Isto está no sangue, na militância de todos nós e assim não poderia deixar de ser diferente.

**Júlio Moreira/ABGLT –** Falou da comunicação e novamente pensar uma estratégia para divulgar a prevenção e perguntou se o MS vai desenvolver algum material que que tenha uma linguagem menos preconizada como nas da campanha de carnaval e dia 1º de dezembro, com efeito comunicativo, mas descolado que possa atingir essa população chave. Falou de um canal novo na internet (site de pornografia) chamado SECAPA, que apresenta de forma mais atual cenas de sexo onde ao mesmo tempo a pessoa para e divulga o preservativo, é um canal que pode atrair os jovens no que diz respeito a prevenção de forma mais liberal.

**Sandro/RNP BRASIL** – Sabendo da reunião de semana que vem com os coordenadores gostaria de reforçar o pedido de apoio para ações a nível locais, falou da dificuldade de implantar um programa de ação para a população privada de liberdade. Como Conselheiro de Saúde reforço a importância de incentivar Comissões de DST/AIDS dentro dos Conselhos de Saúde para que possam estar fortalecimento este trabalho de base e questionou o comportamento do médico infectologista que não aceitou o cartaz “Indetectável” no SAE, deixando bem claro que não incentivará nenhum paciente ao uso da camisinha,

Dra. Adele retornou após ter participado de uma reunião no Ministério da Justiça, onde apresentou três notícias boas:

-Foi autorizado testes de HIV/SÍFILIS e Hepatites Virais nos presídios;

-A separação das células para a população LGBT;

-A liberação da PEP no sistema prisional, onde um interno possa ter sofrido uma situação de violência ou até mesmo uma relação sexual consentida e que pode ter sido exposto ao risco e com ter a PEP disponível. Isso tudo tem a ver com as questões de vulnerabilidades social e estruturais no sistema prisional. A outra questão é a separação das células para a População LGBT

 **Cleonice -** parabenizou a apresentações sobre populações chaves no que diz respeito as Trans visando o atendimento no serviço de saúde e a orientação quanto a PREP e a PEP. Beth Amorim parabenizou a fala de Júlio Moreira e de reconhecer a importância dessas informação e que nossa caminhada valeu a pena. Como vice presidente do Conselheira de Saúde quero enfatizar que nossa fala não é bem vinda nos Conselhos e somos criticadas em relação em apresentar as pautas aqui desenvolvidas e apresentadas e deixando bem claro que o Empoderamento só se faz com a comunicação. Álvaro solicitou ao departamento que apresentasse um documento aos gestores estaduais e municipais sobre a Agenda Estratégica e a importância dos Movimentos Sociais atuarem nos espaços e nas bases, já os mesmos coordenadores enfatizam que esta Agenda não pode ser desenvolvida caso o Secretaria não autorize. Giovanni como usuário do SAE há 09 anos, já tomou várias combinações de medicações, Está no 4º esquema e ai foi onde surgiu a questão do 3 em 1. Pedi minha medicação para trocar e agora vivo sentido dores horríveis nas juntas e agora com a chegada do **dolutregavir,** eu solicitei novamente a troca, porém ela disse que precisava de um parecer médico e da Câmara Técnica que só poderia liberar se eu realmente pudesse tomar esta medicação. Passando isso eu só consigo fazer o exames de carga viral e CD4 um vez por ano e na questão da medicação não posso pegar para 90 dias (3 meses) e a desculpa foi que o estado não compra medicação a mais porque não tem estoque. Porque alguns estados podem e outro não.

Dra. Adele sugeriu que entrássemos no site na página do Departamento, lá tem Nota Técnica, Agenda estratégica e outras matérias, importante essa busca e conhecimento, como também não sabemos mais o que fazer pois 50% de todas as queixas é do Rio Grande do Sul, na questão de medicamentos, onde já esteve pessoalmente em audiência com o Secretário de Saúde daquele estado. Mauritânia achou interessante nossas sugestões principalmente no que diz respeito em relação ao Venezuelanos o Ministério da Saúde, na época em que chegaram ao Brasil foi criado um grupo de trabalho com a participação de todas as aéreas do MS. Neste grupo colocamos alguma atividades relativas a AIDS. Na situação em Roraima as IST/AIDS/HIV Hepatites Virais, não é a situação mais emergente lá é: comida, moradia, desnutrição, violência, saneamento básico. As pessoas estão na rua fazendo suas necessidades, são pedintes. Nós já nos reunimos e tentamos usar a testagem compulsória mas isso vai contra os Direitos Humanos e a História do Departamento e agora está acontecendo uma triagem e eles vão ser atendidos e se apresentar sintoma de qualquer patologia, serão encaminhados para o serviços de saúde. As mulheres chegam para parir nas maternidade e passam pelo processo de profilaxia determinado pelo MS como qualquer gestante. Elas tem o parto em Boa Vista e o índice de HIV nestas crianças estão sendo acompanhadas. Já foram 20 médicos do Programa Mais médicos onde foram capacitados e também toda rede de Assistência para a qualificação no atendimento aos refugiados.

Dra. Adele agradeceu a presença de todos sentindo-se honrada em nos receber e deixa como mensagem para os dia das mães a mensagem de Vanessa para odos levem para as mães de vocês, para as filhas de quem tiver. A questão de ser positiva e ter direitos de ter filhos não infectados pelo HIV é um direito de toda mulher positiva. Como mãe e avó emocionou em ver o exemplo de cuidado e conscientização.

**ENCAMINHAMENTOS E ENCERRAMENTO** –

-Mauritânia ficou de encaminhar para os representantes da CAMS, o contato de todos os apoiadores da resposta rápida á Sífilis, para que o Movimento entre em contato e possam dialogar para uma melhor resposta a Sífilis;

-Também enviaremos a todos a Nota que preconiza a distribuição de ARVS para além de um mês;

-Sugestões de dois dias de discussão com o Departamento, para evitar a correria no final do dia onde podemos observar a plenária vazia, ressaltando a reunião nossa interna e dois dias com o Departamento;

-Proposta de que na próxima reunião trazer a CESAI ou não;

-Carina vai enviar no dia seguinte o Regimento juntamente com a Portaria de Instituição da CAMS. Ressaltando que a portaria de constituição só será enviada quando tivermos todos os elementos necessários e definição de representantes das Redes;

-Sugestão que a próxima reunião seja em outubro;

-O sr. Gil Casimiro comprometeu-se em repassar as apresentações via e-mail para as pessoas presentes mas ressaltou que quem tiver prendrive tem a autorização de copiar os documentos. Encerrou colocando à disposição todo o Departamento para tirar dúvidas ou resolver questões e tentarmos solucionar.

Marcia Colombo falou a respeito do Edital de 2018 de assessoria jurídica para as pessoas com HIV e os para os municípios de fronteira.

-Priorizar que o próximo edital priorize a cidade de maior índice de infecção (critério epidemiológico), por estado.

Encerrou convidando a todos para o coffee- break coletivo e interativo. Desejou boa viagem para os que vão agora e para os que ficam uma boa estadia.

**CONCLUSÃO:**

Participar de uma Comissão de Articulação de Movimentos Sociais, representando um Movimento que está incluído nas discussões de Vulnerabilidade de contexto epidemiológico do HIV/AIDS, onde a epidemia reflete na população feminina mas que são extremamente fortes, com uma sinergia, onde coletivamente são capazes de promover mudanças e buscar conquistas seja na Atenção Integral e cuidado continuo, seja contra o Estigma e descriminação, seja na Participação no Controle Social, nos Conselhos de Saúde, nos grupos de apoio onde recebem informação, exercendo o Advocay ou mesmo estando seus municípios, na ânsia de Políticas Públicas que minimizem as demandas e descasos, que impedem que a mulher vivendo com HI/AIDS exerça a sua cidadania, foi um grande marco.

Inclusive no que diz respeito do nosso papel na Sociedade Civil, onde o grande desafio é o diagnóstico e a segurança se seguir em frente é o que faz a diferença no desenvolvimento da Agenda Estratégica, fortalecendo as bases, negociando com gestores de forma clara e objetiva e ressaltando que não basta ofertarmos medicamentos, ou preservativos, e sim temos de ter ações multisetoriais para trabalhar em conjunto juntos aos profissionais de saúde, gestores e sociedade, para a evolução, acolhimento e assistência para as mulheres vivendo, proporcionando qualidade de vida, cidadania e Empoderamento.

**Maria Georgina Machado**

**Representante MNCP/CAMS**

Aracaju, 10 de junho de 2018