



A população indígena brasileira está estimada em 530.000 pessoas, sendo composta por 225 grupos étnicos diferentes, distribuídos entre 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que falam 180 línguas distintas. Entre 100.000 e 190.000 moram fora das terras indígenas, em capitais de estado e outras áreas metropolitanas, e há grupos com os quais ainda não houve contato. A população indígena representa 0,25% da população brasileira e 2% da população indígena das Américas.

Cerca de 60% da população indígena vive na Amazônia legal (que engloba todos os estados da Região Norte, mais o norte de Mato Grosso e o oeste do Maranhão), onde estão localizadas 99% das terras indígenas, enquanto os demais 40% vivem nas porções Leste, Sudeste, Sul e Nordeste do país.

O Brasil reconheceu oficialmente 633 terras indígenas, correspondentes a 14% do território nacional. A maioria dessas terras concentra-se na Amazônia; 405 delas representam 21% da Amazônia e 99% das terras indígenas. As demais terras indígenas estão distribuídas entre as regiões Nordeste, Sudeste, Sul e o estado do Mato Grosso do Sul. As comunidades indígenas são pequenas - 28% delas compreendem até 200 pessoas, 40% têm entre 200 e 1.000 pessoas, e apenas três comunidades têm mais de 20.000 pessoas. Além da desigualdade socioeconômica generalizada entre as populações indígenas e as não-indígenas, também há desigualdades significativas entre a própria população indígena.



### LOCALIZAÇÃO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS



- 01 - ALAGOAS E SERGIPE - AL/SE
- 02 - ALTAMIRA - PA
- 03 - ALTO RIO JURUA - AC
- 04 - ALTO RIO NEGRO - AM
- 05 - ALTO RIO PURUS - ACIAMRO
- 06 - ALTO RIO SOLIMÕES - AM
- 07 - AMAPÁ E NORTE DO PARÁ - AMPA
- 08 - ARAGUAIA - GO/MT/TO
  
- 09 - BAHIA - BA
- 10 - CEARÁ - CE
- 11 - CUIABÁ - MT
- 12 - GUAMA-TOCANTINS - MA/PA
- 13 - INTERIOR SUL - PR/RJ/SC/SP
- 14 - KAUAPÓ DO MATO GROSSO - MT/PA
- 15 - KAUAPÓ DO PARÁ - PA
- 16 - LESTE DE RORAIMA - RR
  
- 17 - LITORAL SUL - PR/RJ/SC/SP
- 18 - MANAUS - AM
- 19 - MARANHÃO - MA
- 20 - MATO GROSSO DO SUL - MS
- 21 - MEIO RIO PURUS - AM
- 22 - MEIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES - AM
- 23 - MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO - ES/MG
  
- 24 - PARINTINS - AMPA
- 25 - PARQUE INDÍGENA DO XINGU - MT
- 26 - PERNAMBUCO - PE
- 27 - PORTO VELHO - AM/MT/RO
- 28 - POTIGUARA - PB
- 29 - RIO TAPAJÓS - PA
- 30 - TOCANTINS - PA/TO
  
- 31 - VALE DO RIO JAVARI - AM
- 32 - VILHENA - MT/RO
- 33 - XAVANTE - MT
- 34 - YANOMAMI - AM/RR

Fonte: DESAI/FUNASA/MS, fevereiro de 2003.

### **População e Rede de Saúde Indígena em 2007**

	<b>Número</b>
<b>Pessoas</b>	530.000
<b>Famílias</b>	118.915
<b>Lares</b>	92.049
<b>Famílias por lares</b>	1.3
<b>Pessoas por lar</b>	Cerca de 6
<b>Aldeias</b>	4.095
<b>Pólos-Base</b>	316
<b>DSEI</b>	34
<b>Municípios</b>	388
<b>Estados</b>	24

Fonte: SIASI - FUNASA

No período de 1988 a 2007, 624 casos de aids foram registrados em grupos indígenas; entre 2000 e 2008, foram registrados no SINAN 401 casos de aids em populações indígenas. A proporção de casos entre os sexos é semelhante à da população em geral, com 1,6 casos em homens para cada 1 caso em mulheres, mas essa tendência vem mudando, com um número maior de mulheres sendo afetadas; as pessoas na faixa etária de 30 a 60 são as mais vulneráveis, representando 65% de todos os casos notificados (Tabelas 3 e 4).

Os dados epidemiológicos mostram que a principal categoria de exposição é a heterossexual, representando 61% dos casos notificados. Mesmo assim, 21% dos casos foram notificados nas categoriais homo e bissexual, e 6,7% na categoria de usuários de drogas injetáveis. Com relação à transmissão vertical do HIV, de 2001 a 2008, 94 casos de mulheres foram registrados no SINAN; e no período de 2005 a 2007, 132 casos de sífilis congênita foram notificados.

**Casos de Aids em Áreas Indígenas por Sexo, 2000-2008**

<b>Ano</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
2000	39	21	60
2001	36	22	58
2002	21	17	38
2003	22	16	38
2004	22	16	38
2005	23	21	44
2006	32	19	51
2007	49	20	69
2008	4	1	5
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>153</b>	<b>401</b>

Fonte: SINAN até 30 de junho de 2008

**Casos de Aids por Faixa Etária, 2000-2008**

<b>Faixa Etária</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>Total</b>
< 5 anos	1	0	2	0	3	1	0	0	1	8
5-12	0	0	0	0	4	1	1	0	1	7
13-19	0	1	4	2	0	1	1	0	0	9
20-24	6	11	1	3	3	9	5	4	0	42
25-29	9	10	8	7	7	6	12	13	1	73
30-34	13	5	8	12	7	3	9	13	1	71
35-39	15	10	6	6	7	7	6	11	1	69
40-49	13	14	7	5	5	10	12	18	0	84
50-59	2	5	2	3	2	5	3	6	0	28
60 e mais	1	2	0	0	0	1	2	4	0	10
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>58</b>	<b>38</b>	<b>38</b>	<b>38</b>	<b>44</b>	<b>51</b>	<b>69</b>	<b>5</b>	<b>401</b>

Fonte: SINAN até 30 de junho de 2008

**Casos de Aids por Categoria de Exposição e Sexo, 2000-2008**

Categoria de Exposição		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
<b>Masculino</b>	Homossexual	5	7	5	4	5	4	5	12	2	49
	Bissexual	5	7	3	4	2	2	6	5	0	34
	Heterossexual	17	16	9	10	9	10	9	24	0	104
	UDI	5	3	2	0	3	3	3	2	0	21
	Transfusão	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
	Transmissão										
	Vertical	1	0	1	0	2	1	0	0	1	6
	Ignorado	5	3	1	4	1	3	9	5	1	32
	<b>Subtotal</b>	<b>39</b>	<b>36</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>32</b>	<b>49</b>	<b>4</b>	<b>248</b>
<b>Feminino</b>	Heterossexual	20	21	13	16	11	18	19	20	1	139
	UDI	1	1	2	0	0	2	0	0	0	6
	Transmissão										
	Vertical	0	0	1	0	5	1	0	0	0	7
	Ignorado	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	<b>Subtotal</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>153</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>58</b>	<b>38</b>	<b>38</b>	<b>38</b>	<b>44</b>	<b>51</b>	<b>69</b>	<b>5</b>	<b>401</b>	

Fonte: SINAN até 30 de junho de 2008

**Os DSEI mais afetados em cada região são:**

- Norte: Alto Solimões; Leste de Roraima; Amapá e Norte do Pará; DSEI Manaus; Parintins
- Nordeste: Potiguara; Maranhão; Pernambuco
- Centro-Oeste: Mato Grosso do Sul; Araguaia; Cuiabá
- Sul/Sudeste: Interior e Litoral Sul

É provável que o risco **da transmissão do HIV de uma mãe soropositiva para seu filho** durante o parto seja maior entre as mulheres indígenas do que entre as mulheres em geral, visto que a maior das crianças indígenas nasce nas aldeias, sem a presença de atenção médica formal especializada. Contudo, considera-se provável que muitos casos ocorram por meio da amamentação, visto que essa

prática é prevalente entre os povos indígenas. A recomendação de substituir a amamentação por fórmula infantil requer a consideração cuidadosa de questões culturais, as quais podem variar de um grupo étnico para outro.

**A questão da homossexualidade em comunidades indígenas** não tem sido abordada de maneira sistemática em termos da prevenção do HIV/aids e outras DST. Técnicos do Programa Nacional têm destacado a importância de responder à questão do HIV/aids e outras DST entre gays, HSH e travestis indígenas dentro das atividades programáticas, enfocando as questões culturais relativas à sexualidade em populações indígenas e as possíveis ramificações por suas redes sociais. Casos de HIV/aids entre UDI são outra questão a ser levada em consideração, sobretudo em populações indígenas vivendo em áreas urbanas, que são muito vulneráveis em situações em que drogas estão presentes.

**A vulnerabilidade social dos povos indígenas ao HIV/aids e outras DST** é afetada por atividades econômicas relativas à exploração de recursos naturais, tanto em áreas urbanas como em terras indígenas. Além de causar grande impacto no meio ambiente, esses projetos acrescentam um risco significativo de exposição acrescida ao HIV/aids e outras DST por parte dos grupos indígenas. A pobreza dos povos indígenas agrava sua vulnerabilidade. As redes sociais indígenas são muito complexas e as dimensões antropológicas e políticas de tais redes, incluindo como operam na disseminação de doenças, devem ser investigadas e identificadas. Assim, cada grupo étnico poderia ser entendido em seu próprio contexto, além de poder ser situado dentro da dinâmica geral dos contatos entre grupos, tais como:

- Contatos interétnicos relacionados à invasão de áreas indígenas por garimpeiros, desmatadores, fazendeiros e projetos de desenvolvimento, tais como a construção de barragens hidroelétricas e estradas;
- Contatos interétnicos nas fronteiras das regiões indígenas;
- Mobilidade e migração sazonal para áreas urbanas à busca de trabalho e serviços de educação e saúde;
- Arranjos de parentesco e arranjos sexuais no caso de alguns grupos étnicos que podem facilitar a exposição a situações de risco e de vulnerabilidade, tais como a prática de alimentação compartilhada (*cross-feeding*), os rituais de escarificação, a poligamia e a iniciação sexual precoce;
- O colapso de estruturas de poder tradicionais dentro da comunidade; e
- O conflito entre os conceitos da medicina tradicional e as concepções ocidentais de saúde e doenças, fazendo com que muitos profissionais de saúde se encontrem despreparados para lidar com tais situações, rejeitando automaticamente os conceitos tradicionais, tornando problemáticas as ações de prevenção.

### Linha de Base: DSEI com Programa de DST AIDS implantado em 2007

Nº	DSEI	Região	Ação Prioritária: Distribuição de preservativo masculino*	Ação Prioritária: Abordagem Sindrômica das DST**	Ação Prioritária: Oferecimento do Diagnóstico HIV e Sífilis***	Ação Prioritária: Prevenção da Transmissão vertical HIV e Sífilis****	Situação da Implantação do Programa de DST AIDS*****
01	Alagoas e Sergipe	NE	X	Não informado	X	Não informado	Parcialmente implantado
02	Altamira	NO	x	X	x	x	Implantado
03	Alto Juruá	NO	X	Não Informado	X	X	Implantado
04	Alto Purus	NO	X	X	X	X	Implantado
05	Alto Rio Negro	NO	Não informado	X	X	X	Implantado
06	Alto Rio Solimões	NO	X	X	X	X	Implantado
07	Amapá e Norte do Pará	NO	X	X	Só HIV	X	Implantado
08	Araguaia	CO	X	X	X	X	Implantado
09	Bahia	NE	x	x	x	x	Implantado
10	Ceará	NE	X	X	X	X	Implantado
11	Cuiabá	CO	X	Não Informado	X	X	Implantado
12	Guamá	NO	X	X	X	X	Implantado



	Tocantins						
13	Kayapo MT	CO	X	X	X	X	Implantado
14	Kayapo Redenção	NO	X	X	X	X	Implantado
15	Leste de Roraima	NO	X	Não Informado	Não Informado	Não Informado	Não Implantado
16	Manaus	NO	X	X	X	Não Informado	Implantado
17	Maranhão	NE	X	X	X	Só para sífilis	Implantado
18	Mato Grosso do Sul	CO	X	X	X	X	Implantado
19	Médio Purus	NO	X	X	X	Só para Sífilis	Implantado
20	Médio Solimões e Afluentes	NO	Não Informado	X	Não Informado	Não Informado	Não Implantado
21	Minas Gerais e Espírito Santo	SE	X	X	X	X	Implantado
22	Paraná (1)	SU	X	X	X	X	Implantado
23	Parintins	NO	X	Não Informado	Não Informado	Não Informado	Não Implantado
24	Pernambuco	NE	X	X	X	X	Implantado
25	Porto Velho	NO	X	X	X	X	Implantado
26	Potiguara	NE	X	X	X	X	Implantado
27	Rio Tapajós	NO	X	X	Só Sífilis	X	Implantado
28A	Sul- Sudeste Rio Grande do Sul (2)	SU	X	X	X	Não Informado	Implantado
28B	Sul-Sudeste Rio de Janeiro (3)	SE	Não Informado	Não Informado	X	X	Parcialmente Implantado
28C	Sul-Sudeste Santa Catarina (4)	SU	X	X	Só VDRL	X	Implantado

28D	Sul- Sudeste São Paulo (5)	SE	X	Não Informado	Não Informado	Não Informado	Não Implantado
29	Tocantins	NO	X	X	X	X	Implantado
30	Vale do Javari	NO	X	Não Informado	Não Informado	X	Parcialmente Implantado
31	Vilhena	NO	X	X	X	X	Implantado
32	Xavante	CO	X	X	X	Não Informado	Implantado
33	Xingu	CO	X	Não Informado	X	Não Informado	Parcialmente Implantado
34	Yanomami	NO	X	X	Não Informado	Não Informado	Parcialmente Implantado

**Fonte:** Roteiro Preenchido por cada um dos 34 DSEI sobre a implantação das ações de DST/HIV/AIDS, 2007

**Legenda:** X – ação implantada; Não Informado – não há informação no relatório do DSEI que indique a implantação do componente do programa; Regiões: Norte – NO, Centro-Oeste – CO, Nordeste – NE, Sul – SU, Sudeste - SE

\* Distribuição de Preservativos Masculinos – procurou-se identificar duas ou mais das seguintes situações: se o DSEI realizava a disponibilização de preservativos para a comunidade, em qualquer espaço – aldeias, sede do posto de saúde, escola, sede do Pólo base, por meio dos Agentes indígenas de saúde ou de outros profissionais de saúde; se os DSEI informaram haver pactuado com estados e/ou municípios o fornecimento regular do insumo. O oferecimento dos preservativos por todos os Pólos Base de cada DSEI, bem como a resistência ao uso do preservativo são desafios presentes.

\*\* Abordagem Síndrômica das DST – procurou-se identificar duas ou mais das seguintes situações: os DSEI que informaram existência de profissionais capacitados, o registro de casos de DST, o recebimento do material instrucional para manejo das DST, a disponibilidade de medicamentos para tratamento das DST. A cobertura da abordagem síndrômica por todos os Pólos Base de cada DSEI permanece como desafio.

\*\*\* Oferecimento do diagnóstico do HIV e da Sífilis – procurou-se identificar uma ou mais das seguintes situações: os DSEI que realizavam o oferecimento do diagnóstico do HIV (por meio do teste rápido ou por meio do teste convencional em parceria com a rede de referência) e o oferecimento do VDRL em parceria com os municípios. Neste caso, a limitação ainda é a cobertura, pois objetiva-se que as pessoas com TB, DST e gestantes minimamente, em todos os Pólos Base de cada DSEI, tenham acesso garantido à realização destes exames. Não tem sido observadas dificuldades na aceitação das comunidades para realização do diagnóstico, mas a garantia do sigilo nestas comunidades exige habilidade da equipe de saúde.

\*\*\*\* Prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis – procurou-se identificar duas ou mais das seguintes situações: os DSEI que realizavam o oferecimento do diagnóstico do HIV e da sífilis para as gestantes, os cuidados no caso da gestante infectada com o HIV (tratamento durante a gestação, cuidados no parto, oferecimento da fórmula infantil para crianças exposta, monitoramento da criança com a profilaxia e exames de monitoramento) e da gestante com sífilis (diagnóstico e tratamento). As dificuldades relatadas têm relação com o tratamento do parceiro das mulheres com sífilis e a suspensão da amamentação das mulheres HIV+, em diferentes contextos culturais.

\*\*\*\*\* Considerado **implantado**, o DSEI que estava desenvolvendo pelo menos 3 das ações prioritárias, em 2007; Considerado **parcialmente implantado**, o DSEI que estava desenvolvendo pelo menos 2 das ações prioritárias, em 2007; Considerado **não implantado**, o DSEI que estava desenvolvendo uma ou nenhuma das ações prioritárias, em 2007.

- (1)- DSEI Paraná – Aqui foi considerado o DSEI Paraná, que foi desmembrado dos DSEI Litoral Sul e Interior Sul, no ano de 2007. No entanto, esta situação não perdura na atualidade, tendo sido as aldeias do interior do estado do Paraná re-incorporadas ao DSEI Interior Sul e as aldeias do litoral do estado do Paraná, re-incorporadas ao DSEI Litoral Sul. O DSEI Interior Sul abrange os estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. O DSEI Litoral Sul abrange a faixa litorânea dos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.
- (2) – Assessoria de Saúde Indígena – Coordenação Regional da FUNASA/Rio Grande do Sul (parte integrante do DSEI SUL -SUDESTE). Aqui foi considerado o DSEI Sul- Sudeste, estado do Rio Grande do Sul, que foi desmembrado dos DSEI litoral Sul e Interior Sul.
- (3) - Assessoria de Saúde Indígena – Coordenação Regional da FUNASA/Rio de Janeiro (parte integrante do DSEI SUL -SUDESTE). Aqui foi considerado o DSEI Sul- Sudeste, estado do Rio de Janeiro, que foi desmembrado dos DSEI litoral Sul e Interior Sul.
- (4) - Assessoria de Saúde Indígena – Coordenação Regional da FUNASA/Santa Catarina (parte integrante do DSEI SUL -SUDESTE). Aqui foi considerado o DSEI Sul- Sudeste, estado de Santa Catarina, que foi desmembrado dos DSEI litoral Sul e Interior Sul.
- (5) - Assessoria de Saúde Indígena – Coordenação Regional da FUNASA/São Paulo (parte integrante do DSEI SUL -SUDESTE). Aqui foi considerado o DSEI Sul- Sudeste, estado do São Paulo, que foi desmembrado dos DSEI litoral Sul e Interior Sul.

## YANOMAMI

A implementação na área yanomami é recente e diversificada dependendo da estrutura do pólo e da demanda de atendimento. Verifica-se nos últimos anos o incremento das DSTs no DSY, entretanto com deficiências de notificações o que esta sendo corrigido pela gerencia do programa juntamente com outras ações de capacitação e assistência. A abordagem sindrômica e a coleta de PCCU estão sendo os principais instrumentos para o diagnóstico e tratamento para as DSTs. Há uma significativa barreira socio-cultura para a abordagem deste problema principalmente entre as mulheres, que geralmente são secundariamente contaminadas pelos homens que tem maior mobilidade para locais externos e maior probabilidade para contrair as DSTs. Este fato tem acarretado diagnostico tardio entre as mulheres, verificando –se um percentual com lesões malignas de colo de útero. Além da implementação das ações de diagnósticos e tratamentos, há necessidade de se promover ações de sensibilização e educativas nos pólos prioritários, onde se sugere a implantação de um trabalho multidisciplinar e multiprofissional com vistas a interromper a cadeia de transmissão nas comunidades, a médio prazo.

# PREVENÇÃO DAS DST/AIDS COM AS POPULAÇÕES RURAIS

## ESTADO DA ARTE:

As estratégias que foram desenvolvidas, têm como objetivo fortalecer o movimento social, ampliar o acesso ao diagnóstico, ao preservativo, a interface com a atenção básica e o desenvolvimento de metodologias inovadoras de prevenção que considerem as especificidades de cada população. Estamos trabalhando com projetos estratégicos de ampla cobertura territorial e populacional, construídos com a parceria dos movimentos sociais, Estados e municípios. Destaca-se o papel da organização política das mulheres, vanguarda na discussão dos temas no campo da sexualidade. No período de 1999 a 2003, foram apoiados projetos locais e atualmente a prioridade é de ampliar as ações tendo como foco o fortalecimento da agenda política junto a outros programas de saúde.

## EPIDEMIOLOGIA DA AIDS E DAS DST – ALGUNS DADOS:

Quanto a situação epidemiológica, além da tendência nacional de interiorização da epidemia, estas populações têm grande dificuldade de acesso aos serviços e baixa cobertura diagnóstica, ainda não dispomos de estudos de soroprevalência que indiquem a taxa de infecção pelo HIV e de sífilis. Quanto a sífilis congênita o total de casos notificados na população rural, no período de 2000/2003 é de 596, correspondendo a 4% do total. Quanto aos casos de aids, temos registrados 3228 casos na zona rural, que equivale 1,2 % do total.

## LINHAS DE AÇÕES E PROJETOS DESENVOLVIDOS:

- **Trabalhadores Rurais Sem Terra** –

Estudo realizado pelo MST/ANCA concluiu que era muito baixo o % de uso de preservativo para esta população, seja em relações estáveis ou eventuais (70% declaram não usar preservativo), sendo que os homens referem o uso mais do que as mulheres e o maior percentual de uso está na faixa etária de 15 a 39 anos. Entre os motivos de não uso se destacam a *confiança no parceiro* e a crença de que *o preservativo não protege contra a aids*; **Estratégia atual** - Projeto com área de abrangência em 23 Estados - financiamento de 192 mil reais para 2005/2006:

**Apoio Institucional para o desenvolvimento de Educação Popular em Saúde com ênfase na Prevenção de DST/AIDS em áreas de Reforma Agrária do Brasil.**

**Situação atual** – Contrato sendo enviado para MST/ANCA até 13 de maio;

**Abrangência:** 23 Estados: RS, SC, PR, SP, MG, ES, RJ, MS, MT, GO, DF, TO, RO, MA, PA, CE, PI, RN, PE, PB, AL, BA e SE.

O movimento atende uma população rural assentada e acampada estimada em 350 mil famílias assentadas e 180 mil acampadas.

**Pessoas beneficiadas diretamente pelo projeto:**

2.400 pessoas (coletivos de saúde e atividades nacionais de massa)

- Projeto de desenvolvimento institucional que tem como objetivo central o fortalecimento do Movimento dos Rurais Sem Terra, em áreas de Reforma Agrária, por meio dos coletivos locais de saúde e secretarias estaduais do movimento, que está organizado em 23 Estados, investindo na capacitação de agentes de saúde e lideranças.
- Na edição anterior do projeto, o MST avalia que propiciou democratizar as informações acerca das DST, ou seja ampliou o grau de informação da população alvo, contribuindo para a diminuição do estigma e na construção da noção de promoção da saúde. Foi possível ampliar a organização do setor saúde do Movimento em vários Estados e a participação organizada das mulheres.
- O Movimento reconhece que as barreiras culturais e mitos em torno do uso do preservativo, por exemplo, ainda são muito importantes nesta população. Propõem sistematizar métodos e técnicas de abordagem no trabalho educativo sobre saúde, corpo, sexualidade, aids, terapias etc. Este trabalho também conta com o apoio da área de Educação Popular do MS.
- Este projeto tem como foco o acompanhamento/monitoramento por parte do coletivo nacional de saúde do MST, das ações desenvolvidas pelos coletivos estaduais de saúde, nos acampamentos e assentamentos rurais
- As estratégias de parceria com o SUS estão principalmente propostas na necessidade de aprofundar as articulações com os Programas locais de DST Aids, com a rede de serviços e as instâncias de controle social do SUS. Destacam a importância do acesso da população assentada e acampada aos CTA, além da rede básica de saúde

Populações tradicionais e movimentos sociais do campo, da floresta e da cidade

**O Programa Nacional de DST adota como uma de suas estratégias no campo da Prevenção, a parceria e interlocução com os Movimentos Sociais do Campo, da Floresta e da Cidade que têm como base populacional as populações tradicionais. Esta estratégia consiste em apoiar os movimentos sociais que desenvolvem ações comunitárias de prevenção das DST Aids no meio onde desenvolvem suas lutas políticas. Populações Tradicionais são as que utilizam atividades de subsistência de baixo impacto ambiental em áreas rurais e urbanas, com base em relações econômicas e sociais mais coletivizadas, na reciprocidade, nos laços de solidariedade e de interação e cooperação comunitárias.**

**Estes movimentos têm diferentes características de atuação e em geral priorizam bandeiras de luta no campo da Cidadania, Direitos Humanos, Reforma Agrária, Desenvolvimento Sustentável e Reforma Urbana e têm uma ampla base populacional envolvida nos processos de construção política. Buscam melhorar as condições de vida de grandes contingentes populacionais que têm acesso ainda limitado às políticas públicas e enfrentam condições de vida mais precárias.**

**Objetivos:** Fortalecer o movimento social, ampliar o acesso ao diagnóstico precoce do HIV para estas populações, ampliar o acesso ao preservativo, construir e fortalecer interface com a atenção básica nos municípios e instâncias de controle social, fortalecer a agenda política junto a outros programas de saúde, desenvolver metodologias inovadoras de prevenção que considerem as especificidades de cada população.

**Estratégia:** apoio técnico e financeiro a projetos Nacionais ou Regionais estratégicos, de ampla cobertura territorial e populacional, com a participação local de Estados e Municípios nas atividades desenvolvidas.

Principais atividades desenvolvidas – formação de multiplicadores de prevenção, educação de pares, oficinas educativas e encontros, seminários com a participação dos programas locais, disponibilização do preservativo, formação de lideranças, produção e distribuição de materiais educativos etc

Movimentos Sociais parceiros do PN DST Aids nas ações de prevenção em 2005/2006:

MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra – Reforma Agrária - trabalhadores rurais acampados e assentados

CNS – Conselho Nacional de Seringueiros – Desenvolvimento Sustentável da Floresta Amazônica - exploram atividades econômicas e de subsistência de forma ambientalmente sustentável - extrativistas de produtos vegetais da floresta amazônica, ribeirinhos, artesãos, pescadores, quebradeiras de côco

CMP – Central de Movimentos Populares – Reforma Urbana - sem-teto, catadores e recicladores de lixo etc

MLB – Movimento dos Bairros, Vilas e Favelas – Reforma Urbana - sem-teto, catadores e recicladores de lixo etc

Atingidos por Barragens – Desenvolvimento Sustentável e Cidadania - desabrigados das Barragens hidroelétricas

Quilombolas: Existem no Brasil mais de mil comunidades de remanescentes de quilombo. A população quilombola que já tem suas terras regularizadas soma 7.635 famílias. São 61 territórios, que totalizam 905.802,9884 hectares e estão localizados nos Estados de Amapá, Bahia, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Pará, Pernambuco, Rio de Janeiro, São Paulo e Sergipe (ABONG). Estratégias: apoio pontual a projetos. Kalunga material elaborado. Material nacional na gráfica, adaptado do material dos Kalungas. Atenção Básica/ACS – 5 estados, identificação do número de comunidades em cada estado. Participação de representantes do Movimento no Congresso de Prevenção/ articulado com SEPPIR E AB.

Necessidade : apoiar movimentos e organizações locais que trabalhem com estas populações, por meio de metodologias já demonstradas como eficazes. Organizar trabalho conjunto com a AB/ACS:TERRITÓRIOS DE CIDADANIA- o Governo Federal lançou, em 2008, o Programa Territórios da Cidadania. O Territórios da Cidadania tem como objetivos promover o desenvolvimento econômico e universalizar programas básicos de cidadania por meio de uma estratégia de desenvolvimento territorial sustentável. A participação social e a integração de ações entre Governo Federal, estados e municípios são fundamentais para a construção dessa estratégia. Este programa prioriza a expansão da cobertura dos ACS nestas comunidades.

## Mapa