

Política Pública para aids no Estado de São Paulo



Fachada do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP

No início dos anos 80, surgiram os primeiros casos de aids no Brasil. Nessa época, ainda sob regime militar o movimento sanitário e os movimentos sociais debatiam com vigor as questões relacionadas as políticas públicas de saúde. Organizações comunitárias, estudantes, acadêmicos, cientistas e profissionais da saúde denunciavam às autoridades e à sociedade a situação crítica em que se encontravam os serviços de atenção a saúde pública, a falta de acesso da maioria da população não coberta pelo sistema previdenciário e os níveis dramáticos das epidemias e endemias. O movimento sanitário, que atuava desde a década de 1960, e a sociedade civil organizada reivindicavam que a saúde fosse considerada um direito universal e um dever do estado. Progressos eram obtidos gradualmente, na medida que avançava o processo de distensão

política. Em 1983, com a primeira eleição direta para governador, depois do golpe de 1964, a Secretaria de Saúde de São Paulo foi reorganizada por gestores e técnicos progressistas que comungavam valores democráticos e as propostas do movimento sanitário. A aids ainda era desconhecida pela população e pela maioria dos profissionais de saúde.

Nesse cenário, ativistas do movimento pelos direitos dos homossexuais e alguns profissionais da saúde começaram a pressionar a Secretaria de Saúde frente a nova doença que, em alguns países, já se caracterizava como epidemia.

Diante desta demanda, a Secretaria do Estado da Saúde constituiu um grupo de

trabalho, composto por técnicos de diversas áreas da instituição, médicos sanitaristas, infectologistas, biólogos e especialistas da área social. As propostas do grupo foram acatadas na íntegra pelas autoridades, posto em prática imediatamente.

Para dar conta da urgência em termos de saúde pública foi criado em 1983, o Programa Estadual de Aids (PE/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.

Foi estruturado um programa que buscava, além de articular técnicos e comunidades afetadas, integrar as ações de prevenção, assistência e vigilância epidemiológica. Vale destacar ainda o caráter multiprofissional da assistência prestada aos pacientes.

Uma das primeiras medidas adotadas em 1983, foi a criação do Serviço Disque Aids – a primeira iniciativa dessa natureza na América Latina. O serviço tinha por finalidade repassar informações técnicas e esclarecer as dúvidas da população sobre aids, na época considerada uma “estranha doença dos homossexuais”.

Esta equipe passou então a constituir o Programa Estadual de Aids. A coordenação ficou a cargo da Divisão de Hanseníase e Dermatologia Sanitária do Instituto de Saúde (DHDS). Referenciais éticos, legais e políticos sustentaram a posição da Secretaria Estadual de Saúde no sentido de viabilizar

prontamente as propostas do grupo, atender a reivindicações do movimento e garantir a participação da comunidade reconhecendo a legitimidade da demanda sem posturas discriminatórias e preconceituosas



Equipe pioneira: os médicos Paulo Roberto Teixeira, Rosana Del Bianco e Walkyria Pereira Pinto.

O que, sem dúvida, favoreceu este processo foi o fato dos profissionais chamados a coordenar o grupo terem como experiência o trabalho com a hanseníase, historicamente vinculada ao medo do contágio, ao estigma e discriminação.

Até 1987 não existia uma equipe organizada especificamente para coordenar e desenvolver atividades de prevenção. Estas ações consistiam inicialmente no repasse de informações aos chamados “grupos de risco” – populações mais vulneráveis a infecção. Não havia recursos financeiros, com isso as ações se limitavam a reuniões, palestras, distribuição de folhetos e informações veiculadas pela mídia.

Enquanto isso, a mudança na percepção social da saúde como direito de cidadania foi tomando força e preparando o campo para um novo cenário político do país. O lema “saúde, direito de cidadania e dever do estado” acabou provocando uma discussão em torno do conceito de saúde – diferente da visão tradicional para a qual a “saúde

seria a ausência relativa de doença”. É neste contexto que se realizou a VII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que definiu saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”. Partindo deste amplo conceito de saúde esta conferência apontou para a necessidade de uma reformulação profunda do sistema de saúde, o que convencionou-se a chamar “a reforma sanitária”. As questões colocadas neste período suscitaram acalorados debates até que, em 1988, a constituição brasileira reconheceu formalmente a saúde como direito social de cidadania.

A organização do Programa Estadual e a pressão da opinião pública possibilitou a aprovação da lei no Estado de São Paulo (n.5/90 de 20/06/86) obrigando a realização de testes sorológicos em todos os bancos de sangue do estado. Até final de 1987, a aplicação da lei era bastante irregular. Somente em 1988, a lei 7.649 de 25/01/88, tornou obrigatória a triagem sorológica em todo o país.

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 acelerado 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.

A criação do CRT permitiu aprofundar os vínculos entre as estratégias de gestão do cuidado clínico individual à gestão programática e fazê-las operar a partir de uma mesma e nova plataforma tecnológica e institucional, para obter maior alcance e eficácia.

Na época, o CRT era o maior ambulatório de aids do país, que funcionava com equipes multiprofissionais, médicos infectologistas e de outras especialidades, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. O CRT também foi pioneiro na consolidação de um serviço de atendimento odontológico para pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), iniciado em 1984, no Instituto de Saúde. Diante da crescente demanda por leitos de internação, o CRT implantou desde o início o serviço de hospital-dia, alternativa assistencial inédita para aids.

Em 1990 foi publicada a lei que regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Fruto das conquistas do movimento da reforma sanitária, o SUS foi criado pelo texto constitucional de 1988. Pela primeira vez na história, o estado se compromete com o discurso da cidadania plena e universal, garantindo ao setor de saúde os seguintes princípios: universalidade, integralidade da atenção, participação e descentralização com

comando único em cada esfera de governo visando a promoção da saúde global do cidadão.

Entre 1988 e 1992, com a coordenação e o suporte do CRT, ocorreu o primeiro grande ciclo de expansão e descentralização da rede de cuidado em aids no estado. Esse primeiro ciclo teve como contexto a pressão decorrente da rápida expansão da epidemia e do número de PVHA, demandando acompanhamento nas grandes cidades do estado, e a progressiva incorporação da assistência individual e de seu acesso universal por meio das secretarias.

Nesse período inicial, embora o Programa Nacional de Aids já existisse, até o final de 1991, não foi enviado nenhum suporte financeiro, técnico ou político para a descentralização do cuidado. Da mesma forma, com exceção de alguns serviços dos municípios de Santos e São Paulo, que já contavam desde 1989 com programas municipais de aids, a maior parte da rede assistencial já existente ou criada estava sob gestão estadual ou das universidades.

Em 1994, 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).

No mesmo ano começa o acordo de empréstimo com o Banco Mundial, os programas municipais são ampliados, e os já existentes se fortalecem. Para estruturar a rede investiu-se no fortalecimento do interlocutor municipal. Iniciou-se também reuniões coletivas, com a criação do fórum de dirigentes – espaço de discussão, negociação e construção de uma resposta democrática.

O primeiro acordo de empréstimo com o BM envolveu 17 municípios prioritários do Estado de São Paulo, elegíveis por critérios epidemiológicos para celebrar convênios com o MS e receber recursos no âmbito do Aids I, no período de 1993 a 1997 (Teixeira, 1977). Assim, o MS passou a fazer contato direto com esses municípios, os quais, por sua vez, deram um salto organizativo e passaram a contar com equipes e Programas de Aids mais bem estruturados. Esse mesmo processo também forçou a uma reorganização da Coordenação do Programa Estadual.

Em 1995, o CRT DST/Aids consolida-se como sede da Coordenação do Programa Estadual de DST/Aids. No ano de 1995, foram tomadas duas decisões estratégicas que colocaram o CRT e o programa de aids em evidência. A primeira foi o estabelecimento de uma rede laboratorial para contagem de CD3, CD4 e CD8, para dar suporte ao manejo clínico das PVHA acompanhadas no SUS, a segunda foi buscar ativamente e conseguir participar do primeiro protocolo de Fase III de um medicamento ARV realizado no Brasil.

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 (CCD).

A partir de 1998, com o segundo acordo de empréstimo (Aids II), 18 municípios prioritários foram acrescidos, somando-se

um total de 37 Programas Municipais de Aids: Araçatuba, Araraquara, Barretos, Barueri, Bauru, Bebedouro, Caçapava, Campinas, Catanduva, Cubatão, Diadema, Franca, Guarujá, Guarulhos, Jacareí, Jundiaí, Marília, Mauá, Osasco, Piracicaba, Praia Grande, Presidente Prudente, Ribeirão Preto, Rio Claro, Santo André, Santos, São Bernardo do Campo, São Carlos, São José do Rio Preto, São José dos Campos, São Paulo, São Sebastião, São Vicente, Sorocaba, Taquaritinga, Taubaté (São Paulo, 2001).

Na época, o fórum de dirigentes foi a principal estratégia sistemática de articulação e pactuação, e um importante espaço coletivo de deliberação e formulação das políticas e ações programáticas em âmbito estadual. Este fórum mantém-se até hoje e desempenha um importante papel na organização e atuação do Programa no Estado. Também participaram do Fórum representantes do Fórum ONGs/Aids, das Redes de Pessoas vivendo com HIV/aids e Fóruns LGBT, além dos programas ou áreas técnicas da Secretaria de Estado da Saúde-SP (Instituto Adolfo Lutz, Instituto de Infectologia Emílio Ribas, Tuberculose, Hepatites, Saúde da Mulher, Criança, Atenção Básica, outras Secretarias de Estado (Educação, Assistência Penitenciária, Justiça etc), o Ministério da Saúde e Universidades.

O período de 1995 a 2000 foi de “ebulição” e propiciou ao CRT, no âmbito estadual, a construção de novas estratégias e arranjos de gestão programática, suporte e articulação técnica e política junto às regiões, municípios, serviços, universidades e organizações não governamentais, entre eles o primeiro Planejamento Estratégico do Programa de DST/AIDS do Estado de SP. O processo

de elaboração foi realizado entre os anos 2000 e 2001 e representou a formalização e explicitação na forma de um Plano Estratégico de um conjunto de conceitos norteadores, estratégias, objetivos e de ações programáticas que já vinham sendo utilizados, e outros a ser desenvolvidos no SUS-SP para a resposta à epidemia de aids.

Esse processo de construção coletiva do Planejamento Estratégico em um mesmo movimento reconhecia o protagonismo, a importância e o papel de cada um dos participantes (municípios, organizações não governamentais, outros parceiros) a partir de sua inserção político-institucional, e implicava todos na construção e gestão democrática e colegiada do Programa. Dessa maneira, exercendo seu papel de coordenação, o CRT pôde mais uma vez criar um espaço de negociação e de elaboração que reforçava o vínculo e a responsabilidade de todos os sujeitos implicados com o planejamento e a gestão.

O Programa de Aids de SP tem também, no início dos anos 2000, um modelo e uma rede de atenção orientada pela busca de cuidado integral e estruturada, operando de forma descentralizada e regionalizada, e garantindo o acesso a terapia antiretroviral (TARV). Passou-se a trabalhar na implantação de propostas, arranjos e dispositivos baseados nas elaborações trazidas pela Clínica Ampliada, no CRT. Desde então, o CRT trilha o caminho da qualificação da rede, dos seus espaços de gestão e organização e do cuidado ofertado pelas equipes às PVHA acompanhadas nos serviços. Identificarei, na perspectiva da busca pela integralidade, marcos e desafios importantes colocados

para a gestão da rede de atenção em HIV/aids na primeira década dos anos 2000.

Pode-se vislumbrar a intenção de estabelecer políticas voltadas à institucionalização e sustentabilidade das ações do Programa de DST/AIDS no SUS. Não existiriam mais Plano Operativo Anual (POA) nem as contrapartidas financeiras da época dos convênios.

Os Estados e municípios qualificados para a política de incentivo, a partir de critérios epidemiológicos e organizativos derivados da NOAS/02, passariam a elaborar Planos de Ações e Metas (PAM) anuais que teriam de ser aprovados nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, e validados posteriormente na CIB de cada estado. Nesses Planos seria detalhada a destinação do recurso a ser recebido, bem como as responsabilidades e recursos próprios a serem aportados pelo Estado ou município para as ações de DST/AIDS.

A nova política ampliou também de forma significativa o número de municípios elegíveis para receber os recursos do incentivo fundo a fundo, que representavam 95% dos atingidos pela epidemia naquele momento no país. Entre 2003 e 2004, 145 municípios paulistas foram qualificados e passaram a receber os recursos do incentivo. Até então, somente os 37 municípios incluídos no Aids II, iniciado em 1998, recebiam repasses financeiros do MS. O repasse anual médio durante o Aids II para a SES-SP e as 37 SMS foi de cerca de R\$ 19 milhões, enquanto o valor repassado no primeiro ano da Política de Incentivo, 2003, foi de cerca de R\$ 30 milhões (MS, 2002).



Maria Clara Gianna e Rosa de Alencar Souza - Coord Adjuntas do PE DST/AIDS - SP com Artur Kalichman - Coord. PE DST/AIDS - SP

Essa configuração, com 145 municípios prioritários no Estado de São Paulo fazendo parte da Política de Incentivo para DST/AIDS do MS se manteve até a atualidade, e levou a algumas mudanças nas estratégias de gestão das ações programáticas no Estado junto às instâncias e interlocutores regionais da SES-SP e às Coordenações dos Programas Municipais de DST/AIDS.

Nessa nova configuração, foi ficando clara a complexidade de manter as reuniões trimestrais regulares do Fórum de Gestores do Programa. O grande número de participantes colocava dificuldades logísticas, e também para a dinâmica, participação e produtividade das discussões nas reuniões. Como solução, foi então criada em 2006 a Comissão de Gestão Participativa, a COGESPA.

Ao longo de 35 anos de epidemia, a Coordenação do Programa Estadual de DST/AIDS-SP, apoiada na estrutura do CRT DST/AIDS-SP, tem sido responsável pela implementação, articulação, supervisão e monitoramento das políticas e estratégias relativas às DST/AIDS, nas áreas de Prevenção, Assistência, Vigilância

Epidemiológica, Apoio as Organizações da Sociedade Civil e Casas de Apoio, em todo o Estado de São Paulo.

Desde seu princípio, o PE DST/Aids-SP 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. E atua de forma coordenada com 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 da vulnerabilidade 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-SP sempre contou com representantes da sociedade civil atuando nos GT (grupos de trabalho), Comitês Técnicos e na definição da lógica para apoio/financiamento de projetos desenvolvidos por ONG e no acolhimento e abrigo de crianças, adolescentes, jovens, adultos vivendo com HIV/aids em Casas de Apoio.

CONSELHO GESTOR

O Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP foi um dos primeiros serviços da Secretaria de Estado da Saúde de São

Paulo a implantar um Conselho Gestor (Coges). A criação do Conselho faz parte da política de Humanização da instituição que está em consonância com a Política Nacional de Humanização, o HumanizaSUS.

O Conselho Gestor do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids foi instituído em dezembro de 2005 nos termos da Lei Municipal nº 13.325 de 9 de Fevereiro de 2002, regulamentada pelo Decreto Municipal nº 42.005/2002, em consonância com as Leis Federais 8080/90 e 8142/90, com a Lei Estadual Complementar 791/95 e Resolução nº 333 do Conselho Nacional de Saúde.

Em sua definição, o Coges conta com funções deliberativas, normativas, fiscalizadoras, consultivas e tem como objetivos básicos: estabelecer, acompanhar, controlar e avaliar a política de saúde, os recursos humanos, a qualidade de assistência prestada aos usuários, os aspectos econômicos e financeiros, constituindo-se no órgão colegiado máximo do CRT DST/Aids-SP.

Trata-se de um órgão de caráter permanente e deliberativo (tem poder decisório dentro daquilo que pertence à sua esfera de competência), composto por representantes da administração, dos funcionários e dos usuários do hospital.

Como diretriz da Política Nacional de Humanização é um espaço que assegura a participação dos trabalhadores e usuários nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando a produção de saúde, como também a democratização da gestão dos serviços e incentivo ao protagonismo dos

sujeitos. Desde 2012, o Conselho Gestor integra o projeto “Hospitais de Referência em Humanização”, proposto e desenvolvido pelo Núcleo Técnico de Humanização da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que visa disseminar ações de Humanização com reconhecido valor para a melhoria dos processos assistenciais e de gestão nas unidades de saúde. Os principais objetivos do projeto são: dar apoio técnico e metodológico para qualificação de ações das instituições de referência e compartilhar estas experiências com as demais instituições hospitalares.

Formação do Conselho

O Conselho Gestor tem uma composição tripartite: 50% são representantes dos usuários, 25% da administração e 25% dos trabalhadores. O Coges do CRT DST/Aids-SP é composto por 32 representantes divididos em 8 representantes da Diretoria Técnica do CRT DST/Aids-SP, sendo 4 membros titulares e 4 membros suplentes; 8 representantes dos Trabalhadores do Sistema Único de Saúde em efetivo exercício no CRT, sendo 3 membros titulares, 3 membros suplentes e 2 representantes do Núcleo do Sindicato dos Funcionários da Secretária de Estado da Saúde (SINDSAUDE) do CRT DST/Aids-SP; 16 representantes dos usuários do CRT DST/Aids-SP, sendo 6 membros titulares, 6 membros suplentes, 2 representantes do Fórum de Organizações Não Governamentais do Estado de São Paulo (Fórum ONGS/AIDS-SP), e 2 representantes do Núcleo do Município de São Paulo da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV (RNP+).

O Conselho pode realizar eventos de saúde com a participação de todos os usuários,

trabalhadores do Sistema Único de Saúde, gestores públicos, movimentos e entidades interessadas na questão DST/HIV/aids, que servirão como referência para sua atuação. Caberá ao gestor viabilizar os recursos financeiros, humanos e de infraestrutura, para a realização destes eventos, de acordo com a dotação orçamentária do CRT DST/Aids - SP. O Coges pode instituir grupos de trabalho com finalidades específicas, tantos quantos se façam necessários, com duração pertinente e sempre respeitando a paridade.

Trata-se de um órgão permanente e deliberativo que opina sobre matérias referentes à regulamentação e fiscaliza a regularidade dos atos e procedimentos da instituição.

Os Conselheiros Titulares tem por competência: participar das reuniões ordinárias e extraordinárias; votar as matérias que forem submetidas à plenária, quando da ausência de seus titulares; desempenhar as atividades que lhe forem atribuídas pelo Presidente; propor ou requerer esclarecimentos aos assuntos em estudo pelo Conselho Gestor; propor pontos de pauta a serem encaminhados à Presidência; reportar-se aos segmentos por eles representados, previa e posteriormente a cada reunião ordinária ou extraordinária do Conselho Gestor, mantendo-os informados das matérias e expedientes.

Aos Conselheiros Suplentes compete: substituir seus titulares em suas faltas e impedimentos; participar das reuniões ordinárias e extraordinárias; votar as matérias que forem submetidas à plenária, quando da ausência de seus titulares; desempenhar as atividades que lhe forem

atribuídas pelo Presidente; propor ou requerer esclarecimentos aos assuntos em estudo pelo Conselho Gestor; propor pontos de pauta a serem encaminhados à Presidência; reportar-se aos segmentos por eles representados, previa e posteriormente a cada reunião ordinária ou extraordinária do Conselho Gestor, mantendo-os informados das matérias e expedientes.

O conselho terá ainda o apoio das comissões: Executiva, Políticas de Saúde, Suprimentos e Finanças e Recursos Humanos. Para melhor cumprimento dos seus objetivos, essas comissões de trabalho de caráter permanente, cujas atividades, competências e atribuições deverão ater-se aos temas que motivam a sua constituição.

Conquistas dos Usuários

Em sua 10ª gestão, o Coges tem muito a comemorar. Diversas reivindicações foram atendidas ao longo desde sua criação, como a implantação de senhas na Farmácia, no Ambulatório, no Centro de Testagem e Aconselhamento e no Atendimento Extra, agilizando o fluxo de atendimento; divulgação de campanhas de prevenção nos painéis eletrônicos; mobilização para manutenção do setor de internação do CRT DST/Aids-SP; melhoria no acolhimento do Atendimento Extra; aquisição de novos aparelhos como ultrassom, RX de última geração, eletrocardiograma e pressão arterial; reforma do Núcleo de DST, tenda, dos quartos, banheiros e climatização na Internação; e melhoria em todos os banheiros da instituição. Foram também instaladas novas cadeiras no Núcleo de Odontologia, foi adquirido um elevador para pessoas com necessidades

especiais; providenciado telefone para deficientes visuais. A contratação de especialistas - infectologistas, neurologista, endocrinologista, ortopedista e cardiologista;- e funcionários para as recepções, além da capacitação dos trabalhadores foi também uma vitória do Coges. Foi ainda criado um espaço para Apoio e Acolhimento ao luto. O Coges também esteve sempre presente em mobilizações para aquisição dos medicamentos que, em algum momento, estiveram em falta na instituição.

Outra conquista inovadora do COGES é a articulação com outro espaço de escuta dos usuários e trabalhadores, a ouvidoria do CRT DST/Aids-SP. Desde 2014, a ouvidoria contribui para os debates no Coges, por meio da apresentação de relatórios com as queixas e reivindicações dos usuários e trabalhadores da instituição.

O Coges tem sido, sem dúvida, um dispositivo arrojado e democrático que demanda ousadia e firmeza para debater questões que mobilizam gestores e trabalhadores. Trata-se de um espaço sistematizado de escuta e voz para usuários e trabalhadores do serviço, onde há espaço para a criação de cenários que produzem subjetividades e afetos, tolerância e respeito na construção do bem comum.

A manutenção de um Conselho Gestor não é tarefa simples, a tomada de decisões de forma partilhada por vezes demanda mais trabalho e leva mais tempo, mas todos são unânimes em avaliar que trata-se de um mecanismo enriquecedor. Percebe-se muitas vezes, que os conselheiros tem dificuldades em trabalhar a representatividade do

seu respectivo segmento, dificuldade em criar espaços de participação entre os pares. Motivar usuários e funcionários a se candidatarem para serem conselheiros foi e continua sendo um desafio.

As reuniões do Conselho Gestor do CRT acontecem mensalmente sempre às últimas terças-feiras do mês, às 15h, no anfiteatro do CRT DST/Aids - SP.

REDE DE CUIDADOS DE IST/HIV/AIDS

Após 28 anos de implantação do SUS, não há como negar os avanços com relação a sua estrutura que atualmente responde em grande medida à construção política idealizada no Sistema Nacional de Saúde. Por outro lado, dada à complexidade da Saúde Pública, é necessário reconhecer que ainda são grandes os desafios a serem enfrentados para responder às demandas de saúde da população brasileira na Lei 8.080 de 1990 foram estabelecidos os papéis institucionais de cada instância governamental para garantir o funcionamento do SUS, cabendo, entre outras competências, à União e aos estados promover a descentralização dos serviços e ações de saúde para os municípios.

Neste período, o município teve um papel destacado no contexto nacional porque os gestores municipais articularam, juntamente com outros atores políticos, um movimento pela municipalização que possibilitou que esta se tornasse a principal estratégia para a implantação do SUS.

Este movimento permitiu a expansão da oferta de ações de saúde; estimulou a

formação dos conselhos municipais de saúde, criando espaços significativos de participação social e desenvolveu mecanismos técnicos e administrativos para conduzir a gestão local.

Porém a organização da atenção e da gestão do SUS ainda hoje se caracteriza por intensa fragmentação dos serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas isoladas, existindo incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção.

Para superar a fragmentação da atenção e da gestão com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços com efetividade e eficiência propõe-se a estruturação das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS).

A RRAS é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. A estrutura operacional das redes regionais de atenção à saúde compõe-se de alguns elementos: os pontos de atenção à saúde, as linhas de cuidado, o centro de comunicação, os sistemas logísticos, os sistemas de apoio, o sistema de governança.

Desde 2012, o Ministério da Saúde instituiu redes temáticas, buscando operacionalizar a implantação das RRAS e consolidar o trabalho em rede.

Neste sentido, desde 2010 a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, através de um conjunto de ações, tem investido fortemente na organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde.

No estado de São Paulo desde a década de 90 foram implantados 200 SAE e 132 CTA com mais de 80% atualmente com gestão municipal. A necessidade de aprimorar o cuidado às IST/AIDS e Hepatites virais frente às diretrizes para a incorporação de novas tecnologias de prevenção e ampliação da oferta de testes para o diagnóstico e tratamento precoce fez com que a Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP) iniciasse um processo para a consolidação dessa rede de cuidados, com a publicação da Resolução nº 16, de 23 de fevereiro de 2015, nº 35 – DOE de 24/02/15 – Seção I – p.33., para qualificar a Atenção Básica, fortalecer os serviços especializados em IST/aids e reorganizar a assistência Hospitalar.

A rede foi criada com o objetivo de ampliar e organizar o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento de suas necessidades relacionadas às IST/HIV/aids e Hepatites Virais B e C, operacionalizando a Portaria GM/MS nº 4279, de 30 de dezembro de 2010; promover atenção integral às pessoas vivendo com DST/HIV/aids e Hepatites Virais B e C; reduzindo as vulnerabilidades, riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde; facilitar e promover a articulação dos pontos de atenção às DST/HIV/aids e Hepatites Virais B e C com a Rede de Urgência e Emergência, Saúde Mental, Cegonha, Oncologia e outras, além e fortalecer a articulação entre os serviços especializados de IST/HIV/aids e Hepatites Virais B e C com a atenção básica, com ênfase na promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Para viabilizar a rede de cuidados em IST/aids é preciso articular os pontos de atenção (primária, secundária, terciária, sistemas de apoio e logístico); definir as atribuições de cada ponto de atenção; construir a Linha de Cuidado em IST/aids com fluxos e protocolos de cuidado e estabelecer fluxos entre os serviços de saúde e entre outros pontos de atenção. É importante considerar como integrantes desta rede específica as casas de apoio para PVHA e em especial as organizações não governamentais do movimento de Aids (ONGS Aids) e de hepatites virais no campo da prevenção combinada.

Entre as diretrizes da rede de cuidado em IST/aids e hepatites virais destacamos:

- Atenção às IST, oferta de testes, ações de promoção e prevenção acontecendo na Atenção Básica e nos serviços especializados com prioridade para população mais vulnerável às IST e infecção HIV e hepatites virais, desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam o bem-estar na vivência da sexualidade, a inclusão social com vistas à promoção de autonomia, redução do estigma e preconceito em articulação com às ONG e outras secretarias.

- O acesso ao serviço de atenção especializada de IST/HIV/aids e Hepatites Virais B e C por demanda espontânea e de forma regulada, considerando referência regional pactuada.

- O seguimento clínico realizado nos serviços de assistência especializadas de forma compartilhada com os serviços de atenção básica, com todos os profissionais comprometidos com o sigilo e com

responsabilidade de resguardar as informações dos usuários.

- Fortalecimento da articulação entre os serviços especializados e a atenção básica.

Encaminhamento regulado pelos serviços especializados de DST/HIV/aids e Hepatites Virais B e C para outros serviços especializados e Rede Hospitalar, conforme protocolos e fluxos estabelecidos.

Para viabilizar a implementação da rede de cuidados foi criado através de Deliberação CIB - 67, de 2014 nº234- DOE de 11/12/14 -Seção I-p.64, o Grupo Técnico Bipartite (GTB) constituído por representantes de áreas da Secretaria da Saúde, representantes do COSEMS, representante da Sociedade Civil (Fórum ONGS Aids) e como membro convidado representante da cadeira de Medicina Preventiva da Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo, com objetivo de elaborar Termo de Referência (TR) com as diretrizes gerais, além de apoio e monitoramento do processo de implementação da rede de cuidados. Ao longo de 2015 e 2016, o GT central elaborou o TR e debateu e aprovou a realização do projeto de intervenção Qualirede.

O Projeto para “Qualificação da Rede de Cuidados em IST, HIV/Aids e Hepatites Virais em Regiões Prioritárias dos Estados de Santa Catarina e São Paulo”, denominado Qualirede, é parte importante de um esforço para qualificar a implementação da Rede de Cuidados em DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais no estado. Liderado pela pesquisadora Maria Inês Nemes da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP o

Projeto de intervenção– Qualirede IST/HIV/aids/HV foi desenvolvido em uma ampla parceria envolvendo os programas de IST/Aids e Hepatites Virais, coordenação de Atenção Básica da SES, além do Ministério da Saúde através do Departamento de IST/Aids e HV e do Departamento de Atenção Básica.

No estado de São Paulo, este projeto teve como objetivo apoiar a elaboração de planos regionais de qualificação e implementação da rede em quatro Regiões de Saúde (Grande ABC, Alto Tietê, Baixada Santista e Registro), além de desenvolver metodologia que orientasse a consolidação da rede de cuidados para o conjunto do estado.

Em 2017, foram realizadas duas oficinas por região de saúde, com participação de gestores estaduais, regionais e municipais, profissionais dos serviços especializados, da atenção básica, maternidades, hospitais, sociedade civil e pesquisadores.

As oficinas subsidiaram o planejamento e monitoramento dos programas locais. Foram discutidas as articulações entre os pontos de atenção à saúde em IST/HIV/aids e hepatites virais e ações para implementação da rede nestas regiões de saúde.

Entre os principais resultados do projeto Qualirede destacamos:

- Formação dos Grupos Técnicos Regionais com participação da área de planejamento, regulação regional, articulação da AB e de saúde da mulher ligadas ao DRS, Grupos de Vigilância epidemiológica, laboratórios regionais, assistência farmacêutica, representação dos municípios e da sociedade civil, com coordenação conjunta

pelos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e Grupos de Vigilância Epidemiológica.

- Articulação da Rede no âmbito das Regiões de Saúde com pactuação em Comissões Intergestores Regionais (CIR).

- Elaboração de Planos Regionais de Qualificação da Rede de Cuidado.

- Fortalecimento da articulação entre os serviços especializados e a Atenção Básica.

- Disponibilização de indicadores locais sobre a atenção em Sífilis na Gestação, HIV/aids e Hepatite C subsidiando o planejamento regional.

- Desenvolvimento de metodologia para ser reproduzida na consolidação da rede nas outras regiões de saúde.

- A importância do apoio presencial aos GTR pelos profissionais dos programas de IST/aids e hepatites virais.

Os resultados obtidos neste projeto de intervenção subsidiou o estabelecimento das diretrizes e atividades necessárias para a consolidação da rede de cuidados para 2018 e os próximos anos.

Para o ano de 2018, definiu-se como proposta que as atividades ocorram em pelo menos uma região de saúde dos 15 DRS envolvidos neste processo. Em maio, realizamos oficina envolvendo profissionais dos DRS, da atenção básica, dos Grupos de Vigilância Epidemiológica e representação do COSEMS para apresentação do processo e da metodologia a ser desenvolvida nas regiões e construímos uma agenda das atividades regionais.

Como avanços deste processo destacamos a produção de agenda regional com atividades previstas em pelo menos 12 regiões de saúde, a ampla participação dos Departamentos Regionais de Saúde e das interlocuções dos programas de IST/Aids e Hepatites virais além da formação de Grupos Técnicos Regionais com importante participação das instâncias estadual e municipais para o ano de 2018. Ainda temos muitos desafios a serem alcançados, mas vislumbramos na consolidação da rede de cuidados em IST/Aids e Hepatites Virais um dos mais importantes pilares para o controle das IST e infecção pelo HIV/aids no estado de São Paulo.

