

Recortes Históricos

Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP (CRT/Aids)



Programa Estadual DST/Aids-SP faz 30 anos *Estadual STD/AIDS Program SP- turns 30 years old*



Pioneiro na resposta brasileira à epidemia, o Programa Estadual DST/Aids-SP faz 30 anos. Reconhecido por sua política pública com foco nas pessoas que vivem com HIV/Aids e populações mais vulneráveis, o sucesso do programa brasileiro pode ser atribuído a uma série de mudanças sociais e políticas na década de 80, como a redemocratização do país e a construção do SUS, à participação da sociedade civil, à mobilização de diversos setores, ao equilíbrio entre prevenção e tratamento e à promoção sistemática dos direitos humanos em todas as estratégias e ações.

Os primeiros casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) no Brasil surgiram no início da década de 80, em São Paulo. “Na época, não se conhecia o agente causador da doença, nem sua forma de transmissão, o que gerou certo pânico entre os homens que fazem sexo com outros homens (HSH), primeiras vítimas da Aids”, lembra o médico Paulo Roberto Teixeira, que participou das primeiras reuniões que deram origem ao Programa Estadual DST/Aids.

Nesse contexto, para dar conta da urgência em termos de saúde pública, foi criado, em 1983, o Programa Estadual de DST/Aids (PE-DST/Aids), com quatro objetivos básicos: vigilância epidemiológica, esclarecimento à população para evitar o pânico e discriminação dos grupos considerados vulneráveis na época, garantia de atendimento aos casos verificados e orientação aos profissionais de saúde.

No primeiro momento, a Divisão de Hanseníase e Dermatologia Sanitária, órgão do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), sediou o Programa e a organização inicial do que seria posteriormente o serviço de referência. O Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER) e o Instituto Adolfo Lutz (IAL) foram designados, respectivamente, como retaguardas hospitalar e laboratorial.

Em 1988, à medida que a epidemia crescia e novas providências se tornavam imprescindíveis,

foi criado o Centro de Referência e Treinamento em Aids (CRT-A), vinculado ao gabinete do Secretário da Saúde. Este tinha como metas prioritárias, além da referência técnica, atuar como capacitador e gerador de normas técnicas, com vistas a um processo de descentralização das atividades de prevenção, vigilância e assistência no Estado de São Paulo. Nessa época, além de capacitação e monitorização técnica, o CRT-A teve um importante papel na implementação de alternativas assistenciais, como hospital-dia e assistência domiciliar terapêutica. Em 1993, ocorre a junção dos programas de Aids e DST e a transformação do CRT em Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids (CRT-DST/Aids).

Em 1995, o CRT-DST/Aids consolida-se como sede da Coordenação do Programa Estadual de DST/Aids. Em 1996, o CRT-DST/Aids passa a ser vinculado à Coordenação dos Institutos de Pesquisa (CIP), órgão então responsável pela definição das políticas de saúde pública no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde. Com a mudança de estrutura ocorrida na Secretaria de Estado da Saúde em 2005, a Coordenação dos Institutos de Pesquisa passou a chamar-se Coordenadoria de Controle de Doenças. “A Coordenação do Programa Estadual de DST/Aids, apoiada na estrutura do CRT DST/Aids, é responsável pela implementação, articulação, supervisão e monitoramento das políticas e estratégias relativas às DST/Aids, nas áreas de Prevenção, Assistência, Vigilância Epidemiológica, Apoio às Organizações da Sociedade Civil e Casas de Apoio, em todo o Estado de São Paulo”, explica Maria Clara Gianna Garcia Ribeiro, coordenadora do Programa Estadual DST/Aids.

Desde seu princípio, o PE-DST/Aids adota como referências éticas e políticas a luta pelos direitos de cidadania das pessoas que vivem com HIV e populações mais vulneráveis e

contra o estigma e a discriminação, a garantia do acesso universal à assistência gratuita, incluindo medicamentos específicos, e o direito de acesso aos meios adequados de promoção da saúde integral. Atua de forma coordenada com as demais secretarias governamentais, como Justiça e Cidadania, Educação e Desenvolvimento Social, e em estreita colaboração com as ONGs.

A promoção da participação social na construção, manutenção e monitoramento das ações públicas para a redução do risco de novas infecções por DST/HIV/Aids, o aprimoramento dos mecanismos que garantam a melhoria do acesso à saúde integral e o respeito aos direitos humanos, estão no bojo da missão do CRT DST/Aids. O CRT DST/Aids sempre contou com representantes da sociedade civil atuando nos GTs (grupos de trabalho), Comitês Técnicos e na definição da lógica para apoio/financiamento de projetos desenvolvidos por ONG e no acolhimento/abrigo de crianças, adolescentes, jovens, adultos vivendo com HIV/Aids em Casas de Apoio.

O Conselho Gestor do CRT DST/Aids (Coges) é outro exemplo de participação e controle social. Iniciou suas atividades em janeiro de 2006, com o objetivo de aprimorar as ações desenvolvidas pela Instituição, monitorando os procedimentos e indicando novas estratégias, como canal privilegiado de comunicação e participação dos usuários e trabalhadores na gestão institucional. Trata-se de um órgão de caráter permanente e deliberativo que tem poder decisório dentro daquilo que pertence à sua esfera de competências, constituindo-se no órgão colegiado máximo do CRT-DST/Aids-SP. Compõem o Coges 16 membros titulares e 16 membros suplentes: 50% são representantes dos usuários (entre eles 01 do Fórum ONGs/Aids e 01 da RNP Aids), 25% dos trabalhadores (01 SindSaúde) e 25% do

Poder Público. A atividade não é remunerada. As reuniões ordinárias ocorrem uma vez a cada mês (última terça-feira).

As várias fases da epidemia

Os primeiros casos de Aids no país foram descritos no início da década de 1980, em São Paulo. Embora inicialmente vinculado aos homens que fazem sexo com outros homens (HSH), particularmente nos países industrializados e na América Latina, o HIV se disseminou rapidamente entre os diversos segmentos da sociedade, alcançando paulatinamente mulheres, crianças e homens com prática heterossexual.

Segundo Ângela Tayra, gerente do Serviço de Vigilância Epidemiológica, essa disseminação ocorreu não somente por via sexual, mas também pela via sanguínea, por meio do compartilhamento de seringas e agulhas por usuários de drogas injetáveis, em transfusões de sangue e hemoderivados e, ainda, pela transmissão vertical (transmissão da mãe para a criança na gestação, parto ou durante o aleitamento materno), à medida que as mulheres foram sendo atingidas pela epidemia.

No Estado de São Paulo (ESP), os padrões de transmissão são distintos nas diversas regiões e, a partir do final da década de 1990, houve um predomínio de casos de Aids com categoria de exposição heterossexual no estado como um todo e um declínio de casos UDI. “Atualmente, embora haja mais casos notificados em indivíduos do sexo masculino, houve um incremento importante das mulheres na epidemia. Em 1987, a proporção homem/mulher era de 9/1; em 2011, 2/1”, observa Ângela Tayra.

Apesar das condições socioeconômicas pouco privilegiadas da maioria da população atingida pela epidemia, a mortalidade por Aids

vem apresentando queda acentuada a partir de 1996. “Este resultado deve-se à introdução dos antirretrovirais na rede pública, associada à descentralização do atendimento, o que possibilita o diagnóstico precoce e a intervenção adequada sobre as infecções oportunistas, ou seja, maior probabilidade de sobrevivência do paciente”, comenta Rosa Alencar, Gerente da área de Assistência Integral de Saúde.

É importante lembrar que o Estado de São Paulo foi pioneiro na utilização e distribuição gratuita de medicamentos para portadores de infecção pelo HIV/Aids. Em 1990, adquiriu a Zidovudina (AZT), primeira droga usada no tratamento dos portadores de HIV/Aids. Em outubro de 1996, com o surgimento dos Inibidores de Proteases, o Programa Estadual DST/Aids (PE-DST/Aids) passou a adquirir esses antirretrovirais e a fornecê-los para os pacientes que tinham indicação de uso em todo o Estado. Os primeiros locais a distribuírem as drogas foram os municípios de Santos e São Paulo. Com a aprovação da Lei 9.313, em 13 de novembro de 1996, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV/Aids, garantiu-se a obrigatoriedade de aquisição de novas drogas antirretrovirais disponíveis, para se adequar ao conhecimento científico atualizado. As aquisições dos medicamentos desde então ficaram a cargo do Ministério da Saúde.

Atualmente, o Programa Nacional DST/AIDS fornece 21 medicamentos antirretrovirais (Abacavir, Atazanavir, Darunavir, Didanosina EC, Efavirenz, Enfuvirtida, Estavudina, Etravirina, Fosamprenavir, Indinavir, Lamivudina, Lopinavir/R, Maraviroque, Nevirapina, Raltegravir, Ritonavir, Saquinavir, Tenofovir, Tipranavir, Zidovudina e Zidovudina + Lamivudina) totalizando 39 apresentações, incluindo-se formulações pediátricas. Esses medicamentos são gerenciados

pelo Núcleo de Controle e Distribuição de Medicamentos (NCDM), responsável por todo o gerenciamento logístico dos medicamentos de DST/AIDS do Estado, que conta com 43 polos de distribuição e 159 Unidades Dispensadoras de Medicamentos. “O número de pacientes que recebe medicamentos antirretrovirais no Estado de São Paulo passou de poucas centenas no início dos anos 90, para 85 mil em julho de 2013”, observa Alexandre Gonçalves, da gerência de Apoio Técnico e Logístico.



Reflexo dessa política é que, em 2011, ocorreram 3.006 óbitos por Aids no Estado, que corresponde a uma taxa de mortalidade (TM) de 7,2 óbitos por 100 mil habitantes, representando um decréscimo de 56,5% comparando-se com o ano de 1995, quando ocorreu o maior número de óbitos por Aids (7.739 óbitos e TM igual a 22,9). A sobrevida mediana, no Brasil, nos pacientes com Aids maiores de 12 anos, no período de

1982 a 1989, era de apenas 5,1 meses. O estudo realizado por Marins e cols, mostrou que os pacientes com diagnóstico em 1995 tiveram sobrevida mediana de 16 meses e os de 1996, 58 meses. Estudo brasileiro mais recente, realizado nas regiões Sul e Sudeste, entre pacientes adultos com Aids, diagnosticados em 1998 e 1999, revelou que 59% deles sobreviveram 108 meses (Guibu et al., 2008).

Assistência aos portadores de HIV/Aids no Estado

Os grandes avanços observados nos últimos anos, a exemplo da queda da mortalidade e a diminuição da transmissão materno-infantil estão relacionados à melhoria e ampliação da estrutura assistencial ao longo desses 25 anos. A assistência aos portadores de HIV/Aids no Estado de São Paulo evoluiu em termos técnicos, numéricos (quantitativos), e principalmente em qualidade. No início da epidemia havia poucos serviços destinados aos portadores de HIV/Aids. Hoje, o estado de São Paulo conta com 201 serviços de assistência especializada em DST/Aids, 130 centros de testagem e aconselhamento em 95 municípios, 31 hospitais-dia, 26 serviços de assistência domiciliar terapêutica e 580 leitos para portadores de HIV/Aids, além de 6 hospitais de referência para tratamento cirúrgico reparador de lipodistrofia e 35 serviços ambulatoriais para preenchimento facial e mais de 350 serviços cadastrados que oferecem profilaxia pós-exposição para profissionais e vítimas de violência sexual. Em alguns municípios o atendimento às DSTs foi incorporado à rede de atenção básica.

Durante todo esse período, em especial nos últimos quinze anos, a Gerência de Assistência Integral à Saúde do CRT DST/Aids priorizou

o investimento na estruturação de uma rede de serviços descentralizada, na perspectiva de ampliar o acesso dos portadores de DST/Aids à saúde. Para cumprir este objetivo, a coordenação do CRT DST/Aids apoiou técnica e financeiramente os municípios na implantação/implementação dos serviços, por meio da aquisição de equipamentos médico-hospitalares e mobiliário, permitindo a criação e/ou melhoria da infraestrutura de apoio diagnóstico e prestação de assistência nas diversas modalidades de serviços. “A necessidade premente era implantar ou implementar serviços, e para tanto, tornou-se imperativa a ação combinada de capacitação de recursos humanos, com a finalidade, entre outras, de aprimorar o sistema de referência e contrarreferência no Estado de São Paulo e a prestação de um serviço de assistência especializada de qualidade”, declara Artur Kalichman, coordenador adjunto do Programa Estadual DST/Aids.

Com a rede de assistência estruturada, as preocupações voltaram-se para o estabelecimento de diretrizes orientadoras da abordagem do indivíduo portador de DST/Aids, assumindo, portanto, um caráter mais qualitativo. Desse modo, a área de Assistência Integral concentrou esforços no aperfeiçoamento e especialização da assistência prestada, por meio da incorporação de questões que se mostraram cruciais para a intervenção – estas decorreram fundamentalmente da evolução do conhecimento da patologia e da ampliação dos recursos terapêuticos, levando ao aumento da sobrevida, à mudança do perfil epidemiológico, com aumento do número de mulheres e suas implicações na assistência a esta população.

Do ponto de vista qualitativo, foi dada ênfase ao aprimoramento do trabalho da equipe

multiprofissional, buscando a articulação e a integração das atividades; a organização dos serviços para estimular a adesão aos antirretrovirais (capacitação de equipe multiprofissional para utilização do consenso de terapia antirretroviral e formação de grupos de adesão); ampliação das atividades de aconselhamento para os portadores de HIV/Aids para além do pré e pós-teste; elaboração de proposta de abordagem ao dependente de drogas lícitas e ilícitas; implantação de uma rede de serviços realizando preenchimento facial e uma referência hospitalar para tratamento cirúrgico das lipodistrofias; desenvolvimento de ações para a redução da transmissão vertical do HIV e implementação das ações de abordagem da sífilis durante a gestação e no momento do parto, visando a redução da sífilis congênita; implementação de ações voltadas para crianças e adolescentes; implantação/implementação de atividades de redução de danos nos serviços assistenciais para os portadores de HIV/Aids; elaboração de proposta de abordagem ao paciente dependente de drogas lícitas e ilícitas e ampliação da assistência à mulher HIV positiva.

O paciente sob perspectiva multidisciplinar

Desde o início da epidemia, o CRT DST/Aids tem trabalhado numa perspectiva multidisciplinar para que possa melhor compreender e responder às necessidades dos seus usuários nos diferentes aspectos, principalmente, por compreender que esse é um aspecto fundamental para a promoção da saúde. Isso implicou em definição de processos de trabalho, tais como formação de equipe interdisciplinar e equipes de referência para o paciente. Após o advento dos medicamentos antirretrovirais na década de 1990, o cenário da infecção pelo HIV entra

em profunda transformação, a perspectiva da fatalidade diminuiu e, com o aumento da sobrevivência dos pacientes, identificam-se novos rumos da epidemia e observam-se, também, importantes mudanças no contexto social da epidemia.

A experiência tem mostrado que a sobrevivência dos pacientes, a dimensão de cronicidade da doença, a necessidade de adesão aos tratamentos e os quadros de lipodistrofia trouxeram novos desafios no campo psicossocial ou ainda relativos à saúde mental dos portadores de HIV/Aids. “Muitos pacientes apresentam questões da experiência humana comuns a todos, porém atravessadas pela soropositividade, entre elas, o exercício da sexualidade, conjugalidade, autoimagem e prejuízos neurocognitivos decorrentes da presença do HIV, além de efeitos medicamentosos”, relata Ricardo Martins, coordenador de Saúde Mental do CRT DST/Aids.



Crianças, adolescentes e adultos jovens que nasceram com o vírus também trouxeram novos desafios e necessidades por parte das instituições e profissionais de saúde. Um grande avanço nos últimos anos foi o desenvolvimento de um processo de revelação diagnóstica. Muitas crianças não sabiam ao certo o motivo de sua frequência ao serviço de saúde e também muitos profissionais que as atendiam tinham dúvidas sobre até que

ponto podiam abordar o tema com elas; isso trazia grande dificuldade para o atendimento e para a vida mental desses pacientes. A revelação diagnóstica, fundamentada na psicologia infantil, veio agregar, sistematizar e introduzir esse novo tema, até então, pouco discutido.

Diante das novas e complexas demandas psicossociais no cuidado relacionado à saúde mental aos portadores de HIV/Aids, nos últimos anos, formalizou-se uma coordenação de saúde mental, grupo que se reúne mensalmente para discutir, fazer propostas e pensar diretrizes para o campo de atuação em saúde mental na Instituição.

Conquistas no campo das doenças sexualmente transmissíveis

No final da década de 1990, o Ministério da Saúde adotou o tratamento sindrômico para as DSTs. Evidências científicas levaram à fusão dos programas de DST e Aids em 1995. Com isso, as ações programáticas passaram a convergir em direção às interfaces entre as duas epidemias. O controle das DSTs passou a ser uma ação estratégica para o controle da infecção HIV e, conseqüentemente, da Aids.

Nesses últimos 18 anos, a principal estratégia do Programa Estadual DST/Aids para o enfrentamento das DSTs tem sido a descentralização da assistência dos casos sintomáticos para a atenção básica, por intermédio da implementação dessa abordagem nos casos de úlceras genitais, corrimentos uretrais, corrimentos cervicovaginais e desconforto e dor pélvicas.

Inúmeros treinamentos descentralizados vêm sendo realizados para os profissionais médicos, enfermeiros, para a equipe multiprofissional e, inclusive, para membros da sociedade civil organizada que desenvolvem trabalhos para

populações vulneráveis, por meio de oficinas de atenção integral às DSTs, abrangendo todas as regiões do estado, com formação de polos regionais de capacitação.

Apesar da alta rotatividade de profissionais na atenção básica, dos entraves das diferentes políticas municipais, em particular quanto ao diagnóstico síndrômico e à prescrição de medicamentos pelos enfermeiros, e da resistência das unidades básicas de saúde em aplicar a penicilina, obtivemos algumas vitórias ao longo desse tempo.

A redução da resistência ao manejo síndrômico das DSTs, a demanda persistente e crescente de treinamento para o manejo síndrômico das DSTs por parte dos municípios e o interesse pela “abordagem síndrômica” de sociedades médicas com interface para DST (Dermatologia, Ginecologia, Urologia, Infectologia e Sociedade Brasileira e Regional São Paulo de DST) em congressos estaduais, regionais e nacionais, retratam o fruto do trabalho construído arduamente em todo estado.

Outro indicador positivo é o aumento da produção científica de técnicos do Programa Estadual de DST/Aids, por iniciativa própria ou em colaboração com outras entidades em projetos de pesquisa. Entre eles, podemos citar a “história natural da infecção HPV no homem”, projeto de prevalência da sífilis e viabilidade do uso de testes rápidos para pessoas em situação de rua e o projeto para avaliar a resistência microbiana do gonococo em São Paulo.

Uma das grandes conquistas obtidas pela Coordenação Estadual DST/Aids foi a produção, em 2011, de uma publicação técnica pioneira no país, para orientar o manejo das DSTs nas pessoas vivendo com HIV e facilitar a assistência às DSTs nos Serviços Especializados (SAE).

Para os próximos anos, pretendemos estabelecer uma estratégia para diagnóstico e tratamento precoce das DSTs assintomáticas, particularmente a infecção por clamídia. Esperamos também contribuir de modo decisivo na redução da transmissão vertical da sífilis por meio do controle da sífilis adquirida, em especial em gestantes.

Nova modalidade de atendimento

Para atender às necessidades da população mais vulnerável, a Coordenação Estadual DST/Aids-SP inaugurou em junho de 2009, em suas dependências, o primeiro ambulatório de saúde do Brasil dedicado exclusivamente a travestis e transexuais. O serviço é uma referência nacional, com profissionais especializados, preparados para lidar com as dificuldades e demandas específicas desses grupos sociais.

O serviço disponibiliza assistência integral a travestis e transexuais, e conta com atendimento especializado em cardiologia, oftalmologia, endocrinologia, urologia, proctologia, ginecologia, fonoaudiologia, otorrinolaringologia, além de psicólogos e psiquiatras, clínica médica, enfermagem, vacinação, serviço de orientação relacionado à saúde, geração de renda e assessoria jurídica. O ambulatório realiza, também, avaliação e encaminhamento para cirurgia para redesignação sexual.

O local é responsável pela elaboração de protocolos clínicos, por desenvolver e avaliar tecnologias e modelos assistenciais e promover atividades integrando movimentos sociais, e também de treinamento para profissionais de saúde nessa área de atuação.

A médio prazo pretende-se descentralizar e facilitar o acesso dessa população aos serviços

de saúde, capacitar profissionais e equipes multidisciplinares do Estado, desenvolver pesquisas na área da sexualidade com objetivo de criar e multiplicar novas tecnologias de saúde e desenvolver e apoiar projetos no âmbito da intersetorialidade, contribuindo para o estabelecimento de políticas públicas que ampliem o acesso à educação, saúde, justiça e cidadania.

Tire o peso da dúvida: Fique Sabendo



A fim de reduzir a taxa de diagnóstico tardio do HIV, a Coordenação do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo desenvolveu o Plano Estadual de Ampliação do Diagnóstico Precoce do HIV (2009-2015), tendo como uma de suas principais estratégias a realização de campanhas anuais de testagem com o objetivo de aumentar a proporção de pessoas testadas no estado, que era de 39,7% em 2004, e reduzir o percentual de pessoas com diagnóstico tardio de infecção pelo HIV (42% em 2009).

Foram realizadas cinco campanhas de testagem no período de 2008 a 2012, em parceria com o Instituto Adolfo Lutz. As campanhas são realizadas anualmente, e se encerram no dia 1º de dezembro, Dia Mundial de Luta contra a Aids. A duração da campanha variou de 9 a 15 dias (2011; 2010). Em 2009 foi, excepcionalmente, de 30 dias.

Em termos de abrangência, a participação dos municípios foi progressiva: iniciou com 376, em 2008, chegando a 526, em 2012, respectivamente 58% e 82% dos municípios do estado. Considerando a população que habita os municípios participantes, a cobertura inicial foi de 87%, chegando ao pico de 95% em 2010, patamar mantido até 2012.

Quanto à participação nos municípios, em 2008, iniciou-se envolvendo 1.557 unidades da rede de atenção básica e especializada. Esse número aumentou progressivamente, chegando a 3.314 em 2012, um aumento de 112%. O pico de participação foi em 2009, com 3.468 unidades.

O suporte estadual representado pelo fornecimento de *kits* de exames via rede Lutz (100 mil) representou 83% do total de exames de HIV realizados. Nas campanhas subsequentes, os municípios participaram realizando exames com recursos próprios em maior proporção. Desta forma, a contribuição do estado ficou proporcionalmente menor, chegando a 47% em 2010 e 2011.

A realização de diagnósticos de HIV pelo método rápido aumentou ano a ano nas campanhas, acompanhando o processo de capacitação e implantação dessa metodologia diagnóstica no estado. Em 2008, foram realizados apenas 7 mil testes rápidos, representando 7% dos exames realizados e, em 2012, essa proporção chegou a 27%, com 40 mil testes rápidos.

A prevalência de HIV encontrada varia conforme a estratégia utilizada, seja pelo método convencional ou rápido. Em todas as campanhas, a prevalência entre as testagens rápidas foi sempre maior que entre os exames convencionais de HIV. A prevalência de exames positivos na testagem convencional variou entre

0,2 e 0,4, sempre abaixo da esperada para a população geral no estado de São Paulo (0,5). Já a testagem rápida teve outro comportamento, com um pico de 1,7% em 2009, e um posterior decréscimo, mantendo em 2011 e 2012 os respectivos patamares de 0,6% e 0,7%. Importante destacar que a proporção de pessoas do sexo masculino entre os casos diagnosticados é sempre maior, chegando a 80% em 2012.

As campanhas têm favorecido a diminuição do estigma e o preconceito em relação ao teste e têm favorecido a descentralização da oferta da testagem por meio da implantação dos “fique-sabendo” permanentes nos serviços. Entretanto, ainda não têm favorecido expressivamente a ampliação de acesso ao teste às populações vulneráveis (homens que fazem sexo com homens, travestis, usuários de drogas, profissionais do sexo) mais atingidas pela epidemia.

Testagem em outros contextos de vulnerabilidade

Entre 2012 e 2013, a Secretaria de Estado da Saúde realizou, em parceria com a Secretaria da Administração Penitenciária, atividade de testagem para HIV e sífilis no sistema prisional feminino do Estado de São Paulo. Ao todo, 8.914 mulheres aceitaram realizar o teste, destas, 2.947 encontram-se em presídios da capital e 5.967, do interior. Dentre os dados preliminares apresentados, observou-se que 2,8% delas apresentaram resultado reagente para HIV e 7,0% para testagem rápida de triagem para sífilis. A taxa de prevalência de HIV na população geral é de 0,4 e de sífilis 1,6%.

O mutirão foi realizado em todas as penitenciárias do estado: Capital, Santana, Tremembé I e II, Tupi Paulista, Campinas,

Pirajuí, Ribeirão, além dos Centros Penitenciários Provisórios Butantã, São Miguel, Casas de Detenção Provisórias Franco da Rocha, Hospital de Custódia e Tratamento Penitenciário Franco da Rocha I e II, Centros de Reabilitação Itapetininga, Piracicaba, Rio Claro, Araraquara, São José dos Campos e São José do Rio Preto. O projeto teve por objetivo conhecer a soroprevalência do HIV e da sífilis nesta população, traçar o perfil das mulheres privadas de liberdade em relação a informações sobre sífilis e HIV, dar orientação de qualidade sobre o assunto para as presas, além de dar maior assistência em saúde para DST/HIV/Aids. Até 2015, pretende-se elaborar e implementar, de forma escalonada e regionalizada, o projeto de DST/Aids da Proposta Integrada de Atenção à Saúde da População Privada de Liberdade, em parceria com a Secretaria da Administração Penitenciária.

Avaliação e atualização constantes

A expansão dos serviços assistenciais para o interior do Estado, a disponibilização dos marcadores imunológicos CD4/CD8, carga viral e exames de genotipagem e, principalmente, a distribuição dos medicamentos antirretrovirais com alta cobertura da população vulnerável, proporcionaram resultados de impacto significativo na morbidade e nos índices de mortalidade dos portadores de HIV/Aids. É importante ressaltar que desde a criação do Programa Estadual DST/Aids, em 1983, o Instituto Adolfo Lutz (IAL-Central) tem atuado nas ações referentes a padronização, implantação e implementação de procedimentos para a determinação de marcadores laboratoriais (imunológicos, virológicos, parasitológicos, celulares e moleculares) para diagnóstico, prognóstico e monitoramento de tratamento da infecção por HIV e Aids, assim como das

infecções oportunistas (IO) associadas à Aids. Ao longo desses 30 anos, IAL-Central responde pela coordenação técnico-científica da rede laboratorial e tem atuado na padronização de novas técnicas e implementado tecnologias mais avançadas, bem como tem sido responsável pela capacitação de recursos humanos da rede pública e das unidades laboratoriais envolvidas com assistência aos portadores de HIV/Aids.

A redução da morbidade ficou evidenciada pela diminuição da ocorrência de doenças oportunistas, como retinite por citomegalovírus, meningite por criptococos e sarcoma de Kaposi, que variou de 56% a 80% no Instituto de Infectologia Emílio Ribas no período de 1996/1997 (Casseb et al., 1999), pela diminuição no número de internações em 40% no Estado de São Paulo de 1996/2000 (Basso, 2002) e de 70% no Centro de Referência e Treinamento DST/Aids (CRT-DST/Aids) em 1996/1998 (Boletim Epidemiológico V.E/CRT-DST/Aids, 2001), bem como indiretamente, pela diminuição do consumo dos medicamentos: Ganciclovir, Foscarnet, Aciclovir, Anfotericina B usados para o tratamento das doenças oportunistas.

A mortalidade por HIV/Aids foi reduzida em 41% no Estado de São Paulo no período 1996/1999 e a de tuberculose em infectados pelo HIV em acompanhamento no CRT-DST/Aids caiu em 75,67% entre 1996/2000. Concomitantemente, houve um aumento da sobrevida dos portadores de HIV/Aids de 5,1 meses em 1989 (Chequer, 1999) para 58 meses em pacientes com diagnóstico de Aids em 1996 (Marins, 2002). No CRT-DST/Aids, a análise da sobrevida de pacientes diagnosticados em 1992 apontou que apenas 22,8% sobreviveram após 36 meses de acompanhamento, porcentual que subiu para 79,2% para os diagnosticados em 1997 (Kalichman, 2002).

No caso da transmissão vertical do HIV, o impacto positivo das intervenções assistenciais, laboratoriais, profiláticas e medicamentosas no Estado de São Paulo é demonstrado pela redução de casos notificados de Aids por transmissão vertical, no período de 1997 a 2003, que caiu de 413 casos para 152 casos respectivamente (63,2%); pela redução da taxa de transmissão de 16% em 1997 (Tess, 1998) para uma taxa de 3,2% em 2002 (Succi, 2003); e também pelo significativo aumento da sobrevida média de 6,7 meses em 1991 (Grangeiro, 1995) para uma sobrevida mediana de 84,4 meses nos casos diagnosticados até o ano de 1998 (Matida, 2003). A probabilidade de sobrevida em 9 anos, para crianças diagnosticadas no período de 1999 a 2002 e seguidas ambulatorialmente até março/2007, foi de 0,9023 (IC de 95% [0,8376 - 0,9421]) (Matida, 2009).

Com o aumento da sobrevida, infecções como as hepatites B e C passaram a ocupar lugar importante entre as patologias prevalentes na era pós-terapia antirretroviral potente, especialmente porque a evolução destas parece estar modificada nos portadores de HIV/Aids, com potencial de evolução para formas mais graves em prazo mais exíguo. Portanto, é imperiosa a necessidade de estruturar os serviços para atender à coinfeção de hepatites/HIV. Em relação às DSTs, Rosa Alencar, gerente da Área de Assistência Integral à Saúde, observa que “ainda há necessidade de expandir o acesso da população à prevenção, diagnóstico e tratamento por meio da implantação das atividades de abordagem sindrômica na rede básica, e ainda aprimorar as condições técnicas nos serviços de referência para a realização do diagnóstico etiológico e vigilância de resistência bacteriana aos fármacos”.

Pesquisa da Coordenação Nacional DST/Aids, Ministério da Saúde (CN-DST/Aids-MS),

sobre a qualidade dos serviços ambulatoriais, realizada pelo Departamento de Medicina Preventiva da USP, mostrou que o Estado de São Paulo possui serviços classificados em diversas estratificações de qualidade. Embora os serviços mal classificados representem um percentual pequeno, supervisões constantes se fazem necessárias para fornecer a esses serviços suporte técnico e infraestrutura adequados. “As maiores fragilidades identificadas nestes serviços referem-se a sua organização, notadamente nos aspectos gerenciais e de funcionamento da equipe multiprofissional”, observa Rosa de Alencar.

Desafios da assistência para a quarta década da epidemia

Paralelamente aos grandes avanços, outras questões surgem e demandam atenção, como os efeitos adversos da terapia antirretroviral potente, a exemplo das dislipidemias (aumento de colesterol e triglicérides), a lipodistrofia/lipoatrofia (alterações na distribuição da gordura corporal), a resistência periférica à insulina (acarretando aumento do açúcar no sangue) e a acidose metabólica (por disfunção mitocondrial).

A Coordenação Estadual de DST/Aids, em parceria com o Programa Nacional, treinou diversos profissionais médicos de vários serviços e vem disponibilizando o medicamento polimetilmetacrilato para preenchimento facial, diminuindo o estigma para as pessoas que vivem com HIV/Aids. “Entretanto, ainda há campo para estudar com profundidade as consequências desses distúrbios, e investir simultaneamente na ampliação de serviços hospitalares para tratamento cirúrgico da lipodistrofia para minimizar os efeitos indesejáveis da terapia”, ressalta Rosa Alencar.

A própria terapia antirretroviral, em razão de sua complexidade, da diversidade de medicamentos e suas interações, requer apoio técnico permanente, na forma de atualizações constantes aos profissionais de saúde envolvidos com a prescrição e a orientação para sua utilização. Do mesmo modo, as questões relativas ao desenvolvimento de medidas de estímulo à adesão aos serviços e à terapia antirretroviral continuam sendo prioritárias para intervenção e devem ser objeto de ações contínuas e duradouras. Prescrições de alta qualidade e adesão à terapia antirretroviral asseguradas são condições fundamentais para a eficácia e efetividade da política de atenção aos portadores de HIV/Aids e certamente contribuirão para o fortalecimento da política de saúde em DST/HIV/Aids no Estado.

O difícil manejo da falência terapêutica decorrente do uso dos antirretrovirais resultou na implantação pela Coordenação Nacional DST/Aids-MS, em 2001, da Rede Nacional de Genotipagem (Projeto Renageno), que vem disponibilizando aos serviços públicos de saúde a realização de exames de genotipagem do HIV, bem como a análise dos resultados destes exames de detecção de resistências do HIV aos antirretrovirais por médicos treinados. Atualmente, oito laboratórios executores e 58 médicos de referência em genotipagem (17 deles pediatras ou infecto-pediatras) compõem essa rede no Estado de São Paulo. O desafio atual é a incorporação de outros exames auxiliares para a definição de terapias de resgate para os casos em que a genotipagem é insuficiente para a sugestão de um esquema eficaz e duradouro.

Para Rosa Alencar, entre os pontos a serem aprimorados estão: as ações de aconselhamento para os portadores de HIV/Aids nos aspectos relacionados à prevenção secundária, à sexualidade, concepção-contracepção, pares sorodiferentes e

efeitos colaterais dos medicamentos; embora as ações de redução de danos dirigidas aos usuários de drogas tenham se ampliado, ainda não há uma proposta abrangente que responda às necessidades dos portadores de HIV/Aids acometidos de outros sofrimentos mentais.

As mulheres, um dos grupos mais vulneráveis da atualidade no curso da evolução da epidemia pelo HIV, merecem atenção especial. É fundamental que seja assegurado o atendimento ginecológico a todas as portadoras de HIV/Aids de forma programada e não só mediante “queixa conduta”, e sejam obedecidos os preceitos éticos e de direito à concepção e anticoncepção, com qualidade e de acordo com o desejo da mulher e de seu companheiro. Em função desta importante vulnerabilidade das mulheres, e considerando a faixa etária reprodutiva, assim como a eficiente profilaxia (redução para até 2% da possibilidade de transmissão materno-infantil do HIV), que pode ser fornecida às mulheres que se apresentarem positivas ao HIV, a CE-DST/Aids, em parceria com a área da Saúde da Mulher da Secretaria de Estado da Saúde, almeja oferecer a pesquisa do HIV a 100% das gestantes do Estado.

A violência sexual contra mulheres, homens e crianças também se configura como problema a ser enfrentado do ponto de vista do risco de exposição às infecções de transmissão sexual, incluindo o HIV. No tocante a este último, a prevenção inclui o uso de medicamentos antirretrovirais, tornando o manejo da situação um tanto mais complexa. Daí a necessidade de organizar a atenção a estes segmentos tornados vulneráveis às DSTs, nos quais se incluem também os pares sorodiferentes para a infecção pelo HIV.

Embora resultados satisfatórios tenham sido conquistados na rede de assistência às pessoas

vivendo com HIV/Aids e portadoras de DSTs nos últimos anos, a ampliação do acesso do diagnóstico da infecção pelo HIV e a consolidação do uso da abordagem sindrômica para tratamento das DSTs na rede básica de saúde, assim como a melhoria da qualidade da assistência nos serviços especializados em DST/HIV/Aids são os mais importantes desafios a serem equacionados.

A oferta de tratamento precoce e os desafios da adesão apontam para a necessidade de adotar modelo de atenção e arranjos organizacionais que promovam o vínculo, e a corresponsabilização, além da ampliação da clínica, da gestão participativa, autonomia do sujeito e maior integração da rede de atenção.

Pesquisa, em dia com a tecnologia

A realização de pesquisas clínicas, sócio-comportamentais e epidemiológicas nas áreas de DST, Hepatites Virais e HIV/Aids faz parte da missão do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids (CRT-DST/Aids), sede da Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo. Há anos a instituição vem sediando e realizando protocolos de pesquisas nessas áreas, e vários de seus profissionais atuam como coordenadores de estudos nacionais ou estaduais. Desde 1995, a instituição realiza ensaios clínicos, participa de estudos multicêntricos internacionais para avaliação da eficácia e segurança de novos medicamentos antirretrovirais. Esse processo permitiu a capacitação dos técnicos na condução de diversos outros estudos que se seguiram, seja de novos fármacos ou de diferentes formas de apresentação ou administração deles. Em 1997, foi criado o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CRT-DST/Aids segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

No campo de ensaios clínicos, o CRT iniciou atividades em 1995, com a participação no estudo multicêntrico que avaliou a eficácia e segurança do Indinavir, na época, uma nova e promissora droga antirretroviral. O estudo contou com a participação de 84 voluntários recrutados pelo CRT, que colaboraram para a aprovação do medicamento, um dos primeiros na classe de inibidores de protease, que se juntaria a outras duas drogas formando o arsenal do coquetel. “Muitos pacientes estão vivos até hoje porque tiveram a oportunidade de usar este medicamento, informa José Valdez Madruga, responsável pela área de pesquisa clínica no CRT DST/Aids-SP.

A participação nesse ensaio clínico, além de contribuir para a comprovação da eficácia do medicamento, capacitou a instituição e seus técnicos para a condução de outras pesquisas. Foram realizados, a partir de então, mais 40 estudos. Atualmente, sete pesquisas de medicamentos estão em andamento, envolvendo 230 voluntários. Entre elas está a Start, financiada pelo National Institutes of Health (NIH), dos Estados Unidos, que conta com a participação de 223 centros de saúde, em 35 nações de todos os continentes. “Esse estudo avalia qual é o melhor momento para iniciar tratamento antirretroviral nos pacientes soropositivos, conforme o nível de CD4”, conta Valdez. A Instituição também participa de estudos de duas novas drogas para tratamento de hepatite C em pacientes coinfectados com HIV: o faldaprevir e o telaprevir, ambos inibidores de protease do vírus da hepatite C.

Em busca da vacina contra a Aids

O mundo aguarda a vacina que irá conferir proteção ao vírus responsável pela pandemia de Aids. O CRT participa desde 2001 da Rede

Mundial de Ensaios de Vacina (HVTN), financiada pelo National Institutes of Health (EUA). Entre os projetos patrocinados pela HVTN está o estudo realizado em diversos países para avaliar a segurança de uma vacina anti-HIV. No Brasil, o CRT, a Universidade Federal do Rio de Janeiro e Universidade Federal de São Paulo conduzem a pesquisa, integrando esforços mundiais para a descoberta de um método seguro de prevenção da doença. Mas o vírus é desafiador. “Não vejo perspectivas animadoras, pelo menos para os próximos dez anos. Um dos grandes entraves para a descoberta da vacina é o poder de mutação do vírus e a dificuldade do organismo humano em desenvolver uma defesa efetiva contra o HIV”, esclarece Artur Kalichman, coordenador adjunto do CRT DST/Aids-SP.



Enquanto a vacina não chega, é preciso monitorar o tratamento e seus efeitos adversos. Para isso, o Ministério da Saúde deu início, em 2003, ao estudo Coorte Brasil, com a perspectiva de acompanhar por dez anos 5.313 pacientes de todas as regiões do país, em tratamento com antirretrovirais. O estudo em andamento avalia a efetividade das drogas, eventos clínicos e epidemiológicos, tempo de sobrevida e o surgimento de efeitos colaterais ou doenças relacionadas.

No âmbito nacional, esse projeto é coordenado pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Instituto de Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde. O CRT DST/Aids-SP encabeça o estudo no Estado de São Paulo e dele também participam os programas municipais DST/Aids de São Paulo e de São José do Rio Preto. “Esse é um estudo multicêntrico envolvendo 11 cidades das quatro regiões brasileiras, e 13 serviços ambulatoriais para a Aids. São Paulo contribui com 31,4% de voluntários”, informa Artur Kalichman.

A credibilidade do trabalho realizado pelo CRT DST/Aids-SP facilita a adesão de voluntários. Além de contar com um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) próprio, o CRT DST/Aids-SP tem em seu corpo técnico profissionais comprometidos com essa questão. O Brasil tem uma legislação entre as mais avançadas do mundo, que estruturou os organismos responsáveis por garantir a ética na pesquisa. Por meio de uma resolução federal de 1996, foi criado o Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), ao qual estão subordinados os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) das instituições de ensino e serviços de saúde. “Além de preservar princípios éticos, como garantia de sigilo, a legislação garante ao voluntário o acesso aos medicamentos pós-estudos”, esclarece Eduardo Lagonegro, coordenador do CEP do CRT DST/Aids-SP.

Exemplo de projeto cujo sucesso se deve à adesão de voluntários é o Sampa Centro, que reúne pesquisadores da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa, Unicamp, USP, Instituto Adolfo Lutz e Fundação Oswaldo Cruz, coordenado pela pesquisadora do CRT DST/Aids-SP Gabriela Calazans. “Trata-se de um estudo sobre comportamentos e práticas sexuais, acesso à prevenção do HIV e prevalência da

infecção pelo vírus entre gays, travestis e homens que fazem sexo com homens, frequentadores de espaços de encontro social na região central do município de São Paulo”, conta Gabriela. Ao todo, foram entrevistadas 1.217 pessoas, de novembro de 2011 a janeiro de 2012. Do total dos entrevistados, 778 aceitaram fazer o teste e, destes, 16% tiveram resultado positivo para o vírus da Aids.

Prevenção: tecnologias de ontem e de hoje

Prevenção e assistência sempre andaram de mãos dadas no combate à epidemia de HIV/Aids no país. Em 1983, em São Paulo, foi implantada a primeira medida de combate à Aids: o Disque DST/Aids (0800 16 25 50), o primeiro serviço desta natureza criado na América Latina e a primeira resposta governamental para o enfrentamento da epidemia. Até 1998, o serviço era oferecido por linhas telefônicas comuns.

A partir dessa data, foi implantado o sistema de atendimento gratuito (0800), oferecendo à população do Estado de São Paulo um canal gratuito de escuta, acesso a informações, orientações e aconselhamento sobre práticas de sexo seguro, serviços especializados para realização de teste anti-HIV e instituições governamentais e não governamentais que atuam na defesa dos direitos dos portadores de HIV/Aids. A implantação do serviço gratuito aumentou a possibilidade de acesso das populações mais vulneráveis à informação. Estes continuam em atividade até os dias de hoje com cerca de 1.000 ligações registradas por mês, aumentadas nos momentos de Campanha. Outra fonte de comunicação com a população é por e-mails, pelos quais as pessoas encaminham suas dúvidas. O disque DST/Aids também realiza atendimento presencial em escolas, empresas e com usuários

que desejam aprofundar a conversa sobre seu diagnóstico ou outra questão pertinente. Ressalta-se o alcance deste serviço que, apesar de estar organizado para atender ao estado de São Paulo, recebe diariamente ligações de estados de todo o país e eventualmente ligações internacionais. Além disso, por se tratar de canal gratuito via telefone e, por isso, a população ter condições de ligar de qualquer telefone fixo, celular ou orelhão, realiza oferta de informações para populações que não têm acesso a internet e têm dificuldades em acessar a rede de serviços de saúde.

Outra medida importante para o enfrentamento da epidemia foi a aprovação, em 1986, da lei nº 5/90 de 20/06/86, no Estado de São Paulo, que obrigou a realização de testes sorológicos para HIV em todos os bancos de sangue do Estado. No entanto, até o final de 1987, a aplicação da lei era bastante irregular e, somente em 1988, a lei nº 7.649, de 25/01/88, tornou obrigatória a triagem sorológica em todo o país.

Nesse período, as ações de prevenção eram direcionadas principalmente aos chamados grupos de risco – homossexuais masculinos, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis – e consistiam basicamente em transmitir informações sobre as vias de transmissão e os meios de não se infectar. Como a doença ainda era nova e havia poucos recursos financeiros, essas ações estavam restritas a reuniões, palestras, distribuição de folhetos e informações veiculadas pelos meios de comunicação.

Em 1988, com a criação do CRT-Aids, houve importante expansão, descentralização e consolidação das ações voltadas à prevenção. Nessa época, foi criada a área de “Educação e Treinamento”, e uma equipe para trabalhar especificamente com prevenção e capacitação

dos profissionais de saúde do Estado. O caráter das ações foi focado no desenvolvimento de atividades relacionadas à divulgação de informações por meio de campanhas, palestras e oficinas de trabalho para estimular e ensinar o uso de preservativo, já que naquele momento era importante estimular práticas sexuais seguras. Simultaneamente, passou-se a realizar ações direcionadas aos chamados grupos de risco.

A partir de 1988, o conceito de grupos de risco passou a ser criticado tanto pelos profissionais de saúde que trabalhavam com Aids, quanto pelos grupos mais atingidos pela doença, e pelo estigma e exclusão que ela acarretava. Esse conceito mostrava-se insuficiente para explicar as possibilidades de risco/infecção pelo HIV e optou-se então pelo conceito de comportamento de risco, considerado mais amplo e apropriado. As estratégias de prevenção passaram a ter caráter de redução dos comportamentos de risco, baseadas na difusão de informações, controle dos bancos de sangue e estímulo ao uso de preservativos (Ayres et al., 1999).

Na década de 1990, iniciou-se em São Paulo um intenso programa de treinamentos das diversas instâncias estaduais, as cinco Coordenadorias de Saúde e os 65 Escritórios Regionais de Saúde, com o objetivo de qualificar os profissionais de saúde para serem interlocutores de DST/Aids junto aos municípios. Esse trabalho tornou-se possível devido ao recurso financeiro do POA I, II e III (Plano Operativo Anual), elaborado para execução de 1994 a 1998.

A área de Prevenção do CRT DST/Aids passou então a desenvolver e implementar ações programáticas no Estado de São Paulo, fundamentadas na noção de vulnerabilidade. Com a possibilidade dos recursos do Aids I (acordo de empréstimo de recursos financeiros entre o

Banco Mundial e o governo brasileiro) tornou-se possível contratar profissionais especializados para lidar com os aspectos culturais e sociais das DST/Aids, o que possibilitou a ampliação do trabalho de prevenção.

A equipe da área de Prevenção firmou seu compromisso com as populações de risco acrescido para a infecção pelo HIV (usuários de drogas, homossexuais e profissionais do sexo) e sob influência do modelo de construção de projetos, trazido pelos instrumentos de execução do POA, organizou-se para buscar respostas a fim de reduzir o impacto da epidemia de Aids nessas populações. O planejamento das ações de prevenção passou a ser organizado a partir da definição de populações prioritárias com o desenvolvimento de modelos de trabalho específicos para cada segmento. As intervenções resultantes desses modelos envolveram um intenso trabalho de campo e o estabelecimento de parcerias com outras áreas governamentais e sociedade civil organizada.

No decorrer dos anos 90, a área de prevenção apropriou-se dos mecanismos necessários para a construção de políticas públicas articuladas com os princípios do SUS, buscando equidade e universalização da atenção à saúde, o que culminou, em 2002, com a criação de três núcleos: atenção básica, populações mais vulneráveis e articulação institucional. O primeiro foi criado para integrar as ações de prevenção às DST/Aids com a rede de serviços de saúde da Atenção Básica.

O Núcleo de Populações mais Vulneráveis foi criado para ampliar e implementar políticas de prevenção para as populações que, historicamente, apresentam uma maior vulnerabilidade ao HIV/Aids. Esse fato demanda uma visão de trabalho profundamente vinculado à questão dos direitos sociais e a aspectos individuais.

O Núcleo de Articulação Institucional, por sua vez, foi constituído para estabelecer parcerias e articulações interinstitucionais visando desenvolver políticas e programas de prevenção às DST/Aids em diferentes instituições. Entre os principais parceiros estão as Secretarias de Educação e Administração Penitenciária. A partir de 2004, este núcleo foi absorvido pelo de populações mais vulneráveis.

Nos anos 2000, o trabalho da Prevenção utilizou-se dos conceitos de vulnerabilidade programática, social e individual para dirigir suas ações. Assim, temas que perpassam todos os segmentos da população como as questões étnico-raciais e religiosas passam a ser objeto de ações específicas.

O Núcleo de Populações Mais Vulneráveis, por meio de uma ação denominada de “Projetos Estratégicos” levou aos municípios a discussão sobre vulnerabilidades locais e, mediante repasse financeiro advindo do Ministério da Saúde (MS), instrumentalizou municípios e ONGs para a realização de ações e prevenção às DST/Aids, direcionadas aos segmentos de gays, travestis, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis. Esses projetos foram monitorados e muitas das ações previstas foram incorporadas nos planejamentos municipais por meio do então Planejamento de Ações e Metas (PAM), que se iniciaram em 2003 com a incorporação da Aids na política de incentivo do MS. Essa experiência foi sistematizada e resultou em uma publicação intitulada: “Vulnerabilidade – projetos estratégicos com populações vulneráveis”.

Outra publicação importante do Núcleo de Vulneráveis teve como foco a população de adolescentes – “Prevenção das DST/Aids em adolescentes e jovens: brochuras de referência para os profissionais de saúde”.

Nessa época, a criação de Grupos Técnicos de Trabalho (GT) foi uma estratégia bastante utilizada pela Gerência de Prevenção para o encaminhamento de questões específicas. Foi criado o GT etnias, que no processo de implantação da coleta do quesito raça-cor nos serviços de DST/Aids levou aos municípios a discussão sobre as questões étnico-raciais e suas vulnerabilidades, assim como a discussão sobre racismo-institucional. Um dos produtos do trabalho deste GT foi a publicação, em 2009, do livro “Qual é a sua cor ou raça/etnia? Perguntar não ofende, responder ajuda a prevenir” voltada para profissionais da rede de serviços do Estado, discutindo a importância, as formas de coleta do quesito raça/cor e o racismo institucional.

A estratégia utilizada para trabalhar a prevenção das DST/Aids junto às empresas foi a parceria com o Conselho Empresarial de Prevenção ao HIV/Aids do estado de São Paulo (Ceaid-SP), que atua mobilizando o segmento empresarial no enfrentamento da epidemia de HIV/Aids, pela realização de eventos regionais, participação em campanhas, grupos de trabalho, fóruns, discussões técnicas e elaboração de notas técnicas, como a do Pré-Natal do Homem.

O Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids – Nepaids, da Universidade de São Paulo, elaborou – em parceria com o Centro de Referência e Treinamento de DST/Aids – o curso “Especialização em Prevenção às DSTs/Aids no quadro da vulnerabilidade e dos Direitos Humanos”, com o intuito de estimular a formação de especialistas em prevenção para trabalhar na rede de serviços. Esse curso foi ministrado para cerca de 60 pessoas, no período de agosto de 2010 a janeiro de 2012.

Desde 2011, o Programa Estadual de DST/Aids, por meio da Área de Prevenção e do termo

de cooperação técnica entre OPAS e SES, vem desenvolvendo o projeto “Prevenção às DSTs/Aids em contextos de Vulnerabilidade” com o propósito de criar, testar e divulgar estratégias que possam ser aplicadas nos bolsões de pobreza e sejam adaptáveis para todo território do estado de São Paulo. Inicialmente, o projeto está sendo executado em conjunto com o Programa Municipal de DST/Aids de Itaquaquecetuba e, entre outras ações previstas pelo projeto, especialmente no que se refere à ampliação da disponibilização de preservativos, foram implantadas Estações de Prevenção, caracterizadas no projeto como pontos de distribuição de materiais educativos e insumos de prevenção. As Estações de Prevenção são reconhecidas pela comunidade como local para aquisição dos insumos e informações básicas por meio de cartazes informativos expostos. Entre as Estações de Prevenção implantadas, podemos contar com a parceria de bares, *lan houses* e pesqueiros, ou seja, estabelecimentos comerciais localizados próximos a vielas, escolas e em áreas onde há socialização de homens que fazem sexo com homens e locais de trabalho de profissionais do sexo, tanto do gênero feminino quanto do gênero masculino.

Ainda no ano de 2011, técnicos das Secretarias Estaduais da Saúde (SES) e Educação (SEE) trabalharam na elaboração de projetos conjuntos. Um dos projetos relaciona-se com as ações de Prevenção às DSTs/Aids nas escolas. Um dos produtos das discussões conjuntas da SES e SEE foi a elaboração da Resolução Conjunta SS/SE – 1, de 11 de outubro de 2011 (Diário Oficial, Poder Executivo – Seção I – quarta-feira, 12 de outubro de 2011, página 49) que dispõe sobre a implementação de projetos educativos nas escolas públicas estaduais para a promoção e preservação da saúde. Em seu Artigo 1º, essa resolução estabelece que uma dessas ações conjuntas diz

respeito ao fortalecimento da Prevenção às DSTs/Aids e à Gravidez na Adolescência, nos Ensinos Fundamental e Médio.

Com o avanço da epidemia entre usuários de drogas não injetáveis, foi necessária a criação de novas estratégias de prevenção voltadas a essa população. Elaborou-se, em 2012, uma proposta de trabalho para dar acesso e atender às gestantes usuárias de crack e outras drogas, com o objetivo de diminuir a transmissão vertical da sífilis e do HIV. Essa proposta foi pensada em conjunto com alguns municípios e, por sua complexidade, trouxe a necessidade de novas integrações, além das realizadas dentro do setor saúde, como com as Secretarias de Justiça e Desenvolvimento Social. Propõe diversas ações como pré-natal adequado a essas gestantes; oferecimento de anticoncepcionais injetáveis (Implanon, com duração média de 3 anos) e a criação de casas de acolhimento onde estas gestantes possam receber apoio e tratamento – durante a gestação e nos primeiros meses após o nascimento da criança –, e traz em seu cerne a proposta de manutenção do binômio mãe-filho como estratégia de fortalecimento dessas mulheres.

Com o passar dos anos, o perfil da epidemia de Aids foi se modificando e as ações de prevenção foram adequando-se às novas realidades. Assim, a prevenção, que inicialmente voltava-se aos então chamados “grupos de risco” da epidemia, ampliou-se, voltou-se para as mulheres, para a prevenção vertical, para os jovens e, em determinados momentos, até para a população de idosos.

Atualmente, por meio de estudos epidemiológicos, cientes de estar lidando, em nosso meio, com uma epidemia concentrada, retoma-se a proposta de centrar as ações de prevenção em grupos prioritários, como HSH e profissionais do sexo,

populações estas que apresentam incidência do HIV muitas vezes maior do que a população geral, buscando reduzir a incidência do HIV nesses segmentos populacionais e impactar a epidemia como um todo.

Buscando dar respostas a essas necessidades, o PE DST/Aids, em consonância com o DN DST/Aids, elaborou os planos de enfrentamento da epidemia em segmentos com risco acrescido à infecção. Em conjunto com os municípios, sociedade civil e outros parceiros governamentais, sendo coordenados pela Gerência de Prevenção, temos o Plano de Enfrentamento da Epidemia de Aids entre as Mulheres e o Plano Estadual de Enfrentamento da Epidemia de Aids e controle das DSTs entre Gays, Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e Travestis. Estes planos estão em vigência desde 2008 (mulheres) e 2009 (gays e travestis) e embora tenham sido pensados para um período de execução em quatro anos, estão sendo monitorados e estrategicamente já foram prorrogados até 2015.

O Plano de Enfrentamento da Epidemia de Aids entre as Mulheres vem desenvolvendo ações no sentido de diminuir a incidência das DSTs/Aids, assim como as vulnerabilidades das mulheres, focando especialmente as gestantes, mulheres profissionais do sexo, mulheres privadas de liberdade, mulheres negras e mulheres em situação de violência. Em 2013, foram realizados três fóruns regionais (Ribeirão Preto, Registro e Baixada Santista) para discussão de vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids, com municípios e ONGs.

Dentre as ações que vêm sendo desenvolvidas no bojo do plano, direcionado aos gays e travestis, podemos destacar o investimento em um plano de comunicação que passa não só pela criação de materiais informativos, como também

pela realização de uma campanha de visibilidade positiva das travestis, intitulada “Travesti e Respeito: Olhe e veja além do preconceito”, a qual comporta além de materiais impressos a criação de um *hotsite* e *web banner* para sites parceiros.

Outra frente de trabalho tem sido o incentivo à testagem ao HIV com vistas ao diagnóstico precoce e a ampliação do acesso aos insumos de prevenção (preservativos e gel lubrificante) com indicação de buscar parcerias para colocá-los em locais de sociabilidade como bares, boates etc. e locais de sexo como saunas, cinemas de pegação etc. Investimentos na ampliação da divulgação e do acesso à profilaxia pós-exposição (PEP) também têm sido realizados. Criou-se um *hotsite* para a PEP, em que a rede credenciada de referência para o atendimento pode ser localizada, além de informações sobre o procedimento e espaço para tirar dúvidas. Materiais informativos direcionados ao público-alvo, aos profissionais de saúde e aos serviços de referência estão sendo produzidos. Tem se buscado parcerias com universidades para a realização de pesquisas com o objetivo de conhecer melhor esses grupos populacionais, suas demandas, necessidades em saúde e sua vulnerabilidade às DSTs e Aids. Há, paralelamente, um esforço no sentido de combater a homofobia, sabidamente um fator de vulnerabilidade para esta população. Isto tem sido possível por meio da parceria com a Secretaria de Justiça e Defesa da Cidadania (SJDC), na qual se insere a Coordenação de Políticas para a Diversidade Sexual. Várias ações conjuntas têm ocorrido e, mais recentemente, a assinatura de um Termo de Cooperação entre SES e SJDC permitirá o oferecimento de um curso de educação à distância (EAD) em Diversidade Sexual e Cidadania para os profissionais da saúde do SUS no Estado de São Paulo.

Outras parcerias governamentais se colocam como importantes para o alcance dos objetivos propostos como a Educação, Assistência Social, Trabalho e Renda, Segurança Pública, entre outras. Atualmente, está em elaboração o 2º Plano Estadual de Combate a Homofobia por parte do Comitê Intersecretarial de Defesa da Diversidade Sexual do qual a SES faz parte e juntamente com mais 10 secretarias de governo divide a tarefa de propor metas e ações no âmbito de sua secretaria e outras transversais que contribuam para a diminuição das vulnerabilidades dos LGBT.

Observa-se, ainda, com o passar do tempo, que as clássicas tecnologias de prevenção já não são capazes de avançar, sozinhas, na redução da incidência das DSTs/Aids. Acrescem-se novas tecnologias, chamadas biomédicas, como o uso de antirretrovirais com a finalidade de prevenção, tanto como tratamento de indivíduos HIV positivo para diminuição da carga viral e redução da transmissão sexual, quanto como profilaxia pós-exposição sexual (PEP) para indivíduos que se expuseram a uma relação de maior risco para aquisição do HIV. Há outras tecnologias biomédicas que não foram definidas como política pública no Brasil, como a proposta de circuncisão.

Aliadas às tecnologias biomédicas, novas formas de abordagem das pessoas – como a proposta de ampliar o leque de discussões e opções de prevenção, partindo da utilização em larga escala do teste anti-HIV e do princípio da autonomia dos indivíduos – são colocadas como estratégias de prevenção às DSTs/Aids.

A realização de Fóruns Regionais de Prevenção tem sido utilizada como uma importante forma de levar aos municípios e regionais de saúde a discussão sobre as diretrizes e ações de prevenção às DSTs/Aids propostas

pelo Programa, mediante sua Gerência de Prevenção. Nesse momento, compartilha-se com a rede ações e propostas trazidas pelos municípios e regionais de saúde, oportunizando a troca de conhecimento e experiências entre os diversos níveis de coordenação dos programas de DST/Aids.

É preciso planejar, monitorar e treinar

As respostas obtidas dentro do CRT DST/Aids e nos serviços de saúde municipais e estaduais que atendem portadores de HIV/Aids devem-se a um conjunto de fatores, entre eles investimento em formação e capacitação de técnicos de todos os níveis, áreas e unidades que compõem o Programa Estadual DST/Aids. Para coordenar o treinamento dos profissionais da instituição e do Estado, a área de RH do CRT DST/Aids é composta por uma equipe matricial, com profissionais das diversas gerências, com ações centradas na formação de profissionais que trabalham com portadores de HIV/Aids de forma mais ampla possível, desde a capacitação para o manejo de antirretrovirais a questões como acolhimento, adesão, qualidade, humanização e outros temas.

Esta gerência tem por objetivos desenvolver, implantar e acompanhar estratégias políticas e metodologias abrangentes e estabelecer dispositivos administrativos, atitudes gerenciais que reconheçam: a importância intrínseca das pessoas; a interdisciplinaridade das ações; a motivação, o compromisso e a saúde psicossocial; o envolvimento dos profissionais, equipes e gestores; dispositivos democráticos de participação dos usuários; humanização e qualidade dos serviços prestados. A Gerência de RH conta também com os seguintes setores: comunicação interna, estágios, qualidade,

educação e desenvolvimento. Nos últimos anos, a Gerência de RH foi responsável ainda pela tarefa de coordenar a criação de dispositivos para ampliar a participação dos usuários e dos trabalhadores da instituição com a criação do Conselho Gestor. É importante citar também a participação desta área na constituição do Conselho de Bioética da Instituição.

“Ao longo do processo, a equipe da Gerência de RH aprendeu que para fazer gestão de pessoas é preciso uni-las em torno de um projeto coletivo, buscar novos sonhos, uma nova visão de mundo. Para isso, foi preciso investir em comunicação interna e externa, sensibilizar e integrar os mais diversos atores sociais em torno de um ideal comum”, observa André Correa, gerente de Recursos Humanos. Para atingir as metas é preciso autorreconhecimento e dedicação à missão da Instituição. É necessária atenção aos processos e condições de trabalho, ou seja, cuidar dos colaboradores, tanto no aspecto da saúde do trabalhador como na sua formação. “Esse cuidado deve ser diariamente reforçado por meio de investimentos realizados em capacitação e desenvolvimento internos, criação de dispositivos de participação, realização de atividades de lazer, assistência social a colaboradores, novas estratégias de comunicação e estímulo à produção de conhecimento técnico”, conclui. Nesse sentido, diversas ferramentas tecnológicas e de gestão vêm sendo desenvolvidas ao longo desses anos, tendo como diretriz os conceitos de interdisciplinaridade, matricialidade, intersetorialidade e humanização no serviço. “São muitos os desafios dentro do serviço público de saúde, no que se refere à gestão e formação dos profissionais”.

Para assessorar a Coordenação Estadual DST/Aids na gestão e planejamento das ações em

DST/Aids no Estado de São Paulo, no âmbito do SUS e da articulação com a sociedade civil, foi criada em 2002, a área de Planejamento. Entre as atribuições dessa assessoria destacam-se o monitoramento e avaliação das Programações Anuais de Metas dos municípios e do Estado, o estímulo à formulação do planejamento estratégico nas Coordenações Municipais de DST/Aids, a articulação com as demais instâncias da SES para implementação de ações em DST/Aids e por fim, a articulação com a sociedade civil para o aprimoramento das formas de parcerias e alianças estratégicas entre as organizações da sociedade civil e o poder público. Atualmente, o Programa Estadual conta com o Fórum de Gestores para aprimoramento das Políticas de DST/Aids. O Fórum de Dirigentes é formado por 145 municípios qualificados na Política de Incentivo, os 27 GVEs e representantes da Sociedade Civil Organizada e parceiros estratégicos. Conta ainda com uma instância intermediária, a Comissão de Gestão Participativa com representações regionais de municípios, sociedade civil e interlocutores dos Grupos de Vigilância Epidemiológica da SES. “Esses mecanismos permitem uma gestão articulada e aberta na formulação e viabilização das grandes linhas de ação desenvolvidas no Estado”, explica a gerente da Área, Vilma Cervantes.

Experiências compartilhadas

Na última década, a resposta brasileira à epidemia de Aids ganhou o mundo. O Brasil foi convidado a compartilhar sua experiência em vários fóruns de discussão internacionais e houve uma intensa troca com vários países. Inúmeras delegações internacionais vieram a São Paulo conhecer de perto as estratégias de prevenção e assistência que reduziram a

transmissão vertical do HIV e a mortalidade por Aids em adultos.

O Ministério da Saúde promoveu a visita de parlamentares, gestores e técnicos de quase 40 países ao CRT DST/Aids-SP: África do Sul, Angola, Argentina, Bolívia, Barbados, Botsuana, Chile, China, Colômbia, Congo, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Equador, Estados Unidos, Gana, Guatemala, Holanda, Honduras, Índia, Japão, Malawi, Moçambique, Namíbia, Nicarágua, Panamá, Peru, Quênia, República Dominicana, Rússia, Senegal, Suriname, Tailândia, Tanzânia, Ucrânia, Uruguai e Zâmbia. Algumas visitas consistiram em treinamentos de 15 a 30 dias, organizados pelo CRT, nos quais se apresentou a gestão pública, a organização dos serviços no Brasil e em São Paulo e o relacionamento entre governo e sociedade civil no enfrentamento da epidemia.

Especialistas brasileiros também têm levado sua experiência a outros países. Maria Clara Gianna, coordenadora do Programa Estadual DST/Aids-SP, por exemplo, esteve em Angola em 2003, 2004, 2005 e 2008, para auxiliar na elaboração de um plano estratégico nacional para HIV e uma proposta para o Fundo Global de Luta contra Aids, Tuberculose e Malária. Em 2007, esteve em Moçambique para dar consultoria na área de saúde e prevenção das DSTs/HIV/Aids nas escolas. Técnicos das áreas de assistência, planejamento e recursos humanos estiveram em vários países africanos e sul-americanos compartilhando conhecimentos e experiências.

Trabalho em parceria com a sociedade civil

Para ampliar ainda mais o campo de ação, em 2002, foi construída e sistematizada a articulação entre Governo e sociedade civil organizada no

Estado de São Paulo, que se consolidou com a constituição do Núcleo de Articulação com ONG e com a criação de um Grupo de Trabalho assessor para a Articulação OG/ONG (Organizações Governamentais/Não Governamentais). Naquele ano existiam aproximadamente 300 ONG (filiadas e não filiadas) realizando trabalhos de atenção e prevenção relacionados às DSTs/Aids. Com isso, surgiu a necessidade de acompanhar o andamento desses trabalhos, em especial as ações financiadas com recursos do Programa Nacional de DST/Aids – Ministério da Saúde.

O Núcleo de Articulação com ONG tem como principais atribuições: coordenar o Grupo de Trabalho OG-ONG, em que são debatidas e formuladas propostas pactuadas entre gestores municipais, estaduais e a sociedade civil; oferecer apoio técnico para elaboração e execução de projetos; acompanhar os processos de seleção pública de projetos e, principalmente, promover, ampliar a aprimorar a interlocução e a efetivação de parcerias institucionais da sociedade civil com os programas governamentais Municipais, e Estaduais, do Fórum de ONG/Aids do Estado, da Rede Estadual de Pessoas Vivendo com HIV/Aids e do Fórum Paulista LGBT e Movimento Nacional de Cidadãs Positivas.

Ao longo dos últimos cinco anos, o Grupo de Trabalho, composto por representantes de Gestores e da sociedade civil, tem sido um espaço democrático no sentido de construir conjuntamente respostas à epidemia de HIV/Aids. Ele promove com esta prática a melhor qualificação dos projetos aprovados nas seleções, uma vez que aproxima Municípios e ONG para a construção de respostas locais e o seu acompanhamento mais próximo e individualizado.

Ao todo, os processos de seleção pública de projetos de DST/HIV/Aids apresentados por organizações da sociedade civil, realizados desde o ano 2000 já envolveram a apresentação de mais de mil projetos. Destes, foram selecionados cerca de 400 projetos. O processo de seleção é aberto, com a publicação de um Edital no Diário Oficial do Estado e amplamente divulgado. A seleção dos projetos a serem financiados é realizada por um Comitê Seletivo Externo de Especialistas, indicado pelos integrantes do Grupo de Trabalho, em que os diferentes olhares se somam, resultando em ações criativas e efetivas frente às necessidades cotidianas trazidas pela resposta a ser dada à epidemia no Estado. A partir de 2003, consolidou-se esse movimento com o repasse de recursos do Ministério da Saúde para as ações em DST e Aids, por meio do Incentivo Fundo a Fundo para os Estados.

Além dos projetos financiados pela seleção, o Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo elabora e monitora o Plano Estadual para casas de apoio para adultos vivendo com HIV/Aids, recursos provenientes da política de incentivo (Portaria GM nº 1824). Atualmente, são 38 casas de apoio de adultos vivendo com HIV/Aids distribuídas em 17 municípios, além de 20 casas de crianças e adolescentes com HIV/Aids. “Essa descentralização do financiamento das ações para o nível estadual possibilitou a construção coletiva de políticas públicas, envolvendo diversos atores, o que enriqueceu o processo de trabalho, tornando-o mais legítimo, e possibilitou a participação ativa da Sociedade Civil Organizada nas propostas de políticas públicas de controle das DSTs”, observa Jean Dantas, do Núcleo de Articulação com ONG.