

Assistência às Pessoas com IST e Vivendo com HIV e aids no estado de São Paulo



CRT DST/Aids-SP: Atendimento Humanizado e Personalizado às PVHIV

Os avanços no conhecimento da história natural do HIV, a possibilidade de monitorar a progressão da doença com CD4 e carga viral e o surgimento e avanços do tratamento antirretroviral (TARV), possibilitaram que a infecção pelo HIV e aids passasse a ser uma doença tratável e clinicamente manejável, levando a Organização Mundial da Saúde (OMS) a colocá-la na categoria das doenças crônicas transmissíveis.

No Brasil, a política de distribuição universal da TARV de alta potência inicia-se a partir de 1996, contribuindo para melhoria da qualidade de vida e ao aumento da longevidade das pessoas vivendo com HIV e aids (PVHA) no país. Ao longo de 35 anos de epidemia, o manejo das PVHA e portadores de outras Infecções

Sexualmente Transmissíveis (IST) no estado de São Paulo evoluiu em termos técnicos, em números e principalmente, em qualidade. Atualmente, existe no estado, 199 Serviços de Assistência Especializada (ambulatorios), 3399 Serviços que atendem portadores de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), 32 hospitais-dia, 30 Serviços de Assistência Domiciliar Terapêutica, 149 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e 802 leitos públicos e privados (filantrópicos) destinados à assistência de pessoas vivendo com HIV/aids.

Durante todo esse período, em especial na década de 90, a Gerência de Assistência Integral à Saúde do CRT DST/Aids-SP priorizou o investimento na estruturação de uma rede

de serviços descentralizada, na perspectiva de ampliar o acesso dos portadores de IST/HIV/aids a atenção à saúde. Para cumprir este objetivo, o CRT DST/Aids-SP apoiou técnica e financeiramente os municípios na implantação/implementação dos serviços, através da aquisição de equipamentos médico-hospitalares, criação e melhoria da infraestrutura de apoio diagnóstico e prestação de assistência nas diversas modalidades de serviços.

A expansão dos serviços assistenciais para o interior do estado e a disponibilização dos marcadores imunológicos CD4/CD8 e carga viral, aliado a distribuição universal dos medicamentos antirretrovirais proporcionaram resultados de impacto significativo na morbidade e nos índices de mortalidade das PVHA. A redução da morbidade ficou evidenciada pela diminuição da ocorrência de doenças oportunistas como retinite por citomegalovírus, meningite por criptococcus e sarcoma de Kaposi.

Com a rede estruturada, as preocupações se voltarem para o estabelecimento de diretrizes orientadas para a abordagem do indivíduo portador de IST e vivendo com infecção pelo HIV e aids, assumindo um caráter mais qualitativo. A área da Assistência passou a concentrar esforços no aperfeiçoamento e especialização da assistência prestada, através da incorporação de questões cruciais para ampliação dos recursos terapêuticos, manejo das comorbidades e estratégias para promoção e apoio a adesão aos medicamentos e ao seguimento clínico. Neste novo cenário ocorre uma diminuição da morbimortalidade pela aids, melhora da saúde, da qualidade de vida, da expectativa de vida, PVHA tratados

de forma oportuna tem a mesma expectativa de vida de pessoas HIV negativas.

Porém, novas questões emergiram, como os efeitos colaterais do uso prolongado dos antirretrovirais como a síndrome lipodistrófica, as comorbidades, as coinfeções e o envelhecimento das PVHA, necessitando de um cuidado integral com acompanhamento longitudinal.

Os médicos e a equipe de saúde ao invés de lidar com complicações agudas potencialmente fatais, agora são confrontados com a gestão de uma doença crônica que, na ausência de uma cura irá persistir por muitas décadas. O cuidado da PVHA requer novas habilidades para o cuidado e os serviços concebidos para tratamento de casos agudos terão que ser reformulados.

As comorbidades como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), doenças renais e outras começam a ocorrer mais cedo nas PVHA do que naquelas sem infecção por HIV, pois estão associadas à imunossupressão, uso dos antirretrovirais e envelhecimento. Apesar dos avanços da terapia antirretroviral, os transtornos neurocognitivos associados ao HIV são descritos e associados ao tempo da infecção pelo HIV, tornando maior a necessidade de cuidados.

Provavelmente as PVHA acabarão por procurar apoio, tratamento e cuidados no contexto agudo (agudização da comorbidade) em prontos-socorros, UPA (Centro de Pronto Atendimento), Hospitais e no contexto crônico (comorbidade) em UBS (Unidade Básica de Saúde), ambulatórios de especialidades, CAPS (Centro de Atenção

Psicossocial), CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas), entre outros pontos de atenção. Tal cenário fortalece a necessidade de cuidado mais integrado com a atenção primária e os demais pontos de atenção, os quais devem estar preparados e articulados com o SAE (Serviço de Assistência Especializada) para garantir o cuidado integral em rede.

Além das comorbidades temos como desafios a prevenção primária do HIV, o acesso ao diagnóstico, o cuidado interdisciplinar e contínuo, a articulação em rede, a utilização de indicadores para monitorar a vinculação, retenção e adesão e a vigilância longitudinal.

Segundo a OMS os sistemas de saúde predominantes em todo mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Quando os problemas são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona, portanto precisamos desenvolver sistemas, ferramentas e abordagens necessárias para apoiar o cuidado integral e longitudinal.

Considerando que historicamente, a existência de medicamentos não foi suficiente para pôr fim às epidemias, o tratamento do HIV é uma ferramenta crítica para acabar com a epidemia de aids, mas, não é a única. Fazem-se necessários esforços urgentes para intensificar outras estratégias essenciais de prevenção, como a prevenção combinada, incluindo a eliminação da transmissão vertical do HIV, disponibilização de preservativos, profilaxia antirretroviral pós e pré-exposição, tratamento de IST, testagem do HIV como prevenção, gerenciamento de risco além

de programas dirigidos à outras populações vulneráveis. É importante dizer que para implementar uma resposta abrangente serão necessários esforços concentrados para eliminar o estigma, a discriminação e a exclusão social.

Acabar com a epidemia de aids exigirá acesso ininterrupto ao tratamento a vida toda para centenas de pessoas, sistemas de saúde e sistemas comunitários fortes e flexíveis, proteção e promoção de direitos humanos.

No cenário da defesa dos direitos humanos no enfrentamento da epidemia de HIV/aids no país tivemos, nesta trajetória, vários avanços (processo de reconhecimento do direito ao acesso universal a prevenção, diagnóstico e tratamento; abertura ao constante diálogo, com o reconhecimento de identidades, especificidades e direitos), permitindo a construção de uma resposta que contemple as necessidades de uma população tão diversificada.

Porém, o estigma e a discriminação constituem sérios obstáculos à promoção do acesso universal. Além disso, muitas vezes a discriminação em razão do HIV/aids é somada a outras discriminações, acentuando o impacto da doença.

Isso requer mudanças importantes no jeito de produzir saúde articulando gestão, clínica e participação social nos espaços de produção de saúde no SUS (Sistema Único de Saúde).

É nessa perspectiva que identificamos que uma Rede de Cuidados (Vide capítulo Políticas Públicas) deve ser implementada para articular o cuidado nos diversos pontos

de atenção, utilizando arranjos e dispositivos da clínica ampliada, como Projeto Terapêutico Singular, equipes de referência, matriciamento, telessaúde, entre outros.

CAMINHOS E DESAFIOS PARA A META 90/90/90 E ZERO DISCRIMINAÇÃO

Na reunião da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), para os países da América Latina e Caribe, foram acordadas três metas para o controle da epidemia de aids. Tais metas, reconhecidas pelo Programa das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) em 2014, ficaram conhecidas como metas 90-90-90, nas quais os países devem atingir, até 2020: o diagnóstico de 90% das PVHA; 90% das PVHA diagnosticadas em uso de TARV; e 90% das PVHA em TARV com supressão da carga viral. Mais recentemente uma nova meta foi acrescida com objetivo de alcançar zero discriminação.

Com isso poderíamos vislumbrar para 2030 o fim da epidemia de AIDS no mundo, por meio de estratégias combinadas para o diagnóstico, o acesso ao tratamento, vinculação e retenção ao serviço, e a indetecção da carga viral. Essas metas são ambiciosas em qualquer contexto e para qualquer situação e para alcançá-las faz-se necessário implementar estratégias de promoção de saúde sexual e prevenção combinada alicerçadas em princípios de direitos humanos, respeito mútuo e inclusão.

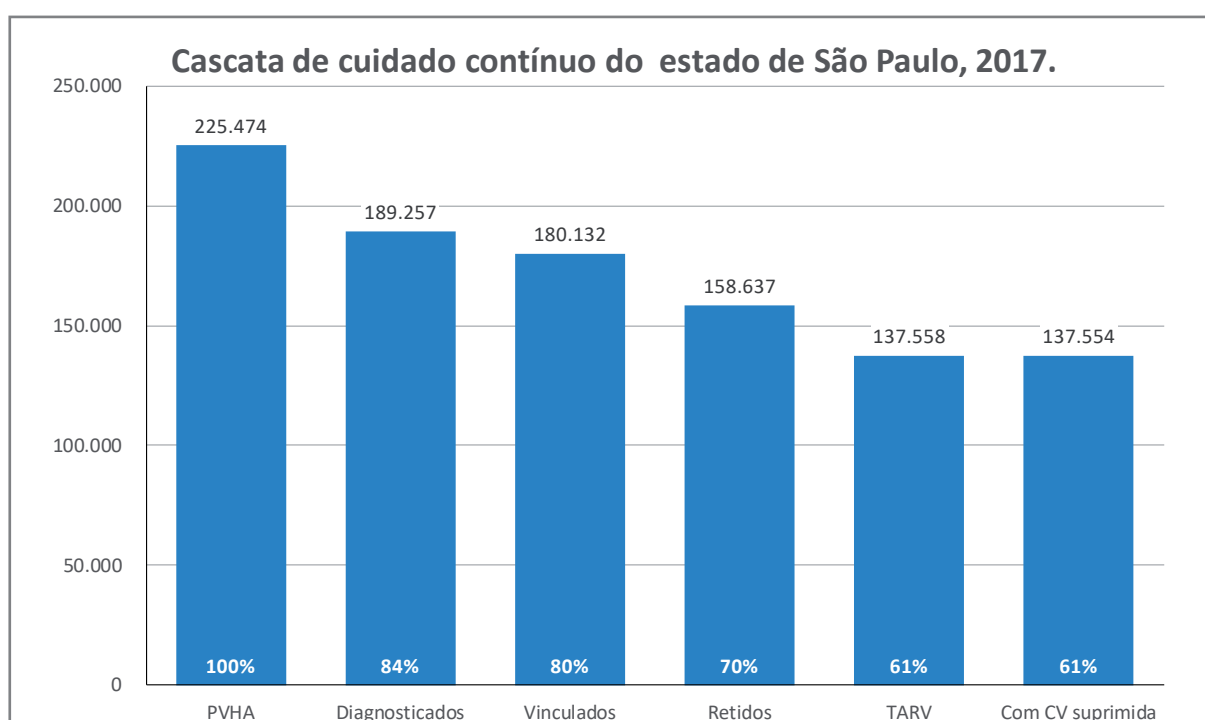
No Brasil, o progresso em relação às metas 90-90-90 vem sendo monitorado periodicamente, o que é importante para se conhecer os resultados das intervenções implantadas e nortear as ações para conter

o avanço da epidemia de HIV/aids. O monitoramento do alcance das metas 90-90-90, realizado por meio da “cascata do contínuo do cuidado” busca retratar a situação ao final do ano, e identifica as lacunas nas diversas etapas do cuidado para orientar o desenvolvimento de estratégias e intervenções, alicerçadas em princípios de direitos humanos, respeito mútuo e inclusão, visando avançar no alcance destas metas e melhoria no cuidado das PVHIV.

A construção da cascata no Estado de São Paulo segue o modelo estabelecido pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde para a construção da cascata nacional, utilizando-se de dados provenientes dos sistemas de notificação do HIV e da aids (SINAN), do sistema que registra a realização de exames na rede pública (SISCEL) e do sistema que registra a dispensação de antirretrovirais (SICLOM). Alguns ajustes são necessários, tendo em vista, por exemplo, a existência de subnotificação de casos e a existência de pessoas em seguimento na rede privada que ainda não iniciaram TARV e que, portanto, não são encontrados em nenhum dos sistemas citados. Para o cálculo da primeira coluna da cascata (infectados pelo HIV), utiliza-se estudos de prevalência de subgrupos populacionais e aplicamos sobre a base populacional do estado, no ano, segundo o IBGE. A segunda coluna (diagnosticados) identifica os casos existentes nos bancos do SISCEL e SICLOM, somados aos casos de HIV notificados nos últimos 10 anos e de aids nos últimos 5 anos que não foram encontrados nestes banco, com ajuste percentual estimado de pessoas

vinculadas na rede privada que não iniciaram TARV e não foram notificadas. A terceira coluna (vinculados) retrata diagnosticados que coletaram pelo menos um exame ou tiveram pelo menos um exame no ano. Esta é ajustada para a estimativa de pessoas da rede privada que ainda não iniciaram TARV; a quarta coluna (retidos) mostra os vinculados que tiveram pelo menos duas coletas de exames no ano ou dispensa de ARV nos últimos 100 dias e também é ajustada para a estimativa

de pessoas seguidas na rede privada ainda não iniciadas em TARV. A quinta coluna (TARV nos últimos 100 dias) retrata todas as pessoas que estavam retidas e tiveram alguma dispensa neste período. A sexta coluna (CV indetectável) retrata as pessoas em uso de TARV que tiveram uma carga viral indetectável (<50 cópias/mL) realizada após seis meses do início dos antirretrovirais, assumindo-se a mesma proporção de indetectabilidade da rede pública para a rede privada.



No Estado de São Paulo, no ano de 2016, aproximadamente 220.083 indivíduos viviam com HIV/aids. Dessas PVHA, 84% (184.822) haviam sido diagnosticadas; 80% (175.375) estavam vinculadas a um serviço de saúde naquele ano; no entanto, apenas 69% (152.583) continuavam retidas em algum serviço. Cerca de 58% (127.139) das PVHA tiveram uma dispensa de TARV nos últimos 100 dias e 53% (117.165) apresentavam carga viral indetectável coletada após seis meses do início da TARV. Note que o cálculo de cada

coluna baseia-se em indivíduos localizados na coluna imediatamente anterior. Deste modo, a última coluna retrata a condição de pessoas diagnosticadas com o HIV, que estavam retidas a algum serviço de saúde, iniciados em TARV há mais de seis meses e que retiraram TARV muito recentemente. Esta seleção de pacientes para a última coluna da cascata justifica a taxa de supressão da replicação viral bastante elevada que foi encontrada. Análises preliminares da cascata do ano de 2017 mostram um incremento, ainda que modesto,

do percentual de retidos e, sobretudo, de TARV dispensada nos últimos 100 dias, mantendo-se taxa de indetectabilidade bastante elevada.

Para alcançar a meta 90-90-90, algumas medidas são imprescindíveis. Nesse sentido a Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP tem investido fortemente na qualificação da rede de cuidados em IST/HIV/aids a partir da elaboração de planos de ação por etapas do contínuo do cuidado, que incluem desde a promoção até o controle ou cura, passando pela prevenção, diagnóstico, tratamento, vinculação, retenção e adesão.

A análise da cascata de São Paulo aponta a necessidade de intensificar ações para ampliação do diagnóstico, melhora da retenção aos serviços de saúde e redução do gap de tratamento com antirretrovirais. Para tal, é necessário implementar e qualificar os processos referentes a vinculação e retenção nos serviços especializados que acompanham PVHA.

Entende-se por vinculação o processo de atendimento da pessoa que realizou o exame para diagnóstico do HIV, recebeu o resultado positivo, foi encaminhada à referência e realizou os exames iniciais de acompanhamento. Define-se como marcador de sucesso deste processo, a matrícula da PVHA no serviço de assistência especializada (SAE) e a realização dos exames iniciais de contagem de células CD4 e/ou carga viral. A vinculação é importante para garantir o acesso aos cuidados, incluindo o início precoce da terapia antirretroviral, diminuindo a morbimortalidade e a transmissão do HIV. Inclui uma série de estratégias que facilitam

a entrada imediata da PVHA aos cuidados de saúde no SAE e o compromisso da gestão dos serviços e municípios de organizar e monitorar o processo.

Retenção, por sua vez, refere-se aos cuidados das PVHA ao longo da vida, tendo início a partir da vinculação ao serviço, e envolve o seguimento contínuo nos cuidados e o uso regular da TARV. A retenção ao seguimento e a adesão à TARV é fundamental para reduzir a morbidade, mortalidade relacionada ao HIV, incidência de doenças oportunistas, o desenvolvimento de resistência, alcance e manutenção da indetectabilidade da carga viral, além do cuidado da saúde mental e promoção do autocuidado.

O CUIDADO EM IST/HIV/AIDS

O Programa Estadual de DST/Aids-SP na perspectiva de ampliar o acesso às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis e vivendo com HIV/aids aos serviços de saúde, priorizou o investimento em uma rede descentralizada, apoiando tecnicamente e financeiramente os municípios na implantação/ implementação das diversas modalidades de serviços e capacitação dos recursos humanos com a finalidade de aprimorar o sistema de referência e contra referência no Estado de São Paulo, e a prestação de um serviço de assistência especializada de qualidade.

Com a rede de assistência estruturada e devido à crescente complexidade da atenção à saúde das PVHA, a preocupação voltou-se para o estabelecimento de diretrizes orientadoras na integralidade das ações e do cuidado.

O cuidado é uma somatória de decisões que utiliza tecnologias leves e duras, articulação de profissionais e ambientes em um determinado tempo e espaço, para atender sempre que possível às necessidades de cada paciente. Portanto, o cuidado pressupõe a abordagem integral do processo saúde/doença; participação integrada de diferentes profissionais; considera o usuário como sujeito social e como sujeito de seu próprio processo terapêutico; valoriza a participação social.

As PVHA têm múltiplas e singulares necessidades de saúde expressas e vividas que deverá constituir a razão de ser de cada serviço de saúde e do “sistema” de saúde. Para diferentes pessoas, em diferentes momentos, há necessidades diferentes de vínculos, do consumo de determinadas tecnologias de saúde e de construção da autonomia. O que deve corresponder a um conjunto de práticas, habilidades e saberes que são articulados pelos profissionais de saúde na oferta de cuidados à esses usuários.

Estas práticas, saberes e habilidades incluem o estabelecimento de vínculos, a responsabilização pelo usuário, o acolhimento e a escuta, o emprego de conhecimentos específicos de cada profissão, a indicação adequada da realização de exames e procedimentos, sem uma supremacia de uma ou outra tecnologia, por definição.

O cuidado integral das pessoas com IST e vivendo com HIV e aids depende, por um lado, de uma abordagem em cada ponto de atenção que considere o conjunto de suas necessidades e riscos. E, por outro lado, da articulação pactuada entre profissionais

de diferentes pontos de atenção ou em diferentes setores em um mesmo ponto.

As Linhas de Cuidado para Pessoas com IST e Vivendo com HIV e Aids

A organização da atenção a partir da definição das Linhas de Cuidado (LC) é uma forma de articular recursos e práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas e tem como elemento estruturante a atenção integral, o cuidado centrado no usuário e em suas necessidades por meio de projetos terapêuticos singulares.

Portanto, as linhas de cuidado expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. As linhas definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede e nos sistemas de apoio.

As linhas de cuidado desenham o itinerário terapêutico dos usuários na rede, fornecem uma referência para prever um conjunto mínimo de atividades e procedimentos necessários e estimar seus custos.

Além da linha de cuidado é preciso estar atento à gestão do cuidado, à gestão da clínica centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que

não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada, além da organização da força de trabalho e estratificação de risco do paciente.

A estratificação ou avaliação de risco é o processo por meio do qual se identificam os grupos ou estratos de risco relacionados a uma determinada condição de saúde, considerando a severidade da condição e a capacidade de autocuidado, permitindo estabelecer um manejo clínico diferenciado, de acordo com o estrato de risco. A estratificação de risco depende da severidade da condição de saúde (gravidade, fatores de risco e complicações) e da capacidade de autocuidado (conhecimento e crenças sobre a condição de saúde, atitudes, confiança e motivação frente às mudanças, importância dada à condição, presença e força das redes de suporte social e familiar). Com base na estratificação de risco é definida a necessidade de elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS) que passa a orientar o usuário, conforme referência e/ou matriciamento, para utilização dos recursos necessários ao atendimento a sua necessidade na rede de serviços.

DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA PARA A QUARTA DÉCADA DA EPIDEMIA

Temos muito a comemorar em relação aos avanços alcançados no cuidado das pessoas vivendo com HIV/ aids e portadoras de IST nos últimos anos. Entretanto, a ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV das populações mais vulneráveis, a consolidação

do tratamento das IST na rede básica de saúde, assim como a melhoria da qualidade da assistência nos serviços especializados em IST/HIV/aids são ainda importantes desafios a serem enfrentados.

Entre outros 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, efeitos colaterais dos medicamentos e 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 vivendo com HIV e aids 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.

A oferta de tratamento precoce e os desafios da adesão e retenção 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 entre os serviços especializados e os de atenção básica na rede de atenção.

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 TARV continuam sendo prioritárias para intervenção e devem ser objeto de ações contínuas e duradouras. Prescrições de alta qualidade e adesão à terapia antirretroviral assegurada 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 IST/HIV/aids no Estado.

O DESAFIO DA ADESÃO

Um dos grandes desafios da assistência refere-se à adesão aos antirretrovirais (ARV). Pesquisas analisam as diferentes abordagens e intervenções na busca de aprimorar a adesão dos pacientes e os fatores associados à não adesão. A constatação da relação entre adesão e morbimortalidade dos pacientes reforça, ainda mais, a relevância desta questão.

A importância da adesão transcende o indivíduo, que certamente terá benefícios para sua saúde, aumentando seu tempo e qualidade de vida, mas também, para a comunidade como um todo no que diz respeito à transmissibilidade. A não adesão leva a manutenção da carga viral detectável, e conseqüentemente a maior possibilidade de transmissão, inclusive ao surgimento de vírus resistentes.

Em 1996, após a introdução da terapia antirretroviral de alta potência e a constatação da real possibilidade do controle da viremia, a discussão sobre adesão se tornou mais presente, uma vez que o sucesso da terapia depende do uso correto da mesma, ou seja, da adesão adequada.

Os primeiros trabalhos realizados correlacionando adesão e sucesso terapêutico evidenciaram a necessidade de 95% do uso correto dos medicamentos, índice esse que se correlacionava com supressão máxima da replicação viral e ausência de infecções oportunistas. Uma metanálise mais recente concluiu que taxa de adesão entre 80% e 90% deve ser adequada para a supressão viral. No entanto, mantêm-se a orientação do uso correto diário e, preferencialmente, no mesmo horário a fim de que se torne uma rotina e se evite o esquecimento.

Metodologias diversas são utilizadas para mensurar a adesão dos usuários, como o autorrelato, os registros de dispensação em farmácia, contagem de pílulas, dispositivos eletrônicos “MEMS” (Medication Event Monitoring Systems), registros em prontuários médicos e dosagem do nível sérico das drogas. No Brasil, várias pesquisas utilizaram o questionário para avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral (CEAT VIH), traduzido para o português. O questionário original foi publicado em 2001 por Eduardo Remor, e apresenta 20 itens de uma escala tipo Likert, na qual quanto maior a pontuação, maior é a adesão.

De 2014 até o momento, vários serviços de diferentes estados brasileiros aplicaram o CEAT VIH com resultados bastante diversos,

desde uma pontuação de boa adesão em 75% dos pacientes avaliados em Ribeirão Preto, SP até 26,2% de adesão suficiente na Paraíba. As grandes diferenças regionais existentes no Brasil provavelmente refletem a qualidade dos serviços, barreiras de acesso e de informação, e também a dificuldade de se definir uma medida padrão de adesão.

Diversos trabalhos realizados internacionalmente, tanto em países de alta como de baixa renda, evidenciam que as barreiras para a adesão são múltiplas e nenhuma intervenção isolada será suficiente para garantir a adesão sustentada. Vários fatores se apresentam na falha da adesão, desde o esquecimento, que ainda hoje é a principal causa de perdas de doses dos ARV, até questões complexas de cunho social, emocional e de relacionamento com a equipe de saúde.

Dessa maneira, a relevância do tema adesão no seguimento das PVHA, assim como a necessidade de se implementar estratégias para trabalhar com estes pacientes antes mesmo do início da terapia antirretroviral se torna premente. Inicialmente deve-se proceder a identificação precoce de pacientes vulneráveis para a não adesão e estabelecer precocemente estratégias diferenciadas para eles.

Um conceito relevante para abordagem dos usuários é a compreensão de que a adesão é dinâmica, varia ao longo do tempo, independentemente do perfil das pessoas. Existem momentos na vida de cada um que podem levar a uma adesão inadequada e os profissionais de saúde precisam estar atentos a estes episódios e, isentos de julgamento moral, serem capazes de apoiar os pacientes

nesses episódios e trabalharem com eles para a retomada da adesão adequada.

Na organização do trabalho, os serviços devem estar estruturados com equipe multiprofissional para identificar períodos de não adesão e atuar na busca de faltosos, buscar registros da farmácia para localização de possíveis atrasos na retirada dos ARV e identificar resultados de carga viral detectável entre pacientes em uso de TARV. No manejo dos pacientes é necessário compreender que não existe uma abordagem única e que cada paciente deverá ser visto individualmente, com estratégias específicas.

O modelo da Clínica Ampliada, criado por Gastão Wagner, que propõe uma abordagem baseada em equipes de referência, com a elaboração de projetos terapêuticos singulares, construídos com foco no usuário, constitui-se em uma estratégia para melhorar a adesão e o autocuidado. O pressuposto é de que um único profissional apresentará mais dificuldades para lidar com questões complexas, que podem ser de várias ordens, e a união de diferentes campos de saberes, juntamente com o usuário, tem uma maior potencialidade para a elaboração de um plano de ação mais completo, pensando na integralidade do sujeito.



CARGA VIRAL INDETECTÁVEL TORNA INFECÇÃO POR HIV INTRANSMISSÍVEL: I = I

A Secretaria de Estado da Saúde, por meio do Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP, lançou nota técnica “Indetectável igual a Intransmissível” (02/2017/CRT-PE-DST/AIDS/SES-SP) no final de 2017 para informar gestores, profissionais da saúde, sociedade civil e população geral que nas pessoas vivendo com HIV/aids com carga viral indetectável há pelo menos seis meses e boa adesão ao tratamento, o vírus não é transmitido pela via sexual.

Esta afirmação se baseia em recentes estudos com resultados sólidos e conclusivos – HPTN 052 de 2016, Opposites Attract de 2017 e PARTNER 2 de 2018 –, os quais têm levado à atualização da mensagem sobre transmissibilidade por parte de autoridades como o Centro de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos e a Sociedade Internacional de AIDS (IAS), da Suíça. Infecções sexualmente transmissíveis (IST) e possíveis pequenos aumentos transitórios na carga viral (conhecidos clinicamente como “blips”) não influenciam a transmissibilidade

nestes casos, de acordo com os estudos. Considera-se carga viral indetectável a quantidade de vírus inferior ao limite de detecção do exame utilizado (<40 cópias/ml de sangue).

Esta novidade traz impacto positivo na vida das pessoas vivendo com HIV/aids sob vários aspectos. Pessoas que vivem com o HIV podem sentir-se confiantes de que, se tomarem seus medicamentos adequadamente e tiverem carga viral indetectável, não transmitirão HIV para seus parceiros sexuais. A notícia traz impacto positivo na adesão ao tratamento e, em especial, as pessoas vivendo com HIV/aids sorodiscordantes que desejam ter filhos. Será possível também realizar planejamento familiar com mais tranquilidade.

Os profissionais de saúde e de comunicação em saúde devem fornecer orientação atualizada e acurada às pessoas vivendo com HIV/aids e seus(suas) parceiros(as) sobre o risco de transmissão neste cenário. Uma correta percepção do nível de transmissibilidade tem potenciais efeitos positivos sobre a sorofobia (estigma) e sorofobia internalizada (autoestigma), direitos sexuais e reprodutivos, testagem, vinculação aos serviços de saúde e adesão ao tratamento.

As pessoas vivendo com HIV/aids e seus(suas) parceiros(as) devem receber também aconselhamento sobre fatores que influenciam a opção entre o uso deste método de prevenção ao HIV isoladamente ou a sua associação a outros métodos de gerenciamento de risco e de prevenção, como preservativo e uso de profilaxia pós-exposição (PEP) ou profilaxia pré-exposição (PrEP) pelo parceiro HIV-negativo. Esses fatores incluem acordos de

confiança do casal, adesão ao antirretroviral e decisões sobre o gerenciamento de risco para IST e gravidez. Em qualquer situação, deve ser respeitada a autonomia da pessoa vivendo com HIV/aids e de seu(sua) parceiro(a) e deve ser garantido o acesso a diagnóstico e tratamento de IST, outros métodos de prevenção ao HIV, métodos anticoncepcionais e acompanhamento pré-natal. Para as pessoas que, por qualquer razão, não estejam com a carga viral indetectável, deve ser reforçado que o preservativo é um método eficaz de prevenção e que está disponível a profilaxia pré-exposição (PrEP) para uso pelo parceiro HIV negativo.



ARV: aliados no tratamento e na prevenção

NÚCLEO DE CONTROLE E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS

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 Protease (Indinavir, Ritonavir, Saquinavir) e Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos

de Nucleosídeos (Lamivudina), O PE DST/AIDS passou a adquirir estes antirretrovirais e a fornecê-los para os pacientes que tinham indicação de uso em todo Estado.

O DIAHV (Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/aids e das Hepatites Virais/Ministério da Saúde) enviou ao Estado de São Paulo, em 1990 as primeiras remessas de Ganciclovir e Pentamidina para tratamento e profilaxia de Infecções Oportunistas. Em 1991, a Zidovudina (AZT) passou a ser fornecida para pacientes portadores do HIV/AIDS em todo o país.

Com 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. Ficou estabelecido que a responsabilidade pela aquisição dos antirretrovirais é do DIAHV/MS e que os medicamentos para Infecções Oportunistas (IO) e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) caberiam aos Estados e Municípios.

Atualmente o NCDM distribui 22 antirretrovirais e 38 apresentações inclusive formulações pediátricas (Abacavir 300mg, Abacavir solução oral, Atazanavir 200mg, Atazanavir 300mg, Darunavir 75mg, Darunavir 150mg, Darunavir 600mg Dolutegravir 50mg, Efavirenz 200mg, Efavirenz 600mg, Efavirenz solução oral, Enfuvirtida, Estavudina pó para solução oral, Etravirina 100mg, Etravirina 200mg, Fosamprenavir suspensão oral, Lamivudina 150mg, Lamivudina solução oral, Lopinavir 100mg + Ritonavir 25mg, Lopinavir

(LPV/r) solução oral, Lopinavir/ritonavir 200mg + 50mg, Maraviroque 150mg, Nevirapina 200mg, Nevirapina suspensão oral, Raltegravir 100mg, Raltegravir 400mg, Ritonavir 100mg, Ritonavir solução oral, Tenofovir 300mg, Tenofovir 300mg+Entricitabina 200mg, Tenofovir 300mg+Lamivudina 300mg, Tenofovir 300mg+Lamivudina 300mg+Efavirenz 600mg, Tipranavir solução oral, Tipranavir 250mg, Zidovudina 100mg, Zidovudina solução Injetável, Zidovudina xarope e Zidovudina300mg +Lamivudina 150mg) e ainda 07 itens para tratamento das Infecções Oportunistas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ganciclovir 500mg, Foscarnet 240mg/mL, Dapsona 100mg, Primaquina 15mg, Gabapentina 300mg, Doxiciclina 100mg e Talidomida 100mg).

Em atividade desde 1990, e oficializado como serviço do Programa Estadual de IST/AIDS, desde 1998 o Núcleo de Controle e Distribuição de Medicamentos (NCDM) é responsável por todo o gerenciamento logístico dos medicamentos de IST/AIDS do Estado de São Paulo, prevendo necessidades, dimensionando custos, solicitando compras, supervisionando o armazenamento, centralizando e processando as informações, elaborando grades de distribuição, monitorando as liberações de medicamentos do Ministério da Saúde para o Estado São Paulo, realizando treinamentos e divulgando critérios de indicação dos medicamentos para 168 UDM e 389 maternidades e 23 almoxarifados.

REDE LABORATORIAL PARA HIV/AIDS

Desde a criação do Programa Estadual DST/Aids, o Instituto Adolfo Lutz (IAL) tem atuado no sentido de executar e aperfeiçoar a determinação de marcadores laboratoriais (imunológicos, virológicos, parasitológicos, celulares e moleculares) para diagnóstico, prognóstico e monitoramento da infecção por HIV e aids, assim como das infecções oportunistas associadas a aids.

Ao longo dos 35 anos de epidemia, o IAL tem padronizado novas técnicas e implementado tecnologias, capacitando os laboratórios da rede pública e as unidades laboratoriais envolvidas com assistência aos portadores de HIV/aids.

Em dezembro de 1995, foi implantada a Rede Estadual de Laboratórios para Imunofenotipagem e quantificação de subpopulação de linfócitos T: Cd3, Cd4, CD8, uma parceria entre ao IAL e o Programa Estadual DST/AIDS, para implementar a atividade de monitoramento de pacientes infectados por HIV-1. Atualmente esta rede é constituída por 25 unidades laboratoriais, com participação de laboratórios de saúde pública, como laboratórios central e regionais do IAL e das diretorias Regionais de Saúde, laboratórios de e hemocentros vinculados a universidades e também os vinculados as prefeituras municipais. Os laboratórios componentes da Rede Estadual têm a capacidade de atender plenamente à demanda mensal, que se encontra em torno de 10.500 testes.

A Rede Estadual de Laboratórios de Carga Viral de HIV-1 de São Paulo é constituída atualmente por 22 unidades executoras, com

a participação das mesmas modalidades de laboratórios da Rede Estadual de CD4/CD8, tendo capacidade de atender à demanda mensal de mais de 17.000 exames. Encontrase em processo de reestruturação, a pedido do DIAHV-SVS/MS, tendo como um dos objetivos a unificação com a rede de Biologia Molecular para Hepatites Virais B e C.

Desde 2016, conforme contrato firmado pelo DIAHV-SVS/MS, as genotipagens do HIV e HCV vêm sendo executadas pelo Centro de Genomas. O instituto Adolfo Lutz ainda se responsabiliza pela realização de exames que se encontrem fora dos critérios definidos pelo MS, como por exemplo, carga viral-HIV abaixo de 500 cópias/mL. Em março de 2018, foi incorporada ao contrato firmado com o Centro de Genomas a tipificação do alelo HLA-B 5701.

AMPLIAÇÃO DO DIAGNÓSTICO EM IST/HIV/AIDS NO ESTADO

Além do diagnóstico da infecção pelo HIV realizado por ensaios imune enzimáticos em ambiente laboratorial, contamos também com a possibilidade de realização de teste rápido diagnóstico desde 2007, conforme algoritmo definido pelo Ministério da saúde por meio da Portaria nº 34 SVS/MS julho 2005, que utilizava dois testes rápidos de HIV como diagnóstico e um terceiro teste rápido, se fosse necessário confirmação. Com o avanço tecnológico dos testes rápidos e o melhor conhecimento da epidemia, as portarias foram sendo modificadas e hoje a portaria nº29 SVS/MS de dezembro de 2013 é a que vigora e, referência o Manual para o diagnóstico do HIV, que é revisto anualmente. Em 2018 foi publicada a 4ª edição do Manual Técnico

para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças, pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde. Esta versão mantém a estrutura geral do fluxograma que define como não reagente o processo de testagem que utiliza apenas um teste rápido com resultado não reagente e como reagente o processo de testagem que utiliza dois testes rápidos de marcas diferentes com resultados reagentes. A incorporação dos testes rápidos como procedimento diagnóstico permitiu maior agilidade e ampliação do acesso.

O Teste Rápido Diagnóstico (TRD) é uma importante alternativa tecnológica na ampliação do diagnóstico de HIV/aids no Brasil e também no estado de São Paulo. O processo de implantação no Brasil iniciou-se em 1999 para triagem sorológica e em 2004 para diagnóstico de HIV com projeto específico na região norte do país; e no estado de São Paulo em 2006. Nos primeiros anos a meta foi implantar o TRD HIV nos 145 municípios prioritários para o controle da AIDS no estado iniciando pelos Centros de Testagem Aconselhamento. E em 2011, o lançamento do Projeto “Rede Cegonha” acelerou o processo de implantação dos testes, principalmente de HIV e de sífilis considerando a recomendação de seu uso no pré-natal. Entre 2007 e 2018 ampliou-se a realização de testes rápidos de HIV para 3.622 unidades de saúde em 608 municípios do estado.

A implantação de testes rápidos no estado de São Paulo intensificou-se com a descentralização das capacitações de profissionais de saúde no estado. A partir de 2010 foram capacitados multiplicadores

em testes rápidos que assumiram a missão de capacitar continuamente profissionais de saúde em todas as regiões do estado. Em 2018 contamos com mais de 500 profissionais multiplicadores. Em dez anos foram capacitados 17.011 profissionais, sendo que destes 10.171 continuam atuantes.

A contínua ampliação de utilização desta metodologia no estado permite que testes rápidos contribuam para ampliar o acesso das populações mais vulneráveis ao exame anti-HIV principalmente quando utilizados em abordagens extramuros. É importante destacar que também contamos com a realização de testes rápidos de sífilis desde 2009 e testes rápidos de hepatites B e C desde 2010 no estado.



Ambulatório

AMBULATÓRIO DE SAÚDE INTEGRAL PARA TRAVESTIS E TRANSEXUAIS: DESAFIOS E REALIZAÇÕES

O Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP, da Secretaria da Saúde de São Paulo, inaugurou em junho de 2009, em suas dependências, o primeiro ambulatório voltado exclusivamente à Saúde Integral de

Travestis e Transexuais do país, com ênfase no processo transexualizador do Sistema Único de Saúde (SUS), voltado às necessidades desta população. Ao longo de seus 9 anos de existência, matriculou e acompanha 2000 usuários, sendo que 45% deles são provenientes de outras cidades e estados.

É importante ressaltar que com o surgimento da epidemia de aids, a partir de 1982, um número crescente de travestis e transexuais passaram a frequentar serviços responsáveis pela assistência aos portadores do HIV e outras IST. Até então o acesso desta população a serviços públicos de saúde no estado de São Paulo era muito aquém das necessidades, e ficava restrito à situações de urgência.

Desde 2000, o Programa Estadual de DST/Aids-SP (PE DST/Aids-SP) vem adotando o respeito a diversidade sexual como um eixo transversal na implantação de suas políticas, reconhecendo a discriminação como um fator de vulnerabilidade à infecção pelo HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Em 2009, o então secretário da saúde, Luiz Roberto Barradas Barata, que sempre enfatizou o respeito à diversidade sexual nas políticas públicas de saúde, decidiu com apoio das áreas técnicas da Secretaria Estadual da Saúde, em especial o CRT DST/Aids-SP, instituição identificada como a mais sensível e apta para incorporar esta tarefa neste momento inicial, que as decisões da I Conferência Estadual GLBT realizada em 2008, fossem imediatamente postas em prática, o que incluiu a criação de um serviço específico para esse grupo.

Para a criação do Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais, a Secretaria de Estado da Saúde-SP levou em consideração a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, instituída pela Portaria nº 675/GM, do Ministério da Saúde, de 31 de março de 2006. Esta menciona, explicitamente, o direito ao atendimento humanizado e livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, a todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Várias medidas foram adotadas antes e durante o processo de implantação do ambulatório: o estabelecimento de parcerias institucionais para garantir a ampliação do número de cirurgias de modificações corporais para adequação à identidade de gênero e estruturação de referência para procedimentos para retirada de silicone industrial. O principal diferencial do ambulatório foi a inclusão da população de travestis nos procedimentos de adequação à identidade de gênero e o acesso aos homens trans ao processo transexualizador.

A localização do ambulatório dentro de um serviço de HIV/aids foi discutida com parceiros dos movimentos LGBTTT estadual e nacional, usuários do serviço, travestis e transexuais, associações de transgêneros, profissionais com experiência nesta área, a fim de não reforçar a discriminação já existente. A maioria optou pela instalação do serviço nesse local, conhecido por sua experiência em acolher a população respeitando-se sua diversidade.

Para regulamentar o atendimento específico a travestis, mencionado acima, no que diz respeito à adequação à identidade

de gênero foram realizadas discussões com o Conselho Regional de Medicina, que culminou na elaboração e publicação de uma resolução (CREMESP nº 208, de 27/10/2009) que garante o respaldo ético e legal junto a comunidade médica, para atendimento dessa população. A partir desta resolução, o CRT DST/Aids-SP publicou um protocolo de cuidados à saúde integral para travestis (Portaria CCD/CRT nº a-I, de 27/01/2010).

A criação do Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais (ASITT), veio ao encontro de orientações preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde, que consideram que a proteção do direito à livre orientação sexual e identidade de gênero não é apenas uma questão de saúde pública, mas envolve também questões pertinentes à saúde mental e à atenção a outras vulnerabilidades que afetam esses segmentos. Uma das principais estratégias para a garantia do acesso aos serviços é o combate a homofobia e a transfobia.

O serviço dispõe de uma equipe multiprofissional. No local são oferecidas várias modalidades de atendimento: acolhimento, aconselhamento (adoção de medidas de autocuidado, redução de danos em relação à hormonioterapia e ao uso de silicone), avaliação e acompanhamento em várias especialidades: clínica geral, endocrinologia, ginecologia, proctologia, urologia, saúde mental (psiquiatria, serviço social e psicologia) – em especial aos que desejam as cirurgias de redesignação sexual - além de fonoaudiologia.

A equipe multiprofissional leva em consideração a complexidade do universo

desta população, que para além do sofrimento psíquico causado pelo sentimento de inadequação entre o gênero biológico/anatômico, sofre também com o preconceito e rejeições familiar e social. Neste sentido, o acompanhamento psicológico tem sido um suporte importante para elaboração de processos internos de auto aceitação dos pacientes, necessário para sua inserção na sociedade e a busca pelo direito de estar no mundo vivendo exatamente como é.

A totalidade de mulheres transexuais atendidas em nosso serviço desejam tratamento hormonal e mudança de nome para melhor inserção social e 90% desejam a cirurgia de redesignação sexual (retirada do pênis e construção da neovagina). Além disso, demandam a colocação de prótese de mamas, a feminilização da face que inclui a redução do pomo de Adão. A parceria com o Hospital das Clínicas-FMUSP e com o Hospital Estadual Mário Covas nos permite atender a demanda de redesignação sexual. Entre 2009 e junho de 2018, foram realizadas 43 cirurgias transgenitalização feminilizante (neovaginoplastia)

Encontram-se cadastrados no ASITT cerca de 480 homens trans. Desde 2016, a parceria com a Universidade Federal de São Paulo e Hospital Serraria permite a realização de mastectomia (retirada bilateral das mamas) em homens trans. A histerectomia total (retirada do útero, dos ovários e das trompas de Falópio) para interrupção da menstruação é realizada pelo Hospital das Clínicas-FMUSP. Desde setembro de 2016 passamos a encaminhar os homens trans para cirurgias de mamoplastia para dois hospitais, Hospital Estadual Serraria e

Hospital Guilherme Álvaro. De 2009 a junho de 2018 foram realizadas 57 mamoplastias masculinizadoras.

A procura pela neofaloplastia é relativamente pequena. Os homens transexuais muitas vezes sentem-se satisfeitos com a mastectomia e pan-histerectomia, além do tratamento hormonal. Quando desejam alguma forma de transgenitalização, preferem a metoidioplastia - procedimento cirúrgico que consiste em cortar ligamentos que prendem o clitóris ao corpo, criando um pequeno falo. Este pode ser aumentado por meio de estimulação manual e concomitante uso de hormônios.

Demandas relacionadas a remoção de silicone industrial são encaminhadas para o Hospital Estadual de Diadema. Foram realizados 81 avaliações de queixas provenientes de sua utilização. O silicone industrial pode acarretar dificuldade de deambulação pelo edema causado pela migração do silicone industrial para os membros inferiores, dores pela dificuldade circulatória decorrente também da migração do produto para outras regiões do corpo, úlceras, infecções, nódulos e alterações significativas, tanto na coloração quanto em sua elasticidade da pele. É importante ressaltar que em casos mais graves, o silicone industrial pode cair na circulação e provocar embolia, como a pulmonar, com risco de morte.

Podemos constatar nos atendimentos realizados em nosso serviço que o apoio familiar, suporte social e a estabilidade emocional dos indivíduos são fatores de proteção e resiliência significativos no enfrentamento das adversidades e preconceitos que fazem parte da realidade desta população. Outro

fator de proteção observado é a construção e manutenção de rede social estável, onde as pessoas possam expressar-se de forma autêntica e coerente com seus sentimentos e orientação de gênero. Serviços de saúde a exemplo do ASITT tem, sem dúvida, papel decisivo na promoção da saúde integral desta população, no atendimento de suas necessidades adaptativas e fortalecimento pessoal, tornando-os menos vulneráveis a comportamentos de risco.

O processo transexualizador que prevê as cirurgias de transgenitalização para transexuais foi instituído e regulamentado através da Portaria nº 1.707 de 18 de agosto de 2008, no âmbito do SUS e, posteriormente complementado através da Resolução do Conselho Federal de Medicina - resolução nº 1.955 de 3/09/2010 (regulamenta a cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplasia e procedimentos complementares). Segundo este documento a seleção dos pacientes para a cirurgia será avaliada por equipe multidisciplinar por dois anos, e fixa em 21 anos a idade para o procedimento.

No que se refere ao Estado de São Paulo, é importante lembrar que a partir da criação do Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais (ASITT) um canal de comunicação entre a população usuária do serviço e as instituições que possuem poder e responsabilidade sobre a condução das políticas públicas de saúde foi constituído e as demandas até então dispersas e pouco visíveis puderam então ser sistematizadas e encaminhadas para discussão e deliberação.

Neste sentido podemos citar algumas decisões e normatizações que ocorreram em decorrência deste processo:

A resolução do Conselho Regional de Medicina nº 208, 27/10/2009 (antecedeu a resolução do CFM), fundamental para oficializar e normatizar o atendimento as populações transgêneros em nosso ambulatório. Esta resolução consta de cinco artigos, que asseguram a esta população atendimento integral a saúde (médico, psicossocial, psiquiátrico, psicoterapêutico), além de nome social nos serviços de saúde do estado de São Paulo, independentemente do nome em registro civil.

Em 2010, o decreto do governo do estado de São Paulo (nº 55.588, 17/03/2010) dispõe sobre o tratamento nominal das pessoas transexuais e travestis nos órgãos públicos do estado, assegurando a população transgênero o direito a escolha de tratamento nominal nos atos e procedimentos realizados no âmbito da administração direta e indireta do estado de São Paulo.

A elaboração e publicação de um protocolo de cuidados à saúde integral para travestis (Portaria CCD/CRT nº a-1, de 27/01/2010) propiciou respaldo para a ação profissional (principalmente no que se referia a prescrição de hormônios) e ao longo dos anos vem servindo de referência para profissionais nos mais diversos serviços do estado de São Paulo (e até mesmo de outros locais do país) que desejam iniciar um atendimento dirigido a esta população.

Paralelamente, a experiência concreta do trabalho da equipe multiprofissional que compõe o ASITT vem proporcionando

oportunidades de aprendizado contínuo, de reflexão sistemática e compartilhamento do conhecimento acumulado com outros serviços da rede SUS, bem como com pesquisadores vinculados a diversas universidades do país, além das organizações não governamentais e associações de travestis e transexuais.

Fundamental ainda lembrar a publicação da portaria no. 2803, de 19/11/2013, que redefine e amplia o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde. A coordenação do ASITT participou ativamente do processo de revisão da portaria anterior e a experiência acumulada no ambulatório pode servir de base para algumas das decisões que foram tomadas e que avançaram no sentido de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção dispensada, agora não mais somente aos transexuais (femininos e masculinos), mas também as travestis.

O desafio do estado de São Paulo passou agora a ser a ampliação e o aprimoramento da rede de atenção à saúde e a elaboração da linha de cuidado para transexuais e travestis. O Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais torna-se estratégico para a viabilização deste processo, ou seja, para contribuir na formação dos profissionais de novos serviços que surgirão ou mesmo na incorporação desta população naqueles já existentes.

Mais recentemente e como desdobramento das deliberações da 2ª Conferência Estadual LGBT (realizada em 2011) e em atenção ao previsto na Política Nacional de Saúde da População LGBT (publicada também em 2011) foi implantado no âmbito da SES o Comitê Técnico de Saúde da População

LGBT (Resolução SS - 124, de 26-11-2013) cujas atribuições passam por implantar a política nacional no âmbito do estado, elaborando propostas de intervenção que tenham como base o princípio da equidade, e que envolvam os diversos programas de atenção em saúde, bem como os diferentes níveis de complexidade do sistema (primária, secundária e terciária). Certamente as demandas e necessidades das travestis e transexuais merecerão atenção especial neste espaço e a experiência acumulada no ASITT serão fundamentais e estratégicas para que esta articulação técnica, que iniciou seus trabalhos em abril de 2014, consiga atingir seus objetivos e metas.

O pioneirismo deste serviço - que ousou assumir a responsabilidade de prestar serviço de atenção à saúde a uma população até então praticamente invisível e desassistida em suas necessidades específicas - tem possibilitado o acúmulo de conhecimentos e experiências concretas que certamente estão contribuindo para a construção de um sistema de saúde mais acolhedor para pessoas com identidades de gênero diversas estado de São Paulo. A atenção cotidiana a esta população tem nos permitindo entrar em contato com realidades e contextos de vida que requerem a todo o momento reflexão e revisão de conceitos, condutas, fluxos e elaboração de novos protocolos. Trata-se de um processo dinâmico e altamente motivador.

O aspecto dinâmico deve-se em parte a convivência cotidiana com o novo, aliado ao desafio da intervenção multidisciplinar - onde várias áreas do conhecimento se encontram e apresentam olhares diversos sobre essa população e suas demandas.

O embate de ideias e a busca por consensos é um desafio constante, com enorme potencial reflexivo, transformador e gerador de novos aprendizados.

Nestes 9 anos, o ambulatório tem cumprido e avançado em sua proposta de ser um serviço de referência para a população de travestis e transexuais no estado de São Paulo. Ao mesmo tempo em que tem acompanhado e protagonizado mudanças significativas na proposição de políticas públicas de atenção a esta população. Vale ressaltar o direito ao uso do nome social, revisão do processo transexualizador no SUS e o acesso ao acompanhamento hormonal através do serviço público de saúde.

Para os próximos anos, há enormes desafios a serem enfrentados, que exigirão esforços concentrados e articulados nos três níveis da gestão (federal, estadual e municipal).

Ao olhar para um contexto mais amplo das políticas públicas de saúde no âmbito do estado de São Paulo, temos de um lado a presença do recém criado Comitê de Saúde Integral da população LGBT e, de outro, a necessidade de operacionalizar as determinações da recente portaria ministerial que regula o processo transexualizador no SUS. Pode-se assim considerar que há canais formais estabelecidos e necessidades concretas que precisam e devem ser articulados para a continuidade deste processo.

Entre os desafios estão a necessidade urgente de ampliação da rede de atenção especializada, onde a experiência do ASITT deve ser considerada, não enquanto modelo único a ser replicado, mas sim como

possibilidade concreta de resposta que pode ser adequada às diferentes realidades regionais ou municipais. Paralelamente, é preciso investir na sensibilização e instrumentalização da rede como um todo no que se refere ao direito destas pessoas a terem acesso a uma atenção em saúde acolhedora, livre de preconceito, julgamentos morais e práticas discriminatórias. O respeito ao nome social e sua incorporação efetiva tanto no âmbito relacional como nos registros internos dos equipamentos de saúde necessita ser amplamente divulgado e sua estratégia de implantação urgentemente ser definidas.

No nível terciário da atenção o acesso às cirurgias de transgenitalização e todos os demais procedimentos previstos na portaria que regulamenta o processo transexualizador é ainda bastante restrito e sabidamente insuficiente para atender a demanda. Temos no estado de São Paulo uma única referência cadastrada para esta função e que acaba, devido à escassez de referências no país, por absorver, um número expressivo de pessoas vindas de outras regiões do país. Assim é urgente buscar estratégias para ampliar estas referências em âmbito estadual e nacional, e concomitantemente investir na formação de novos quadros qualificados para atender esta demanda.

ATENÇÃO AS IST NO ESTADO

Até a década 1960 a atenção às IST era realizada por meio de ambulatórios públicos de Doenças Venéreas, especialmente nas áreas portuárias e nas zonas de meretrício, que foram desativados, após o advento dos antibióticos, por julgarem-se erradicadas as doenças venéreas.

Em 1986, foi elaborada uma Proposta de Programa de controle de DST por iniciativa de profissionais do serviço público e da Faculdade de Saúde Pública da USP, utilizando um modelo hierarquizado com retaguarda laboratorial especializada (nos Escritórios Regionais de Saúde - ERSA), constituído por equipes multiprofissionais com foco na educação sanitária, busca de parcerias sexuais e previa notificação dos atendimentos.

A partir de 1988 houve a criação do Grupo Especial de Programa (GEPRO-DST), publicado no DOE:

O Secretário da Saúde, resolve:

Artigo 1º - O Grupo Especial de Desenvolvimento de Programas - GEPRO - de Doenças Sexualmente Transmissíveis, a que se refere a Resolução SS 284 de 3-9-87, passou a ter, a partir de 10-10-88, a seguinte constituição, sob a coordenação da primeira: Dra Elisabete Taeko Onaga, Cleusa Ulanin, Herculano Duarte Ramos de Alencar, Rute Barreto Ramos, Maria Isabel Ribeiro Rodde Campos, Kazuca Nacata Albuquerque, Maria Elizabeth Poli de Campos Leme, Regina Gomes de Almeida, Vera Lúcia dos Santos Gonzales, Idalina Maria Diniz das Neves Rôlo, Lúcio Luiz de Souza; Ana Maria Aratangy.

Em 1989 houve a reorientação da proposta de Programa de DST, inserindo-se as ações dentro dos programas de saúde da mulher, do adolescente e do trabalhador; com pronto atendimento dos casos sintomáticos nas UBS e estabelecimento de um mecanismo de referência e contra referência secundária nos Centros de Apoio Diagnóstico e Treinamento (CADT). Nesta ocasião também foi proposta a notificação compulsória das DST e o rastreamento para sífilis e HIV em todos os casos de DST.

Entre 1991 e 1993 foram publicadas as Diretrizes e Normas Técnicas de Tratamento e Prevenção para o combate de doenças sexualmente transmissíveis, no Caderno de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde.

À época também foi publicado o 1º Manual de Vigilância Epidemiológica de Sífilis Congênita para estado de São Paulo, a primeira Cartilha de DST para população geral e para Profissionais do sexo:

- Publicação da primeira cartilha de DST:
- Publicação Profissionais do Sexo:
- Trajetória da integração entre os programas de DST e Aids.

Em 1994 houve a unificação das comissões científicas de DST e AIDS sob a presidência do Professor Dr. Marcos Boulos com posterior unificação dos Programas de DST e Aids. Em 1995 ocorreu a implantação do Serviço de DST no Centro de Referência de Aids (Rua Antônio Carlos), a partir do que passou a ser denominado Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids (CRT DST/Aids).

Na época a abordagem das DST era essencialmente clínica e a demanda majoritariamente de parceiros de portadoras de HPV, tendo como carro chefe a peniscopia.

Em 1997 foram validados os fluxogramas da Abordagem sindrômica para as DST no Brasil, para: Corrimento Uretral, Úlceras genitais, Corrimento Vaginal e Desconforto e dor pélvica, pelo Programa Nacional de DST/Aids (PN DST/Aids - MS).

Em 1998 foram incorporadas pelo Programa Estadual de DST/Aids as Diretrizes da abordagem sindrômica das DST com o lançamento da 1º

publicação conjunta entre as equipes de DST e aids.

Ao mesmo tempo foi publicado o novo Manual de Vigilância Epidemiológica da Sífilis Congênita.

TRAJETÓRIA DAS AÇÕES PROGRAMÁTICAS

No período de 1998 a 2008 houve a consolidação do serviço de DST/CRT e a ampliação do atendimento com incorporação do CTA, atendimentos das Hepatites, vítimas de violência sexual, pares discordantes e acidentes biológicos.

Uma vez constituído, o Núcleo serviu como modelo de serviço para o Programa estadual, executando treinamentos em Abordagem sindrômica, Aconselhamento e incluiu ações específicas para lideranças comunitárias.

Também passou a oferecer estágios nas áreas de Psicologia e profissionais de enfermagem.

Desde então o núcleo participa na elaboração e execução de várias pesquisas com o objetivo de conhecer:

- Prevalência de sífilis com utilização de testes rápidos
- Prevalência de DST e HIV em mulheres que fazem sexo com mulheres
- Prevalência de HPV em homens
- Prevalência de DST no Brasil (Ministério da Saúde)
- História natural da infecção por HPV em homens com início em 2005 e previsão de encerramento em 2014.

- Projeto SenGono para verificar a sensibilidade das cepas de *Neisseria gonorrhoeae*.

- Antecedentes de DST em mulheres vivendo com HIV
- Prevalência de sífilis em moradores de rua
- Prevalência de Clamídia em mulheres vivendo com HIV

De 2007 até 2018

- Formação do Núcleo de DST/CTA com introdução do uso de testes rápidos para HIV, sífilis e Hepatites B e C.
- Participação na elaboração e execução como sítio sentinela para *Neisseria gonorrhoeae* e para etiologia das úlceras genitais (projeto em andamento)
- Elaboração de macro fluxos para atenção às IST no Núcleo de DST e modelo para o Programa Estadual de DST/Aids.
- Implantação do Acolhimento multidisciplinar como porta de entrada para o Núcleo de DST.
- Elaboração e publicação do Manual para Manejo das DST em pessoas vivendo com HIV.
- Implementação da profilaxia pós e pré-exposição ao HIV no núcleo de DST/CTA
- Publicações de estudos realizados no Núcleo de DST/CTA, tanto em Congressos como em periódicos científicos indexados.
- Introdução do diagnóstico por PCR na urina para Clamídia e gonorreia.
- Participação no Comitê Nacional Científico de IST para elaboração dos PCDT: de IST, de transmissão vertical e de vigilância epidemiológica.

- Capacitações de IST e de transmissão vertical para os municípios do estado de SP.
- Organização e execução, no núcleo de DST/CTA, de programas de treinamento para médicos e enfermeiros residentes e para profissionais de saúde da Atenção Básica e Especializada (SAE).
- Elaboração das Diretrizes para implementação da rede de Cuidados para as IST/HIV/aids no Manual de Assistência às IST.
- Elaboração de programas de educação à distância com a temática das IST, por meio de vídeo conferências (em construção)
- Participação na elaboração e execução de eventos em conjunto com entidades de classe que incorporam as questões relacionadas com IST nos seus programas (SBDST, SOGESP, SBP, SBD, SBU, entre outras).
- Implementar a rede de cuidados em IST/HIV/aids, com prioridade para a qualificação da atenção à sífilis adquirida e sífilis na gestação visando a eliminação da sífilis congênita.
- Qualificar a atenção às IST nos serviços especializados, em especial nos Centros de Testagem e Aconselhamento, com ênfase na prevenção combinada.
- Estabelecer novas estratégias para o cuidado das IST na atenção básica.
- Implementar Educação à distância (Plataforma educacional - CRT).
- Implementar o diagnóstico de infecção assintomática por clamídia e gonorreia.
- Realizar estudo de validação da citologia oncológica como método de prevenção da infecção anal pelo HPV.
- Incorporação de novas tecnologias para o manejo das IST.

PERSPECTIVAS:

- Fortalecimento da participação da sociedade civil nas ações programáticas.
- Implementação de polos macrorregionais para apoiar a qualificação da atenção às IST visando a descentralização de ações e o efeito multiplicador.

