

Prevenção às IST/HIV/aids no Estado de São Paulo



Mandala de Proteção CRT DST/Aids-SP

Nas primeiras duas décadas da epidemia de HIV/aids as ações de prevenção, sempre pautadas pelo respeito aos direitos humanos e à diversidade sexual, se basearam na luta contra o preconceito e discriminação e na oferta de insumos, preservativos masculinos, femininos, gel lubrificante e material informativo distribuídos nos serviços de saúde pública, atividades extramuros e atividades promovidas pelas Organizações não Governamentais (ONGs).

Durante esse período, um dos principais desafios foi o preparo dos profissionais de saúde para lidarem com as questões relacionadas ao HIV tanto no que diz respeito à assistência quanto à prevenção. O aconselhamento foi

uma tecnologia introduzida no campo das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e aids, para discutir prevenção, ofertar a testagem para o HIV e fazer a revelação do diagnóstico. Como estratégia de prevenção da transmissão sexual do HIV iniciou-se as oficinas de sexo seguro, espaços que permitem a discussão do autocuidado, de como viver positivamente a sexualidade, de acordo com os seus valores e opções, e proteger das IST e HIV com ênfase no preservativo. Essa tecnologia foi, e ainda é utilizada tanto nos serviços de saúde quanto nas ONG e atualmente com enfoque no gerenciamento de risco.

No intuito de conter a transmissão sanguínea do HIV, no fim da década de 80,

foi estabelecido rígido controle do sangue e hemoderivados transfundidos e essa ação foi fundamental para diminuir de forma importante o impacto do HIV/aids nos indivíduos transfundidos e hemofílicos.

Nos anos 90, com o aumento da incidência de casos de aids em pessoas em uso de drogas injetáveis (PUDI), implantou-se a Política de Redução de Danos (RD) que é um conjunto de medidas em saúde que tem por finalidade minimizar as consequências danosas do uso de drogas. A distribuição de seringas e agulhas descartáveis, no Kit de RD para pessoas usuárias de drogas injetáveis (PUDI), tinha a perspectiva de diminuir a infecção pelo HIV nessa população e embora tenha havido uma importante queda na incidência dessa infecção nas PUDI, nos anos 2000, hoje a distribuição do Kit de RD, em alguns serviços de referência, ainda guarda a mesma perspectiva.

Dadas às especificidades das PUDI e a dificuldade de acessá-las foram capacitados ex-usuários de drogas como agentes de prevenção, trabalhando na lógica da educação entre pares que valoriza a troca de saberes entre pessoas que viveram ou vivem experiências semelhantes. Nessa mesma lógica trabalhou-se com prevenção para as profissionais do sexo.

Outra importante estratégia da prevenção com populações vulneráveis é acessá-las através do trabalho no território, onde essas populações vivem ou transitam com a finalidade de estudo, trabalho ou lazer. Esse trabalho prevê o estabelecimento de uma rede de equipamentos e serviços do próprio território que possa atender às demandas dessas populações, proporcionando e/ou

ampliando seu acesso as ações de prevenção às IST/aids.

Sabendo-se que as outras IST são portas de entrada para o HIV, uma estratégia importante de prevenção é o tratamento das mesmas. Para que os serviços pudessem se preparar para este atendimento capacitou-se profissionais de todo o Estado no manejo das IST por fluxograma (abordagem sindrômica), que consiste na utilização imediata de uma gama de medicamentos que possa cobrir as possibilidades diagnósticas diante de uma série de sinais e sintomas, oportunizando o tratamento das IST na primeira abordagem do indivíduo com a queixa.

As primeiras formas de uso dos antirretrovirais (ARV) enquanto tecnologia de prevenção foram as profilaxias pós-exposição (PEP) para acidentes de trabalho com materiais perfuro cortantes (acidentes biológicos) e para violência sexual, na tentativa de impedir a replicação viral e a infecção pelo HIV dos profissionais acidentados ou das vítimas de violência.

O tratamento com ARV das gestantes HIV positivas e de seus bebês até a sexta semana de vida, aliada a recomendação de não amamentar, mostrou-se uma medida eficaz para reduzir drasticamente a transmissão vertical do HIV.

Com o passar do tempo novas estratégias foram incorporadas ao rol de possibilidades de prevenção para além dos preservativos, e surgiu a necessidade da incorporação dessas para avançar na prevenção da transmissão sexual do HIV.

Uma das primeiras ações nesse sentido foi a proposição de acordos entre casais que se consideram estáveis, que pressupõe que ambos realizem o teste para detecção do HIV após pelo menos 3 meses de parceria sexual exclusiva, considerando a janela imunológica, e se ambos forem negativos podem abandonar o uso do preservativo entre o casal, e se comprometer a usá-lo caso tenham relações extraconjugais. Outro acordo seria usá-lo só nas relações anais, que tem maior risco para adquirir IST e não nas relações vaginais e orais. Obviamente esses acordos só são possíveis em situações em que o casal tem um bom diálogo.

O teste do HIV passou a ter uma utilidade além do diagnóstico e começou a ser usado como ferramenta de prevenção. A partir do conhecimento de seu status sorológico para o HIV o indivíduo escolhe parceiros e propõe acordos.

Nos últimos anos houve um avanço considerável nos métodos de prevenção biomédica e iniciaram-se diversos estudos em torno da circuncisão masculina, do gel virucida, da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), Profilaxia Pós Exposição Sexual (PEP Sexual), e o tratamento ARV com finalidade de prevenção (TcP), as três últimas já instituídas como políticas públicas no Brasil.

Passou-se a discussão da Prevenção Combinada que consiste em utilizar um ou mais métodos de prevenção dependendo do tipo de relação, do parceiro e do momento de vida de cada indivíduo.

Reconhecer que o uso do preservativo não é a única prática a ser recomendada pelos

profissionais da saúde para a prevenção do HIV, não minimiza sua importância. O surgimento de novas tecnologias é sem dúvida um avanço e discutindo-as o profissional de saúde abre um diálogo onde as pessoas poderão colocar como se sentem em relação aos métodos de prevenção, pois sabe-se que o preservativo não cabe na vida de algumas pessoas.

Hoje se trabalha com a proposta de “gestão dos riscos” que é uma estratégia de prevenção que tem por finalidade aumentar o grau de autonomia de indivíduos e de segmentos sociais para lidarem com a prevenção da transmissão sexual do HIV.

Essa estratégia está baseada no direito de pleno acesso às informações e aos diversos métodos de prevenção que oferecem algum grau de proteção contra o HIV nas relações sexuais e no reconhecimento de que cada indivíduo possui a capacidade de escolher o método preventivo mais adequado à sua realidade e às suas necessidades.

A prevenção da infecção pelo HIV avançou com: o desenvolvimento de testes rápidos que agilizam o diagnóstico, o tratamento como prevenção, a PrEP, a PEP em relações sexuais desprotegidas e ampliou a distribuição e o acesso dos insumos de prevenção (preservativos e gel), levando os mesmos aos locais de encontro de populações mais vulneráveis através de parcerias com equipamentos sociais na comunidade. Essas e outras estratégias fazem parte da proposta de prevenção combinada e de gestão de riscos, que permeiam toda a discussão da prevenção da transmissão sexual do HIV na atualidade.

PREVENÇÃO COMBINADA: NOVOS TEMPOS, NOVAS TECNOLOGIAS

Desde o início da epidemia de aids a promoção do uso do preservativo tem sido a principal estratégia empregada para a prevenção da infecção pelo HIV no Brasil. Esse cenário vem se modificando ao longo do tempo na medida em que outras estratégias comportamentais e tecnologias biomédicas de prevenção começam a se mostrar efetivas e disponíveis para a população. Ainda que a promoção do uso do preservativo continue sendo a principal estratégia de prevenção ela não pode ser mais a única. Entende-se por Prevenção Combinada um conjunto de medidas e estratégias que ajudam as pessoas a se prevenir da infecção pelo HIV: Testagem, Camisinha, Profilaxia Pré Exposição, Profilaxia Pós Exposição, Tratamento como Prevenção e hierarquia de risco nas práticas sexuais fazem parte das estratégias da prevenção combinada.

A Prevenção Combinada deve ser vista sob três aspectos: como uma combinação de diferentes estratégias comportamentais e/ou biomédicas de prevenção em diferentes momentos da vida de uma pessoa; como uma estratégia de prevenção que deve ser combinada com a pessoa que irá utilizá-la, a partir da sua realidade e dentro das suas possibilidades, num processo de aconselhamento dialogado e não prescritivo e como uma estratégia orientada pelo respeito aos direitos humanos e a autonomia das pessoas, e por políticas públicas que garantam acolhimento, informação e acesso aos serviços de saúde e aos insumos de prevenção, principalmente para as pessoas mais vulneráveis. Da mesma forma que combinar

diferentes estratégias aumenta a chance de êxito técnico da prevenção é fundamental que essas estratégias sejam combinadas e façam sentido para quem vai utilizá-las no dia a dia e assim aumentar o seu sucesso na prática.

O tempo mostrou que apesar das campanhas e do grande incentivo ao uso do preservativo, utilizá-lo ou não nas relações sexuais é uma decisão do indivíduo e alguns não aderem de forma consistente a esse método de prevenção. Atualmente é fundamental compreender que nem todas as pessoas o utilizam. A Pesquisa de Conhecimentos Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP)2013 – mostrou que a maioria dos brasileiros (94%) considera o preservativo como a melhor forma de prevenção às IST e aids. Mesmo assim, 45% da população sexualmente ativa do país não fez uso desse insumo nas relações sexuais casuais nos últimos 12 meses.

Até algum tempo atrás isso era um enorme desafio para o trabalho da prevenção, atualmente podemos contar com várias estratégias que podem ser usadas isoladamente ou combinadas entre si, dependendo do tipo de relação sexual, da parceria e do momento de vida.

Neste tipo de abordagem, é fundamental que os profissionais de saúde conheçam todas as estratégias de prevenção e os estudos científicos que as fundamentam, para que possam discutir, com segurança e tranquilidade, as várias possibilidades hoje disponíveis, dando aos indivíduos a autonomia da escolha dos métodos que vão utilizar para sua proteção.

Ao orientar a população e os usuários dos serviços, os profissionais de saúde devem ter em mente que algumas estratégias de prevenção não oferecem total proteção contra a infecção pelo HIV, mas ter alguma proteção é melhor do que não ter proteção nenhuma. Tendo informação as pessoas podem escolher as estratégias preventivas mais adequadas a sua realidade e às suas necessidades em diferentes situações da vida.

Vale ressaltar que nenhuma ação isolada protege completamente da transmissão do HIV, razão pela qual o Programa das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) defende fortemente a utilização da prevenção combinada, lembrando que todas essas estratégias devem estar ancoradas em um trabalho para redução do estigma e discriminação para seu maior sucesso.

TECNOLOGIAS E ESTRATÉGIAS TRADICIONAIS



O preservativo masculino é a mais antiga estratégia de prevenção da infecção pelo HIV. Se utilizado em todas as relações sexuais e corretamente, o preservativo protege contra

o HIV, contra a maioria das outras IST e evita gestações não planejadas.

O preservativo masculino é um método que não possui efeitos colaterais, nem provoca danos à saúde, exceto nos raros casos de alergia à sua borracha.

Todos podem usá-lo e este insumo deve estar disponível para distribuição gratuita e sem barreiras nas Unidades Básicas de Saúde, nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e outros serviços. Em alguns municípios eles são distribuídos também em motéis, bares e cinemas de pegação e outros locais de encontros, além de outros equipamentos sociais no território (<http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/eventos/2encontro-de-sae-do-estado-de-sao-paulo/juntosnaprevencaosaudeeducacaoede maisparceiros.pdf>). A população também pode comprar preservativos de diversas marcas, tamanhos, sabores e preços em farmácias da rede privada e estabelecimentos do mercado erótico.

Usar a camisinha é a opção mais fácil para se evitar a infecção pelo HIV, colocando a camisinha no parceiro ou parceira, usando os dedos para promover prazer nesse momento, ou colocando a camisinha com a boca, fazendo brincadeiras eróticas para que a camisinha faça parte da relação de uma forma prazerosa. Usando a camisinha junto com o Gel Lubrificante a relação sexual fica ainda mais segura.

Embora o uso do preservativo seja a mais clássica das estratégias de prevenção da infecção pelo HIV é fato que muitas pessoas têm dificuldade de utilizá-lo em todas as relações sexuais, o tempo todo.

O preservativo feminino, por sua vez, é um método de prevenção das IST/HIV que dá poder de decisão e autonomia para a mulher. A camisinha feminina pode oferecer diversos benefícios antes, durante e depois da relação sexual.

O preservativo feminino assim como o masculino pode ser utilizado como dupla proteção quando o assunto é gravidez não planejada e prevenção contra infecções sexualmente transmissíveis. Quando é usada corretamente, a chance de falha é muito pequena. Por não apertar o pênis e por sua espessura ser mais fina, não atrapalha as sensações durante a penetração. Quando utilizada da maneira correta, é um método confortável tanto para o homem quanto para a mulher. É uma alternativa para casais de qualquer faixa etária, e pode ser excelente para pessoas idosas, pois por ser colocado na vagina da mulher não é necessário esperar que o pênis esteja completamente ereto, como é o caso para a colocação do preservativo masculino. Outra vantagem é que a camisinha feminina pode ser colocada até oito horas antes da relação sexual, mantendo sua eficácia. Também não precisa ser retirada logo após a ejaculação, pois não depende da ereção do pênis para manter-se no lugar e evitar o vazamento do esperma.

Gel Lubrificante

O gel lubrificante tem papel na prevenção da transmissão sexual do HIV dado que sua presença nas relações sexuais diminui o atrito e a possibilidade de provocar micro lesões das mucosas genitais e anais, lesões estas, que funcionam como porta de entrada para o HIV e outros microrganismos.

Recomenda-se seu uso associado ao preservativo, potencializando a prevenção, ou uso isolado, pois mesmo sem o preservativo o gel lubrificante confere alguma proteção, na medida em que minimiza a chance de aparecimento de lesões genitais.

DISTRIBUIÇÃO DOS INSUMOS

Ao longo destes 30 anos, houve progressos no que se refere a logística de insumos para prevenção. De 1987 a 1994, a distribuição de preservativos masculinos era realizada apenas em datas especiais como o dia mundial de luta contra a aids (1 de dezembro) e durante o carnaval, e em projetos pontuais. Em 1994, iniciou-se a distribuição sistemática de preservativos masculinos priorizando-se os usuários dos serviços de saúde com atendimento especializado em DST/HIV/aids, e os campos onde eram desenvolvidas ações de prevenção com as populações de maior vulnerabilidade. Posteriormente, foram envolvidos os serviços de Atenção Básica na distribuição desse insumo.

A partir de 1999, iniciou-se a distribuição de preservativos femininos e do o gel lubrificante, ampliando os insumos de prevenção para serviços de atenção às IST/Aids e Organizações Não Governamentais que atuavam com população de homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e travestis.

Criado em 2000, o Comitê Estadual de Preservativos, composto por representações das Direções Regionais de Saúde, Coordenadoria de Saúde da Grande São Paulo, Coordenadoria de Saúde do Interior, Programa de Saúde da Mulher, Programa de

Saúde do Adolescente, representantes dos Programas Municipais DST/Aids, Secretaria da Educação por meio da Fundação para o Desenvolvimento Escolar e da sociedade civil com representação do Fórum de ONG/Aids e Fórum HSH de São Paulo, elaborou a Política Estadual de Aquisição e Distribuição de Preservativos masculino e feminino, assim como o dimensionamento das necessidades desse insumo para o Estado.

ACORDOS E HIERARQUIA DE RISCO NAS RELAÇÕES SEXUAIS

Reconhecendo o esgotamento do discurso do uso do preservativo em 100% das relações, fez-se necessário assumir a flexibilização do seu uso, trabalhando a autonomia dos sujeitos com relação a sua proteção.

Informações sobre todas as possibilidades de prevenção são importantes para que as pessoas possam gerenciar o seu próprio risco.

Uma das primeiras iniciativas nesse sentido dentro da PE DST/aids-SP foi a produção de um documento trazendo esta reflexão que foi publicado com o título: “Conjugalidades e Prevenção às DST/aids”. O mesmo aborda a possibilidade de “acordos” para casais estáveis, abrindo a discussão e proposição do “gerenciamento do risco” enquanto estratégia de prevenção.

Para fazer estes acordos ambos os parceiros devem realizar o teste anti-HIV periodicamente, e conforme os resultados dos mesmos podem negociar em que momentos usarão ou não o preservativo. Tomando como exemplo um casal onde ambos sejam soronegativos para o HIV, podem combinar

de usar o preservativo apenas nas práticas de maior risco do casal e/ou nas relações extraconjugais.

Há vários arranjos possíveis, mas obviamente, esses acordos só podem ser discutidos em relações onde há possibilidade concreta de diálogo, sem risco de violência.

Em relação à hierarquia de risco, sabe-se, por exemplo, que dependendo do tipo de relação sexual, a pessoa pode se expor a um risco maior ou menor de adquirir HIV. As relações sexuais onde o indivíduo soronegativo para o HIV está sendo penetrado por parceiro soropositivo para o HIV, são as de maior risco, sendo o risco das relações anais maiores do que das relações vaginais. Usar preservativos prioritariamente nestas duas práticas é muito importante para se prevenir do HIV. A situação contrária, isto é, de um indivíduo que faz a penetração em alguém soropositivo para o HIV, também traz risco de infecção, embora este risco seja menor do que se ele estivesse sendo penetrado.

De todas as práticas, o sexo oral é a que oferece menor risco, sendo a possibilidade transmissão do HIV insignificante neste tipo de relação, com pouquíssimos casos relatados na literatura.

O contato com sangue e com secreções sexuais, particularmente o esperma, de indivíduos soropositivos para o HIV, aumenta o risco de infecção. O HIV não atravessa pele íntegra, portanto os contatos que trazem perigo de infecção nas relações sexuais são com as mucosas do pênis, vagina, ânus e boca.

Assim, o indivíduo deve evitar receber ejaculação em relações com práticas

penetrativas anais e vaginais. Na relação sem camisinha, pedir para o parceiro gozar fora, se for importante gozar dentro, optar por gozar na boca, que é a relação de menor risco.

Com essas informações o indivíduo estará mais apto a avaliar em quais relações sexuais deve usar o preservativo, considerando que algumas têm mais risco do que outras. Embora haja maior segurança no uso de preservativos em todas as relações, se o uso dos mesmos for priorizado nas práticas de maior risco, a chance de infecção pelo HIV será minimizada.

Nos últimos anos com o desenvolvimento das tecnologias biomédicas de prevenção à infecção do HIV/aids, estão disponíveis para os profissionais da saúde várias estratégias que podem ser oferecidas aos indivíduos que podem usá-las de maneira isolada ou combinada, dependendo do tipo de parceria sexual ou do seu momento de vida. Abrem-se novos canais de comunicação que podem aproximar dos serviços àqueles que não utilizam o preservativo em todas as relações sexuais.

MÉTODOS DE PREVENÇÃO BIOMÉDICA

Entende-se por prevenção biomédica o conjunto de intervenções profiláticas voltadas à redução do risco de aquisição ou de transmissão da infecção por HIV que envolvem o emprego de tecnologias cujo alvo é a interação vírus-hospedeiro. Entre as estratégias para a prevenção da transmissão do HIV destacam-se a Testagem para HIV, incluindo-se o autoteste, sífilis e hepatites B e C, o uso da Profilaxia Pré-exposição (PrEP), Profilaxia Pós-exposição (PEP) e o

Tratamento como Prevenção (TcP). Todas estas estratégias já são ofertadas pelo Sistema Único de Saúde.

REALIZAÇÃO DE TESTAGEM PARA O HIV

Hoje, uma das diretrizes do Programa Estadual de DST/AIDS é a realização/ampliação da testagem nas mais diversas oportunidades: serviços de saúde (pré-natal, serviços de DST, atendimento de tuberculose, planejamento familiar, etc); campanhas e ações extra-muros, com vistas ao diagnóstico precoce.

A existência de uma terapêutica eficaz para a infecção pelo HIV muda seu prognóstico, sendo este melhor quanto mais precoce for o diagnóstico, o que justifica, sem sombra de dúvida, o estímulo a realização do teste em larga escala.

Assim, o teste anti-HIV é visto hoje como uma ferramenta/estratégia de prevenção e seu resultado é essencial para a prevenção da transmissão vertical do HIV; para a realização de acordos entre casais; para indicação da PEP; para a proposição de tratamento como prevenção primária; para a discussão de prevenção combinada e gestão de risco.

Obviamente, realizar o teste não evita a infecção pelo HIV, mas feito com certa frequência possibilita ao indivíduo saber se tem o vírus ou não, o que é importante para escolher as estratégias que vai usar para se proteger e proteger seus(suas) parceiros(as) do HIV. Além disso, os momentos de oferta e entrega do resultado do teste, abrem aos profissionais a possibilidade de discutir amplamente a prevenção das IST/HIV/AIDS, observando as particularidades dos indivíduos.

Com os indivíduos soronegativos para o HIV é importante discutir os insumos de prevenção e as tecnologias biomédicas disponíveis que podem evitar a infecção pelo HIV.

Com os indivíduos soropositivos para o HIV, a discussão deve apontar para um encaminhamento a um serviço onde será adequadamente acompanhado do ponto de vista clínico e terapêutico.

Muitos autores se empenharam em entender as vantagens e desvantagens implicadas na decisão de se testar. As barreiras mais comumente relatadas pelos informantes foram o medo de encontrarem um resultado positivo para HIV e o medo do estigma e conseqüente rompimento com sua rede social.

A realização do teste para HIV pode provocar no indivíduo uma reflexão sobre a possibilidade de estar infectado por esse vírus e associada ao diálogo promovido pelo aconselhamento, tal reflexão pode, potencialmente, se reverter em uma mudança de comportamento.

Para usar o teste como estratégia de cuidado é preciso que ele seja repetido periodicamente, pelo menos uma vez ao ano.

São ofertados nos Centros de Testagem do Estado de São Paulo, testes rápidos para detecção do HIV, sífilis e hepatites B e C, e em serviços da rede pública de saúde.

DEZ ANOS DE CAMPANHAS ESTADUAIS DE TESTAGEM – FIQUE SABENDO



Campanha Fique Sabendo CRT DST/Aids-SP

No Estado de São Paulo, em 2008, o Programa Estadual de DST/Aids-SP, em resposta ao problema do diagnóstico tardio, elaborou juntamente com o Instituto Adolfo Lutz, um plano estadual de ampliação do diagnóstico precoce do HIV. A realização anual da campanha desde então é uma de suas principais estratégias.

A marca Fique Sabendo foi lançada pelo Departamento Nacional DST/Aids, Ministério da Saúde, em 2003, como uma campanha de comunicação que visava estimular as ações de testagem do HIV em todo o Brasil.

Neste período de 10 anos, a Coordenação Estadual manteve o Slogan “Fique Sabendo” incluindo posteriormente o mote “Tire o peso da dúvida, Faça o teste”. O mote buscou atingir as pessoas que por receio das conseqüências de um resultado reagente não enfrentam a ansiedade provocada pela realização do exame e desistem ou evitam sua realização.

A proposta de uma campanha de incentivo à testagem anti-HIV visa oferecer à população, em especial às mais vulneráveis, oportunidade de diagnóstico e tratamento precoce da infecção para além dos espaços e horários de rotina existentes na rede de atenção. Outro objetivo, não menos importante é contribuir para a redução do estigma associado à aids e também à realização de testagem anti-HIV, aproximando-a de forma massiva da população no período de campanha, popularizando a estratégia para além da oferta pelos profissionais de saúde em rotinas de pré-natal, por exemplo.

Do ponto de vista dos avanços tecnológicos, os métodos de diagnóstico rápidos para o HIV, foram decisivos para ampliação do acesso ao teste, sendo facilmente incorporadas pelos serviços saúde, incluindo as unidades de atenção básicas, ainda que estas apresentem diferentes formas de vulnerabilidades programáticas.

Com a possibilidade de realizar o exame em poucos minutos, em locais sem grande infraestrutura, o Teste Rápido de HIV oportuniza que o usuário tenha acesso ao seu resultado de forma ágil, no mesmo dia, seja encaminhado imediatamente para a referência assistencial dando assim início ao tratamento de forma precoce, ou no caso de resultado não reagente, refletir e gerenciar as estratégias de prevenção disponíveis que melhor se adequem ao seu momento e contextos de vida.

O Teste Rápido Diagnóstico para o HIV é um imunoenensaio que detecta anticorpos através de dispositivos ou tiras, em até 30 minutos. Foi implantado no Brasil, em 2003, com o

Projeto Nascer Maternidades, inicialmente como teste de triagem nas parturientes, e a partir de 2006, como método diagnóstico.

Os testes rápidos de HIV são realizados majoritariamente utilizando-se amostras de sangue colhidas por punção digital, mas em 2014 é introduzido no Brasil, no sistema único de saúde, o TR de HIV realizado a partir de amostras de fluido oral coletado pelo próprio indivíduo. Esta metodologia tem boa aceitação pela população, permite a ampliação da oferta do teste junto às pessoas mais vulneráveis, fora dos serviços de saúde e inclusive passa a ser realizada por integrantes de Organizações Não Governamentais devidamente capacitadas.

A campanha anual de testagem no estado de São Paulo é realizada de tradicionalmente na última semana de novembro finalizando com o dia 1º de dezembro – dia mundial da luta contra a aids.

O preparativo para a realização da campanha envolve diversas instâncias de gestão do estado: Grupos de Vigilância epidemiológica (GVE), Coordenação municipal de DST/HIV/ aids e municípios.

Para realização das ações de testagem, com priorização das ações extramuros que levam os testes para locais de concentração e sociabilização das populações mais vulneráveis o Programa Estadual de DST Aids-SP elaborou e forneceu folders e cartazes informativos sobre testes rápidos, a importância da testagem do HIV – Fique Sabendo e oferta de preservativos masculinos. Para além do material informativo o Programa produziu camisetas e jalecos que identificam os realizadores da campanha nos municípios e

nos últimos anos acrescentou o fornecimento de sacolas de pano e bolsas térmicas para o acondicionamento do material informativo e kits de testes rápidos.

São intensos ao longo do ano os preparativos de todas as regiões e municípios participantes da campanha. São realizadas reuniões de atualização e capacitação de novos profissionais para realização de testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites virais B e C, reuniões preparatórias para uso dos instrumentos de campanha e realização de revelação diagnóstica. Além destas atividades são estabelecidas parcerias intra e intersectoriais para realização das campanhas nas regiões. Nos últimos anos a Secretaria de Administração Penitenciária, por exemplo, participou da campanha com presídios e Centros de detenção provisória das cinco macrorregiões. Também as ONGs são parceiras importantes na realização da campanha capando populações mais vulneráveis para realização de testes.

A adesão e cadastramento dos municípios são realizados utilizando-se a plataforma pública FORMSUS do DATASUS. O diálogo com os municípios e serviços, no planejamento, apoio aos preparativos de campanha, é realizada via webconferências e comunicação por e-mail, São temas: a logística dos insumos, definição e período e locais de campanha em cada município, divulgação de instrumentos de monitoramento da campanha inclusive fichas de atendimento e formulários de acompanhamento dos casos reagentes para HIV até sua vinculação nos serviços de referência.

A digitação da ficha de atendimento, controle e instrumento de monitoramento

é realizada através do FORMSUS, serviço disponibilizado pelo DATASUS para elaboração de formulários via WEB. No formulário I os municípios devem informar o número de pessoas testadas e resultados reagentes, já no formulário II devem ser digitados as fichas de atendimento, por fim no formulário III são informados todos os casos reagentes de HIV e Sífilis.

Os dados coletados são analisados e divulgados para os GVE, municípios e serviços participantes. A vinculação dos casos reagentes no serviço de referência é monitorada junto aos municípios e complementada com verificação de realização de exames de contagem de CD4 no SISCEL e notificação dos casos de HIV no SINAN.

Ao longo dos 10 anos, o número de municípios que aderiu à campanha cresceu de 58% (376) em 2008 para 94% (604) em 2017.

Levando-se em conta o perfil das unidades de saúde participantes nos municípios identificamos um mínimo de 55% em 2012, e um máximo de 93% do conjunto de serviços da rede de Atenção Básica dos municípios participantes.

A diminuição importante ocorrida em 2012 coincide com a redução de exames convencionais disponibilizados aos municípios nestes anos. Em média 70% dos serviços da Rede de Atenção Básica dos municípios participaram das campanhas nestes 10 anos. É importante lembrar que além da rede de atenção básica participam em menor quantidade os serviços da rede especializada, particularmente Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Serviços de Assistência Especializada (SAE).

A campanha de testagem nos primeiros anos de realização utilizou principalmente a modalidade convencional na oferta de exames, incluindo exclusivamente exames de HIV. A Secretaria de Estado da Saúde custeou os exames sorológicos de HIV e a campanha foi realizada em parceria com a rede laboratorial do Instituto Adolfo Lutz.

A campanha estadual, integrando o plano de ampliação do diagnóstico precoce do HIV incentiva e prevê a realização de exames convencionais e rápidos de HIV. A partir de 2012 a campanha inclui exames convencionais e rápidos de sífilis e em menor proporção a realização de testes rápidos de hepatites B e C. Nestes dez anos de campanha foram realizados 2,3 milhões de exames. Destacamos a inversão ocorrida em 2013, ano em que a realização de testes rápidos suplanta a realização de exames convencionais. Esta inversão se mantém e a realização de testes rápidos cresce ano a ano chegando a 380 mil testes rápidos realizados no período da campanha em 2017, sendo que dentre os TR 34,7% de HIV, 31,3% de sífilis e 17% de hepatite B e 17% de hepatite C.

Quando levamos em conta os municípios paulistas que aderiram à campanha, verificamos o compromisso dos mesmos para controle da epidemia, com destaque para municípios de médio e pequeno porte que não possuem programas estruturados e realizaram ações de ampliação do diagnóstico do HIV na rede de atenção básica de seus municípios e em ações extramuros de testagem.

Na ampliação do diagnóstico precoce uma das metas é ampliar a proporção de pessoas que realizaram o teste de HIV pelo menos uma vez na vida. Nestes dez anos de campanha a proporção média de homens que

realizaram o teste por primeira foi de 56,4% e entre as mulheres 48,3%. Estas proporções não tiveram muitas discrepâncias ao longo dos anos. Vale destacar, no entanto, que entre os que realizaram testes rápidos a proporção é maior que entre os que realizaram a sorologia convencional para HIV. E entre homens é sempre superior que entre as mulheres que realizam exames de HIV na rotina de pré-natal.

É importante destacar que a partir de 2010, o monitoramento da campanha passou a solicitar dos municípios informações sobre encaminhamento dos casos identificados para a referência assistencial. Este monitoramento realizado junto aos municípios buscou destacar a importância da ação da vinculação das pessoas diagnosticadas com HIV à unidade de saúde responsável por seu acompanhamento. Uma vez que a rede de referência para acompanhamento abrange aproximadamente 145 municípios, o encaminhamento e vinculação requer articulação entre diferentes serviços e municípios da região. Monitoramento do processo de vinculação inclui informação sobre encaminhamento para referência, razão de não realização do encaminhamento e posteriormente pesquisa de resultados de contagem de exame de CD4 e realização de notificação do caso.

No caso das testagens de sífilis realizadas com testes rápidos, o monitoramento dos casos reagentes com suspeita de sífilis passaram a ser monitorados junto aos municípios a partir de 2013. Monitoramento do caso suspeito de sífilis inclui confirmação do resultado e realização de tratamento da sífilis.

O instrumento de monitoramento dos casos positivos propõe-se a acompanhar todos os casos positivos de HIV e sífilis até a chegada à Unidade de Referência para tratamento. O

instrumento é composto por informações sobre confirmação do diagnóstico, conhecimento da infecção, município e unidade de referência para o acompanhamento/tratamento do caso. Na campanha realizada em 2017, de 139 municípios que identificaram pessoas com resultados positivos para o HIV, 136 digitaram informações sobre o monitoramento do caso. Para a sífilis, de 393 municípios com casos reagentes no teste rápido de sífilis, 274 preencheram o formulário.

Monitoramento dos casos com resultados reagentes para o HIV na campanha 2017

Nos últimos dois anos, entre as metas estabelecidas para a campanha fique sabendo, além de se propor testar pessoas sexualmente ativas, principalmente as que nunca realizaram o teste de HIV e sífilis na vida, almejou-se também acompanhar todos os casos positivos até a chegada à Unidade de Referência para tratamento.

Em 2017, para o diagnóstico do HIV foram realizados 138.182 mil testes, sendo 131.773 mil testagens pelo método rápido e 6.409 mil sorologias convencionais. Já para a sífilis ocorreram 130.388 mil testes, do qual 119.424 mil ocorreram através da testagem rápida e 10.964 mil convencional.

Do total de pessoas testadas para o HIV através do teste rápido, 0,3% apresentaram resultados reagentes, Já entre os indivíduos que realizaram testagem rápida para sífilis 3,0% apresentaram resultados positivos. A análise dos casos vinculados foi realizada através do formulário de monitoramento de casos positivos.

Quando considerados apenas os casos confirmados para a infecção do HIV, de acordo com o fluxograma laboratorial do Ministério da saúde, 438 foram encerrados como infectados, destes 22,1% (97/438) eram coinfectados com HIV e sífilis, 17,4% (76/438) já eram sabidamente HIV, mas mesmo assim se submeteram a testagem.

No primeiro semestre de 2018, 77,3% dentre os diagnosticados com HIV estavam sendo acompanhados em serviço de referência e tinham registro de realização de CD4 e Carga Viral. Do total de indivíduos vinculados, 17,1% (58/339) apresentaram diagnóstico tardio (contagem de célula T menor que 200 células T) e outros 18,9% (64/339) CD4 menor de 350 (tabela 1). 69,3% das pessoas diagnosticadas durante a campanha realizaram o exame de CD4 em um período inferior ou igual a três meses posterior à mesma. Apenas 55,9% dos casos diagnosticados foram notificados no primeiro semestre de 2018, a notificação do HIV está abaixo do esperado e abaixo da encontrada de uma forma geral no estado de São Paulo.

AUTOTESTE

Em 2018, foi lançada a pesquisa “A Hora É Agora-SP”, que busca avaliar a implantação da logística de distribuição dos kits de autoteste em fluído oral, na capital paulista, para gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), com 18 anos ou mais.

Os autotestes são uma ferramenta importante para a contenção da epidemia do HIV/aids, apresentando-se como mais uma alternativa de diagnóstico precoce, visando sua utilização como estratégia de prevenção

combinada da infecção por HIV e na atenção integral a pessoas que vivem com o vírus.

A pesquisa é uma realização da Faculdade de Medicina da USP, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP)/ Fiocruz, dos Centros dos Estados Unidos de Prevenção e Controle de Doenças (CDC), do Centro de Referência e Defesa da Diversidade - SP, as ONGs Pela Vidda e Barong, do Programa de DST/Aids do Município de São Paulo - PM DST/Aids, do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo - PE DST/Aids-SP e do Departamento Nacional de IST/Aids e Hepatites Virais - DIAHV.

PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PrEP)



Medicação de PrEP CRT DST/Aids-SP

A PrEP consiste no uso de medicamento anti-HIV de forma programada para evitar uma infecção pelo HIV. A PrEP, da forma que está aprovada no Brasil, consiste no uso diário e contínuo do medicamento. Caso haja uma exposição (situação de risco), o medicamento não permite que o HIV se instale no organismo.

A medicação 2 em 1 usada para PrEP (tenofovir e entricitabina) foi originalmente usada para o tratamento de pessoas com HIV, e ainda é usada para isso. Com o tempo, diversos estudos mostraram que essa medicação poderia proteger pessoas que não tinham o HIV, evitando que elas se infectassem. Essa proteção já havia sido observada quando os medicamentos anti-HIV eram usados em gestantes infectadas para evitar a transmissão do vírus para o bebê.

Assim, os medicamentos de PrEP funcionam bloqueando alguns "caminhos" que o HIV usa para infectar o organismo. Se você tomar PrEP diariamente, a medicação pode impedir que o HIV se estabeleça e se espalhe em seu corpo. Se você não tomar os comprimidos todos os dias, pode não haver quantidade suficiente do medicamento no seu sangue para bloquear o vírus.

O iPrEx foi o primeiro estudo que propôs o uso diário de medicamentos com finalidade de prevenção, foi realizado em homens que fazem sexo com homens (HSH) não portadores de HIV, em seis países, incluindo o Brasil, com comportamento de alto risco para aquisição do HIV e demonstrou uma redução de até 44% de novas infecções em toda a amostra. Essa proteção alcançou porcentagens maiores para os indivíduos que tiveram maior adesão aos medicamentos antirretrovirais.

No estudo IPERGAY, participaram homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres transexuais que fazem sexo com homens, em alto risco de infecção pelo HIV nos últimos 6 meses. A proposta terapêutica foi de tomar dois comprimidos de Truvada

(ou um placebo) aproximadamente duas horas antes de uma possível relação sexual. Se a relação sexual realmente acontecer deverá ser tomada outra pílula até 24 horas após a relação e outra pílula 48 horas após a dose anterior. O período de tomar PrEP seria, assim, de dois ou três dias. Se o indivíduo tiver outras relações sexuais nesse período, deverá continuar a tomar PrEP até 48 horas após a última relação.

Os resultados desse estudo mostraram que as pessoas que tomaram a PrEP antes e depois do sexo tornaram-se 86% menos suscetíveis a se infectarem pelo HIV com relação as pessoas que tomaram placebo, exatamente a mesma taxa de proteção encontrada no estudo PROUD.

Outro fato relevante observado nesses estudos foi que o uso da PrEP não levou as pessoas a se exporem mais ao risco, de uma vez que não aumentaram número de parceiros, nem a incidência de outras IST e usaram de forma mais consistente o preservativo.

Diante das evidências da proteção conferida pela PrEP nos estudos citados, o Ministério da Saúde está realizando o estudo PrEP Brasil⁽⁹⁾ visando a adoção desta como uma das políticas públicas de prevenção ao HIV no nosso país.

A PrEP Brasil avalia a aceitação, a viabilidade e a melhor forma de oferecê-la como uma estratégia de prevenção ao HIV e investiga o impacto social da adoção de um protocolo para a PrEP. Participam do estudo homens que fazem sexo com homens (HSH), travestis e mulheres transexuais com risco de adquirir a infecção pelo HIV.

Entre os diversos métodos disponíveis, a PrEP é o mais recente. Pode ser muito útil para quem tem dificuldade no uso do preservativo. Há diversos motivos pelos quais uma pessoa não usa preservativo em 100% das suas relações sexuais. Ela pode ter dificuldade em ter prazer ou mesmo uma ereção. Ela pode ainda perder o controle da situação quando está sob efeito de álcool ou outras drogas. Às vezes, a pessoa não consegue exigir o preservativo do parceiro, seja por estar vivendo um período de baixa autoestima ou com questões de saúde mental, seja por estar numa relação em que ela tem menos poder de diálogo ou negociação com o parceiro.

Independentemente do motivo, a PrEP é uma opção para essas pessoas. Com a PrEP, a prevenção ao HIV não dependerá mais da colaboração do parceiro e, diferentemente do preservativo, não precisará ser colocada em prática na hora do sexo – momento em que decisões podem ser mais difíceis.

A PrEP não protege contra outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) e gravidez, mas já pode significar um grande benefício ao evitar pelo menos o HIV. Além disso, usar PrEP significa estar em acompanhamento médico regular. É importante ressaltar que a PrEP não é para todos. Os médicos prescrevem PrEP para pessoas que tenham uma maior chance de entrar em contato com o HIV.

No SUS, a PrEP é disponibilizada para pessoas HIV-negativas das seguintes populações: homens gays, bissexuais e outros homens que fazem sexo com homens; pessoas trans (mulheres transexuais, travestis, homens trans e pessoas não-binárias); profissionais do sexo ou pessoas que eventualmente recebam

dinheiro ou benefícios em troca de serviços sexuais; pessoas que estejam se relacionando com uma pessoa vivendo com HIV (casais sorodiferentes). No entanto, não basta pertencer a uma dessas populações. Avalia-se também se há sinais de que a pessoa tenha de fato vivido situações de risco recentemente, como status de relacionamento, se fez sexo sem camisinha, ou teve infecções sexualmente transmissíveis (IST).

No caso dos casais sorodiferentes, também conta se o parceiro vivendo com HIV está em tratamento regular e com boa adesão ao medicamento. Se sim, e se ele estiver com carga viral indetectável há pelo menos seis meses, ele já não transmite o vírus. Portanto, no caso de casais sorodiferentes que queiram fazer sexo sem camisinha, o parceiro HIV-negativo tem autonomia para decidir se tomará a PrEP ou se usará como método de prevenção a indetectabilidade do parceiro.

PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP)

Desde 2011, a Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP, disponibiliza a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) para indivíduos que se expuseram a risco de adquirir esta infecção, por ter tido relações sexuais sem uso de preservativo ou com rompimento deste, para além da PEP destinada aos casos de violência sexual ou acidente ocupacional. .

No caso de uma relação sexual sem preservativo, onde o indivíduo não sabe se a pessoa com quem manteve relações é soropositiva para o HIV ou não, ele deve procurar um serviço de saúde o mais rápido possível, preferencialmente nas primeiras horas após a relação de risco e no máximo

até 72 horas depois para iniciar a profilaxia com antirretrovirais (PEP sexual). Lembrando que quanto mais cedo o indivíduo começar a usar a medicação específica, maior proteção ele terá.

Este tratamento com uso de drogas antirretrovirais, durante 28 dias, deve ser supervisionado por um profissional de saúde, desde o início até o encerramento do caso. É importante que esses profissionais conheçam as indicações de PEP e estimulem seu uso nas situações tecnicamente adequadas.

Gays, outros HSH e travestis são populações prioritárias para o acesso a Profilaxia pós-exposição sexual – PEP. A CE DST/Aids desenvolveu um hot site – www3.crt.saude.sp.gov.br/profilaxia/hotsite - que apesar de conter informações importantes para toda a população, foi visualmente elaborado para chamar a atenção do segmento LGBT.

A proposta de PEP não muda a recomendação dos programas de aids de uso da camisinha como prática de sexo seguro, mas apresenta-se como mais uma possibilidade de evitar novas infecções em populações de alta vulnerabilidade. Deve ser entendida como medida eficaz na diminuição do risco de transmissão do HIV em situações em que houver falha no uso ou rompimento do preservativo.

É papel dos serviços de saúde a divulgação da PEP à população, particularmente aos segmentos mais vulneráveis, como homens que fazem sexo com homens, para que ela possa ser utilizada como mais uma estratégia de prevenção.

Cada município deve ter uma rede estabelecida para oferta de PEP 24 horas por dia. Cabendo aos Hospitais/Pronto Socorros o início do tratamento em horários nos quais os serviços de referência para PEP estejam fechados. Os locais que fazem o primeiro atendimento deverão prover as doses necessárias até que o indivíduo possa acessar o serviço que fará seu seguimento.

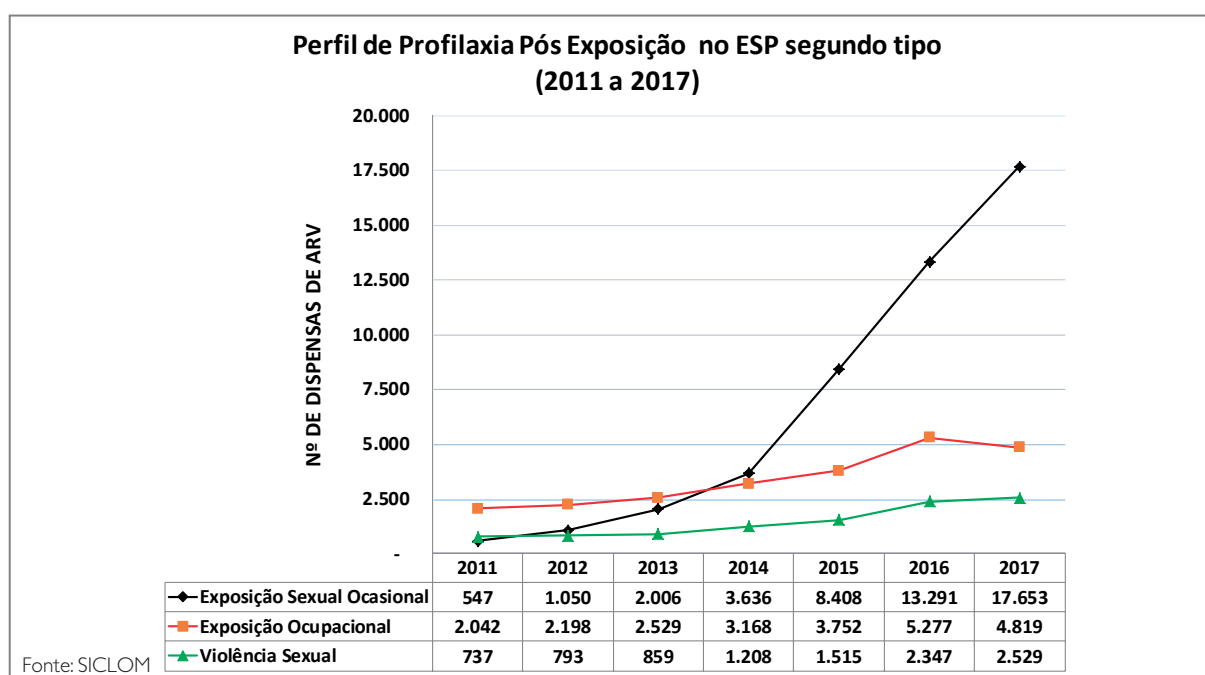
Embora a PEP seja atendida nas unidades de referência é importante que toda a rede de serviços de saúde tenha conhecimento que esse é um tratamento de urgência e que encaminhar os casos considerando o prazo adequado para o início do tratamento é de fundamental importância para o sucesso da estratégia.

O site do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP, hospeda um hot site – www3.crt.saude.sp.gov.br/profilaxia/hotsite, com informações sobre PEP e a lista dos serviços que fazem este tipo de

atendimento no estado de São Paulo. Este hot site hospeda a busca de unidades de PEP. Relação de unidades que ofertam PEP cadastradas junto ao Programa Estadual de DST/Aids-SP e atualizado duas vezes ao ano.

A rede de serviços de PEP Sexual que atende as demandas regionais ampliou-se particularmente a partir de 2014, e em 2018 chega a 548 unidades de saúde em 259 municípios. Enquanto o crescimento da dispensação de antirretrovirais com finalidade de PEP ocupacional e PEP violência sexual estacionou, a dispensação de ARV na PEP em contexto de sexo consentido cresce ano a ano chegando a 17.653 dispensas realizadas em 2017.

Os serviços especializados (SAE), referências para o acesso à PEP devem estar preparados para atender essas pessoas, livres de preconceitos e juízos de valores, que podem afastar a população e limitar o alcance da tecnologia.



TRATAMENTO PRECOCE COM ARV COMO FERRAMENTA DE PREVENÇÃO

A Coordenação Estadual DST/Aids-SP, seguindo a diretriz do Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, orienta o uso precoce de ARV (Tratamento como Prevenção –TcP) para todo indivíduo com diagnóstico de infecção pelo HIV, visando a diminuição da carga viral a níveis indetectáveis e não apenas para tratamento da aids. Quanto mais indivíduos HIV positivos tiverem carga viral indetectável, melhor a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e menor a probabilidade de transmissão do HIV na população.

O tratamento ARV deve ser iniciado desde que a pessoa que vive com HIV esteja esclarecida sobre benefícios e riscos, motivada e preparada para o tratamento, respeitando-se sua autonomia. Para o sucesso dessa estratégia é fundamental trabalhar a adesão ao tratamento, que uma vez iniciado não deverá ser interrompido.

Estudos indicam que com adesão e mantendo a carga viral indetectável, por pelo menos 6 meses, a probabilidade de transmissão do HIV é insignificante.

A UNAIDS lançou em 2017 o slogan U=U (Undetectable=Untransmissible), no Brasil, I=I (Indetectável=Intransmissível), como uma importante estratégia para a prevenção da transmissão sexual do HIV e para diminuição do estigma e da discriminação das pessoas vivendo com HIV.

Os casais sorodiferentes, isto é, onde um é soropositivo e o outro soronegativo

para o HIV, devem ser acompanhados pelo serviço de saúde onde discutirão as formas de prevenção possíveis e serão esclarecidos sobre potenciais riscos associados às suas práticas sexuais. Esses casais devem monitorar carga viral do parceiro soropositivo para o HIV, para escolher o momento de não usar preservativo, por prazer ou para engravidar.

A utilização do tratamento ARV pela pessoa que vive com HIV não exclui a adoção de outras práticas seguras, como o uso de preservativos. As pessoas podem escolher uma ou combinar várias estratégias de prevenção, e o fundamental nesse processo é que elas tenham acesso aos insumos de prevenção, conhecimento e autonomia para decidir.

AÇÕES COM FOCO EM POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

Aids em Homens que Fazem Sexo com Homens

Ainda que apresente diversas facetas, a epidemia de HIV/aids no Brasil é uma epidemia com presença exacerbada nos grandes centros urbanos e em alguns segmentos da população, como a de homens que fazem sexo com homens (HSH). Assim, desde o início da epidemia o Programa de DST/Aids-SP tem a população HSH como prioritária e vem desenvolvendo estratégias específicas de prevenção.

Os dados epidemiológicos da população HSH reiteram o recrudescimento da epidemia neste segmento. Isso motivou a elaboração, em 2008, do Plano de Enfrentamento da Epidemia de aids entre Gays, Travestis e outros HSH, na esteira das diretrizes nacionais que havia lançado em 2007 o Plano

Nacional, que elencava as atribuições para os estados e municípios no enfrentamento desta epidemia que, naquele momento, já mostrava sinais de novo crescimento entre os gays, principalmente os mais jovens.

A seguir alguns tópicos importantes da Política Pública de Prevenção do HIV/aids para Gays, Travestis e outros HSH no contexto atual:

I. Atualização do discurso relativo ao risco acrescido da população de gays, outros homens que fazem sexo com homens e travestis

Se, em um primeiro momento na epidemia de aids, foi usado o termo “grupo de risco” para designar os segmentos populacionais mais afetados pela doença, em um momento seguinte o discurso governamental foi muito cuidadoso para não estigmatizar determinados grupos como responsáveis pela disseminação da infecção pelo HIV. Um destes grupos era dos homossexuais masculinos.

Esta postura foi fundamental naquele momento, pois enfrentar o preconceito pela orientação sexual, que vitimiza os homossexuais, e pela identidade de gênero, que vitimiza travestis e transexuais, contribuiu para diminuir a vulnerabilidade social destes grupos.

Os técnicos e gerentes dos programas de HIV/Aids vêm enfatizando nos eventos públicos e nos documentos técnicos a maior prevalência do HIV na população de gays, outros homens que fazem sexo com homens e travestis, trabalhando com o conceito de vulnerabilidade que amplia o olhar para os direitos humanos, condição sócia econômica,

questões culturais, acessibilidade aos serviços de saúde e meios de prevenção, mantendo a preocupação em não reforçar preconceitos ou trazer de volta o discurso de “grupo de risco”.

2. Ampliação do diagnóstico da infecção pelo HIV

Considerando-se a maior prevalência da infecção pelo HIV na população de homens que fazem sexo com homens e a importância do diagnóstico precoce, tanto para maior eficácia do tratamento das pessoas afetadas, quanto para quebra da cadeia de transmissão, foi feito um investimento intenso para ampliar o acesso ao diagnóstico para essa população, respeitando a autonomia e os direitos das pessoas vivendo com HIV, conforme descrito no item “realização de testagem para o HIV” do Box 3.

3. Política de distribuição de insumos para população HSH

A Coordenação do PE DST-Aids-SP em parceria com os Programas Municipais tem trabalhado com a ampliação do acesso aos preservativos e gel lubrificante, incentivando pontos de distribuição para além dos serviços de saúde e do trabalho dos agentes de prevenção. É preciso levá-lo onde as pessoas estão. Mapear os pontos de sociabilidade dos HSH como saunas, clubes de sexo, bares, cinemas e outros e estabelecer parceria com os mesmos para distribuição de insumos é uma forma de potencializar o acesso dessa população aos preservativos e gel.

4. Materiais educativos

A produção de materiais educativos especificamente voltados para essa população é essencial e pode ser realizada pela saúde

ou em parceria com outros órgãos públicos e através de projetos de ONGs, devendo buscar uma linguagem adequada e apelo visual que chame a atenção da população LGBT.

É interessante buscar parceiros para ampliar a possibilidade de acesso das populações de baixa renda, residentes em regiões com escassez de equipamentos de saúde aos insumos de prevenção, como por exemplo, os Centros de Integração da Cidadania – CIC, equipamentos da Secretaria da Justiça, localizados nas regiões periféricas da Grande São Paulo e Campinas.

Campanhas como a realizada em 2011 “Travesti e Respeito: Olhe e veja além do preconceito”, que elaborou cartazes, folders e hot site – www3.crt.saude.sp.gov.br/travestirespeito, são iniciativas que tem como objetivo diminuir o preconceito e a discriminação dessa população nos serviços públicos.



Material Gráfico - CRT DST/Aids-SP

Um desafio que se coloca para implementar a comunicação com o público de HSH e travestis é expressar no trabalho da prevenção, campanhas, mídias e materiais educativos, o reconhecimento das diversas formas de relacionamento e expressões da

identidade sexual nessas populações, além das questões sócio-econômicas, étnico-raciais e geracionais ligadas a ela, com o cuidado de não reproduzir imagens estereotipadas.

Em pesquisa realizada com jovens HSH, no município de São Paulo, a internet apareceu como a principal fonte de busca por informações sobre HIV, o que reitera a necessidade de incorporar novas formas de comunicação para que atinjam o público jovem. Em 2015, a Prevenção do PE DST/Aids de São Paulo lançou o site “Juntos na Prevenção” www.juntosnaprevencao.com.br, instrumento de comunicação interativa sobre prevenção às IST/HIV/ Aids voltado ao público jovem.

5. Profilaxia Pós Exposição (PEP)

Gays, outros HSH e travestis são populações prioritárias para o acesso a Profilaxia pós-exposição sexual – PEP. O hot site – www3.crt.saude.sp.gov.br/profilaxia/hotsite apesar de conter informações importantes para toda a população, foi visualmente elaborado para chamar a atenção do segmento LGBT.

Os serviços especializados (SAE), referências para o acesso à PEP devem estar preparados para atender essas pessoas, livres de preconceitos e juízos de valores, que podem afastar a população e limitar o alcance da tecnologia.

6. Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)

A PrEP, proposta de uso de antirretrovirais por pessoas soronegativas com o intuito de evitar a infecção pelo HIV, está bastante indicada para a população HSH. A presença de antirretrovirais no sangue, no

momento do contato com o HIV, diminui consideravelmente a chance de infecção do indivíduo, o que faz da PrEP uma estratégia de prevenção bastante importante para aqueles que têm relações sexuais de risco com certa frequência.

ADOLESCENTES E JOVENS GAYS

O Programa Estadual de DST/Aids-SP tem realizado alguns movimentos com vistas a entender melhor os contextos vivenciados por adolescentes e jovens na atualidade. A pesquisa “Sampa Centro” – realizada através de uma parceria entre o PE DST/Aids-SP e a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa no período de 2011 e 2012 - objetivou conhecer práticas e comportamentos de gays que frequentam locais de sociabilidade na região central da cidade de São Paulo e encontrou prevalências bem altas nessa parcela da população: 7,4% de soropositividade na faixa de 18 a 24 anos; 14,7% de 25 a 34 anos; 27,7% de 35 a 49 anos e 18,3% nos entrevistados entre 50 e 77 anos. Dados esses bastante preocupantes que demonstram o impacto da epidemia entre os HSH, visto a discrepância entre as prevalências encontradas nesse segmento em relação à população geral.

Outro dado relevante diz respeito à experiência de discriminação apontada por grande maioria em diferentes formas. Por exemplo, cerca de 60% da amostra relatou já ter sofrido agressão verbal. Em relação à percepção de risco de se infectar, em torno de 75% declarou ter passado por alguma situação de risco, desses apenas 50% procurou um serviço de saúde para se testar. Sobre a motivação para fazer o último teste de HIV, 40% referiu realizá-lo por rotina.

Estas informações sobre o comportamento, percepções e contextos de vida desta população apontam para a necessidade de investimentos em ações de prevenção que considerem essa complexidade de fatores.

Paralelamente, considerando a relevância dos espaços escolares na formação dos adolescentes e jovens e visualizando-os como locais privilegiados para o desenvolvimento de atividades educativas que busquem a formação de indivíduos autônomos e saudáveis é que a parceria com o sistema de ensino tem sido privilegiada. Temas como sexualidade, diversidade sexual, relações de gênero, direitos sexuais e reprodutivos, preconceito e discriminação, homofobia, precisam ser abordados e sistematicamente debatidos entre os estudantes quando se deseja investir na promoção da cidadania e na qualidade de vida sendo este investimento fundamental para a discussão do cuidado e da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e aids.

Dentre as iniciativas mais recentes temos o projeto “Fortalecendo a prevenção às IST/AIDS e à gravidez na adolescência no ensino fundamental e médio”, concretizado através da Resolução Conjunta SEE/SES nº 1 de 11/10/2011 assinada por ambos os secretários e que dispõe sobre a implementação de projetos educativos nas escolas públicas estaduais para a Promoção e Prevenção da Saúde e prevê a disponibilização de preservativos nas escolas para os alunos do 8º e 9º ano do Ensino Fundamental e para o Ensino Médio.

Buscando adequar a comunicação com este público o PE tem utilizado os espaços da internet (sites e redes sociais) para divulgação

de informações. Como exemplo pode-se citar a utilização do facebook para criação de eventos e causas e a divulgação de “virais” temáticos. Outra iniciativa foi a atualização da mídia do vídeo “Para que time ele joga” que discute a questão da homossexualidade em ambiente escolar, para subsidiar a discussão desse tema.

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO PARA TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

É importante esclarecer que as ações em saúde são norteadas pelo conceito de identidade de gênero, termo utilizado para definir o gênero que a pessoa se sente pertencer, isto é, se ela se identifica como sendo um homem ou uma mulher ou mesmo se transita entre os dois.

Por uma questão de uniformidade da linguagem esclarece-se que as mulheres transexuais são pessoas que nasceram com sexo biológico masculino, mas se sentem mulheres em sua essência e, portanto desejam modificações corporais feminizantes. As travestis são homens biológicos que desejam ser reconhecidos socialmente como mulheres, mas não apresentam conflito com seu sexo biológico e não desejam cirurgias de readequação da genitália. Os homens transexuais são pessoas que nasceram com sexo biológico feminino, mas são homens em sua essência.

O risco de homens trans adquirir IST/HIV é menor em relação às mulheres trans e travestis, no entanto, ressalta-se a necessidade de discutir a questão de prevenção entre estes, até porque observa-se uma maior atividade sexual neles após o início do uso de hormônios masculinos.

Segundo dados da UNAIDS as mulheres transexuais e travestis possuem 49 vezes mais chances de adquirir HIV do que a população geral. Uma das principais causas desta maior prevalência provavelmente se dá pela relação diferenciada com o corpo que existe entre as travestis e as transexuais. As travestis não tem aversão por sua genitália masculina e não tem dificuldade para utilizá-la para proporcionar ou sentir prazer. Observa-se uma frequência maior de vida sexual ativa nas travestis se comparadas às transexuais, que, ao contrário, tem extrema dificuldade de se mostrarem fisicamente na intimidade.

Outro fator relevante na vulnerabilização das travestis é que geralmente se descobrem muito cedo diferentes dos outros meninos, reconhecem sua homossexualidade e passam a vivê-la com intensidade desde o princípio. Não raro, são expulsas de suas casas, e passam a viver na rua, trabalhando com prostituição ou outros trabalhos que pouco lhes garantem o sustento. Assim, fazer programas para complementar a renda são caminhos possíveis na vida profissional de muitas travestis e transexuais.

É alta a migração entre a população travesti e transexual para os grandes centros urbanos. Não raro têm dificuldade de se defender dos perigos das grandes cidades como, por exemplo, os assaltos frequentes, a violência, a perda ou roubo de documentos criando mais um problema a ser enfrentado. Frequentemente, elas são abordadas pela polícia e, sem documentos que lhes comprovem a identidade, são presas ou mesmo agredidas sem justificativas.

Outro fator relevante é a obrigatoriedade de utilização de documentos com o nome de registro civil, motivo de isolamento social, de evasão escolar, principal causa de desemprego, do não desenvolvimento profissional, podendo causar depressão, drogadição, e a não procura por serviços de saúde ou mesmo o abandono de tratamentos para não expor sua condição biológica uma vez que este lhes causa constrangimentos, por isso a possibilidade de alteração do nome, antes mesmo da cirurgia, é essencial para a promoção da saúde integral das pessoas trans.

A questão se agrava diante da realidade da escassez dos serviços de saúde preparados para atender este segmento no SUS. Assim, é muito difícil a quebra da cadeia de transmissão de qualquer IST nesta população, uma vez que, pela falta de acolhimento nos serviços, a população trans não costuma buscar tratamento. Isto aponta para uma vulnerabilidade programática na atenção às IST/HIV/Aids desse segmento populacional.

Outro fator relevante de risco para a saúde das mulheres trans e travestis são as complicações decorrentes do uso do silicone industrial. Há pouquíssimos serviços e técnicos preparados para esse tipo de atendimento, além do que nem sempre é possível se fazer algo, seja cirúrgico ou medicamentoso, pois o silicone penetra entre os tecidos provocando intensa reação inflamatória, ficando, muitas vezes, impossível sua retirada. Em alguns casos, qualquer intervenção pode acarretar maiores problemas e perdas de tecidos saudáveis.

A presença de nódulos pelo endurecimento do silicone e as alterações significativas na estrutura da pele, muitas vezes causam

dificuldade para aplicação de medicamentos intramusculares, particularmente na região dos glúteos, prejudicando o uso de medicamentos injetáveis indicados como primeira escolha no tratamento de algumas doenças como a sífilis, por exemplo.

A prevenção das IST/HIV, embora não seja uma preocupação primária da população trans, deve ser abordada por todos os profissionais envolvidos no cuidado, considerando todas as suas vulnerabilidades e, conseqüentemente, a alta prevalência dessas infecções.

Ações de prevenção às IST/HIV para população trans (homens trans, mulheres trans e travestis) em serviços de saúde:

- Preparar profissionais e serviços, através de capacitações presenciais e/ou ensino à distância (EAD), para lidar com o preconceito e a discriminação voltados a esse segmento populacional; capacitar médicos e enfermeiros para lidar com as demandas de saúde específicas das pessoas trans.
- Utilizar nome social nos serviços/ atendimentos em todos os setores da saúde (Decreto Nº 51.180(6) e Decreto Nº 55.588 (7));
- Desenvolver ações de prevenção ao HIV/aids buscando intervir em toda a cadeia de transmissão do vírus. Embora possam existir diversas expressões da sexualidade da população de travestis e transexuais, é fundamental trabalhar com a ideia de que a diminuição de risco de adquirir IST/HIV se faz com prevenção combinada, independente da identidade de gênero dos indivíduos;
- Considerar que a prática de sexo anal é comum entre as mulheres Trans e Travestis,

e que esta é a prática de maior risco para aquisição do HIV;

- Orientar os homens trans para o aumento da libido em decorrência do início da terapia hormonal com testosterona e considerar o risco de adquirir IST nas relações desprotegidas. Ressaltar o maior risco de aquisição do HIV nas relações com homens cis;

- Estimular o uso de preservativo e gel no momento das relações sexuais de maior risco, anais e vaginais com penetração. Ressaltar a importância do uso desses insumos na discussão de prevenção para travestis e transexuais que trabalham como profissionais do sexo, e lembrar que nas relações sem preservativo o risco pode ser minimizado com uso de gel e PEP;

- Disponibilizar insumos de prevenção, preservativos e gel;

- Divulgar a PEP e a PrEP como estratégia de prevenção para população trans;

- Ofertar sempre a testagem do HIV e da sífilis. Orientar a vacinação de hepatite B;

- Garantir o tratamento e o acompanhamento da infecção do HIV e da sífilis (local ou referenciado), garantindo a vinculação;

- Realizar articulação intersetorial, principalmente com a educação (escola profissionalizante, Ensino de Jovens Adultos, entre outros), trabalho (primeiro emprego, central de apoio ao trabalhador, entre outros) e desenvolvimento social (benefícios previdenciários).

Para uma proposta eficaz de intervenção, é fundamental lembrar, que existe um

ser humano diante do profissional, com necessidades e histórias específicas, que devem ser ouvidas e acolhidas. Somente uma escuta atenta poderá levar à reflexão das nuances de sua vulnerabilidade e à discussão das estratégias de prevenção adequadas a cada pessoa.

EAD – ESTRATÉGIA PARA TRABALHAR NA PERSPECTIVA DE DIREITOS HUMANOS

A Universalidade – princípio que determina que todos os cidadãos brasileiros têm direito ao acesso e ações de saúde; a Integralidade – princípio que envolve um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, nos vários níveis de complexidade do sistema; e a Equidade – princípio que reconhece que as pessoas apresentam diferentes necessidades e por isso devem ser alvo de distintas intervenções, são princípios básico e estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ainda que nestes princípios esteja explícita a garantia de acesso e utilização dos serviços públicos de saúde à todos os cidadãos, independente de raça, cor, credo, religião, classe social, orientação sexual, observa-se que algumas destas características vulnerabilizam os indivíduos. A orientação sexual e questões relacionadas à identidade de gênero são fatores determinantes e condicionantes da situação de saúde, não apenas por implicar em práticas sexuais e sociais específicas, mas também por expor a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) a processos de adoecimento decorrentes do estigma e da discriminação a que são submetidos, inclusive nos serviços de saúde.

A partir da compreensão que é dever do Estado implementar ações de enfrentamento desta problemática, desenvolvendo estratégias que assegurem o acesso à saúde integral e de qualidade e livre de quaisquer discriminações, a Coordenação Estadual de DST/Aids-SP formalizou, em 2014, uma parceria com a Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania, para realizar uma ação de capacitação dos trabalhadores que atuam no âmbito do SUS no Estado de São Paulo, de modo que os mesmos se apropriassem de conceitos e legislações específicas desta temática, passando a refletir sobre as possibilidades de acolher as demandas desta população nos serviços de saúde.

Esta capacitação concretizou-se na formatação de um curso, na modalidade de Educação a Distância, que se intitulava “A Conquista da Cidadania LGBT: a Política da Diversidade Sexual no Estado de São Paulo”. Este curso, a princípio, foi ofertado a todos os servidores estaduais, por meio da Coordenadoria de Políticas de Diversidade Sexual da SJDC. No entanto, para os servidores da área de saúde, tornou-se importante construir um conteúdo específico considerando os aspectos e processos desta área. Ao todo foram ofertadas 5200 vagas, distribuídas em 09 turmas, o que permitiu uma ampla capilaridade e acesso a este processo formativo dos trabalhadores no âmbito do SUS.

Atualmente o curso passa por um processo de aprimoramento, a fim de garantir a continuidade da oferta e maior abrangência de profissionais a serem capacitados.

DIRETRIZES ESTADUAIS PARA DESENVOLVER AÇÕES DE PREVENÇÃO DAS IST/AIDS VOLTADAS ÀS MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO

Para construir e implantar ações permanentes para as profissionais do sexo, dentro do quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos, é importante a articulação com áreas que envolvam a saúde integral, principalmente as Áreas de Saúde da Mulher, Atenção Básica e DST/Aids e com a Secretaria de Desenvolvimento Social. Buscando políticas públicas às quais as mulheres têm direito; e com as áreas de Segurança Pública, visando à diminuição da violência contra essas mulheres, tanto por parte dos próprios policiais quanto por parte de seus clientes e/ou companheiros.

Esta articulação se faz necessária para o acesso destas mulheres à proteção da Lei Maria da Penha, contribuindo para que as delegacias sejam sensibilizadas e prestem atendimento humanizado às mulheres profissionais do sexo além de encaminhamentos adequados para a rede de atenção a vítimas de violência.

Vale lembrar que prostituição voluntária, de pessoa maior e capaz que consente validamente no ofício, é uma atividade legal e passou a ser considerada uma profissão a partir da inclusão, pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), sob o número 5198-05. O reconhecimento de contratos de trabalho da profissão, porém, ainda não é possível porque, pelas leis brasileiras, a prostituição não é crime, mas tirar proveito dela, seja de que forma for, é.

As profissionais do sexo são alvo do preconceito tanto da população, quanto por parte dos serviços, o que pode dificultar a implantação de ações de promoção à sua saúde. A resistência dos proprietários dos locais de trabalho sexual, que receiam a interferência da Vigilância Sanitária e da Polícia pode dificultar o acesso das profissionais do sexo às ações propostas pela saúde.

Para qualificar a abordagem voltada às mulheres profissionais do sexo realizadas nos serviços de saúde e nos locais de trabalho pode-se recorrer às recomendações nacionais e diretrizes estaduais, algumas ações e experiências do estado de São Paulo, assim como a estudos para subsidiar as reflexões e construção dos planos de ação local.

É importante o engajamento político dos gestores/profissionais de saúde e a promoção da mobilização de grupos de mulheres, para que estas sejam ouvidas e coloquem suas demandas. Entende-se que desta forma podemos reduzir as vulnerabilidades no que se refere às infecções sexualmente transmissíveis, especialmente a aids.

PROFISSIONAIS DO SEXO E A QUESTÃO DAS IST/AIDS NO ESTADO DE SÃO PAULO

Profissionais do sexo apresentam alta prevalência (5%) de infecção pelo HIV, comparada a população geral (0,56). Isto torna esse segmento populacional prioritário para as ações de prevenção das DST/Aids.

Assim como em todo território nacional, em São Paulo a construção de uma política pública voltada para essa população está

engajada na defesa de direitos, na ampliação da participação social enquanto meio para garantia da cidadania e no compromisso com o princípio da equidade e da universalidade do SUS.

Uma das estratégias de prevenção do Programa Estadual DST/Aids é o fortalecimento da descentralização das ações de prevenção e assistência das IST/Aids para a Rede de Atenção Básica. Entre os vários eixos das discussões a nível local, é destacada a atenção voltada às pessoas que exercem a prostituição e a necessidade de ampliação do acesso desse segmento populacional.

Em 2008 foi construído, em conjunto com a Área Técnica da Saúde da Mulher e sociedade civil, o Plano Estadual de Enfrentamento da Epidemia das DST/Aids entre as Mulheres, tendo como uma de suas metas reavaliar as estratégias e elaborar proposta de estruturação de ações de prevenção e assistência às DST/aids para mulheres profissionais do sexo e seus parceiros, na rede básica de saúde, SAE e CTA.

Diretrizes Estaduais de Prevenção das IST/Aids para Mulheres Profissionais do Sexo

1. Realizar o mapeamento dos locais de trabalho: realizar mapeamento do território e identificar os pontos de prostituição para planejar as ações de prevenção e disponibilizar os insumos de maneira contínua;
2. Abastecer estes locais com insumos de prevenção (preservativos masculinos/femininos e gel lubrificante) e material educativo: podem ser abastecidos por agentes de prevenção, agentes comunitários de saúde e demais profissionais que possam realizar

essa função ou, pelas próprias mulheres. Cada serviço definirá sua estratégia.

3. Realizar abordagem voltada ao parceiro sexual fixo: É importante planejar ações voltadas para essa população alcançando também seus parceiros fixos.

É fundamental a promoção de ações contínuas de prevenção das DST e oferta de testagem de HIV, sífilis e hepatites para homens clientes ou parceiros sexuais de mulheres profissionais do sexo.

4. Ofertar testagem para detecção do HIV, da sífilis e hepatites virais, além dos testes convencionais, os testes rápidos;

5. Facilitar o acesso à vacinação da hepatite B;

6. Ampliar o acesso à camisinha masculina/feminina, gel lubrificante e material educativo: As mulheres profissionais do sexo costumam ter um número grande de relações sexuais e isso deve ser levado em conta no quantitativo de preservativos disponibilizados;

7. Encaminhar para realização da profilaxia pós-exposição sexual (PEP SEXUAL):

É muito importante que as mulheres profissionais do sexo tenham conhecimento da PEP para que possam acessá-la no momento oportuno. É fundamental que os profissionais da unidade de saúde conheçam a PEP SEXUAL e o fluxo municipal para a prescrição desta profilaxia e informem as mulheres profissionais do sexo sobre esse fluxo.

8. Realizar ações de planejamento reprodutivo: É fundamental informá-las sobre todos os métodos anticoncepcionais, enfatizando o preservativo como dupla proteção, ou seja, proteção das DST/aids

e proteção em relação a uma gestação não planejada. Também é importante providenciar a disponibilização da pílula do dia seguinte na unidade para ser distribuída sem prescrição médica, além de anticoncepções injetáveis e implantes subdérmicos para aquelas que desejarem anticoncepcional de longa duração.

9. Realizar exames ginecológicos periódicos: é necessária incorporação de condutas acolhedoras, mantendo a integralidade desta atenção;

10. Oferecer a Profilaxia pré-Exposição – PrEP às mulheres profissionais do sexo como uma opção para sua escolha de prevenção combinada, em função da frequência de relações sexuais que aumenta a possibilidade de exposição ao HIV. Ressaltar que essa profilaxia passa a oferecer proteção nas relações vaginais a partir do vigésimo dia de uso contínuo de medicamentos ARV e indicar os locais que disponibilizam a PrEP, facilitando seu acesso a esse método de prevenção do HIV. Ressaltar, também, que a PrEP não protege contra as demais infecções sexualmente transmissíveis.

O CONCEITO DE VULNERABILIDADE E AS QUESTÕES ÉTNICO-RACIAIS: AÇÕES PROPOSTAS

Ao longo dos anos, dados da Vigilância Epidemiológica de aids do estado de São Paulo e da Fundação SEADE reiteraram o maior risco da população negra (preta+parda), tanto para adoecer, quanto para morrer de aids. Esse risco se acentua quando se estuda separadamente o segmento populacional de pretos e mais ainda quando se realiza a

análise por sexo, sendo as mulheres pretas as que apresentam piores coeficientes de incidência e mortalidade de aids entre todos os segmentos populacionais.

É importante ressaltar que a violência, tanto sexual quanto doméstica, está hoje relacionada a uma maior prevalência da infecção pelo HIV. Assim, o combate a essas formas de violência passa a fazer parte do escopo das ações de prevenção às DST/HIV/aids. Novamente, no tocante a violência, destacam-se maiores proporções de casos entre as mulheres negras.

É fundamental que os profissionais de saúde possam reconhecer as questões de gênero e raça/cor como fatores determinantes de doenças e da transmissão do HIV/aids, para de alguma forma trabalhar os fatores que vulnerabilizam essa população sem, entretanto, discriminá-la.

Recomendação de estratégias para diminuição do racismo institucional e para implementação da prevenção e assistência considerando a questão étnico-racial:

- Publicizar, nos espaços governamentais e não governamentais, os dados epidemiológicos disponíveis por raça/cor que demonstram a maior vulnerabilidade dessa população à infecção pelo HIV e à morte por aids, evidenciando a necessidade de ações específicas;

- Elaborar material informativo, com conteúdo específico sobre a questão étnico racial e o racismo institucional, buscando sensibilizar a população e os profissionais de saúde.

- Buscar formas de comunicação com os jovens negros e realizar trabalhos de prevenção às DST/aids dirigidos a jovens gays e outros HSH pardos e pretos;

- Realizar ações que promovam o empoderamento de mulheres pretas e jovens e outras parcelas particularmente vulneráveis da população negra;

- Criar ou oportunizar espaços para discussão das questões étnico-raciais locais e regionais nos diversos encontros/eventos da saúde e da educação e demais espaços de aproximação com a população mais jovem.

- -Atualizar a capacitação dos profissionais dos serviços de saúde para preencher e monitorar o quesito raça/cor, sensibilizando-os para a importância deste quesito e o reconhecimento do racismo institucional, possibilitando seu enfrentamento;

- Envolver os diversos serviços de saúde nessa discussão, particularmente a Rede de Atenção Básica, porta de entrada para a população, visando a melhoria do acesso da população negra;

- Estimular a realização de testes anti-HIV em vários momentos na AB, aumentando a possibilidade de diagnóstico precoce e encaminhamento adequado das pessoas diagnosticadas com a infecção pelo HIV;

Nos SAE, implementar a linha de cuidado. Especial atenção à coinfeção HIV/Tuberculose dada à suscetibilidade da população negra a essa infecção e desenvolver propostas voltadas para ampliar a indicação de quimioprofilaxia para infecção latente de Tb, ampliação da oferta de TARV, vinculação e retenção de pretos e pardos aos serviços, com vistas à diminuição da mortalidade.

Considerando o princípio da equidade do SUS e a maior vulnerabilidade da população negra ao HIV/aids há que se ter um especial cuidado com esse segmento populacional.

REDUÇÃO DE DANOS

Em 1998, o governo do Estado de São Paulo publicou no “Diário Oficial” a regulamentação da lei que permitiu a distribuição e troca de seringas para usuários de drogas injetáveis. Com isso, ficaram legalizados os programas que até então eram feitos de forma clandestina. A lei de drogas em vigor considerava a distribuição de seringas como incentivo ao uso, o que podia resultar em até 15 anos de prisão. A transmissão de HIV por seringas usadas foi responsável por mais de um terço dos casos de Aids no início da epidemia. A regulamentação ocorreu no momento em que o país sediava a 9ª Conferência Internacional de Redução dos Danos Causados pelas Drogas, em São Paulo.

O primeiro programa de troca de seringas foi tentado em Santos, ainda em 1989. Mesmo com apoio e financiamento do Ministério da Saúde, os programas implantados na época eram desenvolvidos de forma quase clandestina, o que continuou acontecendo em outros Estados.

A regulamentação da lei paulista estabeleceu que ONGs, instituições de ensino e serviços públicos que quisessem desenvolver programas de troca seriam credenciados e seus membros treinados pela Secretaria da Saúde.

Na época, o Programa Estadual de DST/Aids já havia publicado um documento orientador, em 1995, sob o título “Prevenção

do HIV entre Usuários de Drogas Injetáveis: Estratégias de Redução de Danos”, articulado e apoiado institucionalmente pelo CONEN - Conselho Estadual de Entorpecentes - Secretaria de Estado da Justiça/SP, Programa Nacional de DST/Aids - Ministério da Saúde e CONFEN - Conselho Federal de Entorpecentes - Ministério da Justiça, onde apresentava diretrizes de atuação para profissionais e serviços de saúde, na perspectiva de implantar projetos pilotos com disponibilização de hipoclorito de sódio, preservativos e troca de seringas/agulhas, sempre articulados e coordenados pelo Programa Estadual de DST/Aids-SP.

A partir de 2003, com mais de 150 programas de Redução de Danos em funcionamento no país, as ações de RD deixam de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de DST/Aids e se tornam uma estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e da política de Saúde Mental. Contrariando expectativas pessimistas, os estudos científicos que se seguiram mostraram que a implantação dos programas de redução de danos não foi acompanhada de crescimento da soroprevalência do HIV.

Com o surgimento e o aumento rápido do consumo do crack, desde a década de 1990, os riscos de infecção pelo HIV entre pessoas que fazem uso de drogas, diminuiu, dado que a via de uso do crack não propicia a infecção pelo HIV, como acontece com o compartilhamento de seringas e agulhas contaminadas entre pessoas que fazem uso de drogas injetáveis. No entanto, há que se considerar o risco da transmissão sexual do HIV. As alterações de comportamento ocasionadas pelo consumo

de crack e cocaína têm sido associadas diretamente à infecção pelo HIV e outras DST, como sífilis. Os comportamentos de risco mais freqüentemente observados são o número elevado de parceiros sexuais, o uso irregular de camisinha, e troca de sexo por droga ou por dinheiro para compra de droga. Deve ser levada em consideração, especialmente, a vulnerabilidade social a que estão expostas as mulheres que fazem uso de crack, que trocam sexo pela droga ou por dinheiro para comprá-la. Não se deve esquecer ainda que há a possibilidade de transmissão de outras infecções através de lesões orais e labiais causadas pelos cachimbos.

As intervenções de redução de danos são baseadas num forte compromisso com o direito das pessoas ao acesso a saúde – princípio da universalidade do SUS - bem como nos princípios dos direitos humanos. A compreensão do conceito de *situação de vulnerabilidade*, em detrimento de situação de risco, permitiu o reconhecimento de que, além da perspectiva individual, o uso de drogas perpassa outras esferas, tais como a social, a econômica e a política, que também determinam e influenciam o comportamento individual. Dessa forma, o conceito de *vulnerabilidade* favoreceu a compreensão da estratégia de redução de danos, ampliando-a da prevenção da aids, por meio dos programas de trocas de seringas, para a concepção de redução de danos sociais e à saúde.

TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS/HIV EM MULHERES EM USO DE CRACK

Um dos objetivos da vigilância da infecção pelo HIV na gestante, parturiente ou puerpera é acompanhar continuamente o comportamento da infecção nessa população, visando o planejamento e avaliação das medidas de prevenção e controle da transmissão vertical do HIV.

Entre as crianças com aids, menores de cinco anos de idade, a maior parte dos casos é devida a transmissão vertical. A ocorrência de aids em uma criança com menos de cinco anos de idade sugere diagnóstico tardio da criança infectada pelo HIV; abandono no seguimento de crianças expostas ou infectadas; ausência de pré-natal materno; baixa cobertura ou falta de adesão a TARV durante a gestação, contribuindo para a transmissão vertical. Atualmente, com a possibilidade do uso profilático dos antirretrovirais(ARV), essas situações podem estar diretamente relacionadas a mulheres com alta vulnerabilidade, como as que vivem em situação de rua, em uso de drogas, parceiras de homens em uso de drogas ou mulheres de outros grupos com menor acesso. Estas barreiras são mais difíceis de serem superadas para a eliminação da transmissão vertical do HIV.

Com relação à sífilis na gestação, sabemos que é um agravo diagnosticado principalmente na atenção básica, durante a assistência ao pré-natal que é o momento importante e oportuno para a prevenção da sífilis congênita (SC). Conforme esperado, as Unidades Básicas de Saúde são responsáveis por grande parte das notificações, no entanto, parte

dessas notificações é realizada tardiamente por hospitais e maternidades. Profissionais de vigilância epidemiológica e de serviços de saúde têm apontado o aumento do número de casos de sífilis em gestantes pertencentes a grupos mais vulneráveis (mulheres em uso de drogas lícitas e ilícitas, profissionais do sexo, moradoras de rua, migrantes, privadas da liberdade, adolescentes, entre outras).

E ainda, apesar de todos os esforços, a sífilis congênita constitui-se em um grave problema de saúde pública para o Estado. As equipes de saúde que fazem assistência ao parto e vigilância epidemiológica vêm apresentando um esforço relevante de captação e notificação de casos, estimuladas por várias ações para a redução da transmissão vertical da sífilis no Estado. Esse esforço, que ocorre nos níveis municipal, regional e estadual contribuiu para a redução da subnotificação com a consequente elevação no número de casos conhecidos.

O pré-natal é o momento mais importante para evitar a SC. As inúmeras perdas de oportunidade de diagnóstico, tratamento e seguimento adequados no pré-natal, podem levar as gestantes e seus parceiros infectados com o *Treponema Pallidum* a não serem diagnosticados, ou não receberem o tratamento correto, em momento oportuno.

Assim faz-se necessário aumentar os esforços para ampliar o acesso das gestantes e seus parceiros ao diagnóstico e tratamento da sífilis e da infecção pelo HIV e paralelamente intensificar as ações de prevenção da transmissão vertical destas infecções nas populações mais vulneráveis como as gestantes em uso de crack e outras drogas.

Para essa população algumas ações estratégicas são fundamentais como:

- Aumentar a testagem do HIV e da sífilis, priorizando o teste rápido, em mulheres em situação de rua e uso de crack;
- Identificar e tratar as mulheres com sífilis e seus parceiros;
- Nos diagnósticos de sífilis na gestante oportunizar o tratamento com Benzetacil, e na linha da abordagem sindrômica do casal, tratar o parceiro;
- Identificar as gestantes HIV positiva e encaminhá-las aos SAE para realizar o pré-natal;
- Orientar uso de preservativos masculino e feminino e disponibilizá-los;
- Implementar formas de adesão das gestantes em uso de crack aos serviços, realizando busca extra-muros, propondo recepção das gestantes nas unidades de serviço, mesmo fora da agenda, etc.;
- Orientar planejamento reprodutivo, oferecendo o implante sub-dérmico (com duração de 3 anos ou 5 anos);
- Investigar no pré-natal e na maternidade, o desejo da mulher em uso de crack e outras drogas, de ficar com a criança ou dá-la em adoção, garantindo a escolha sem coerção;
- Fortalecer rede de apoio familiar nucleada e/ou ampliada, para os cuidados com a gestante e com o bebê, após o nascimento.

Para abordar as questões relacionadas a populações mais vulneráveis, é preciso articulação com outras áreas além da saúde. Algumas instituições, como a Secretaria

de Desenvolvimento Social, tem trabalhos específicos com população de rua, em horários alternativos, o que pode facilitar o acesso das gestantes ao início e manutenção do pré-natal, uma vez que as ações das unidades de saúde ficam restritas ao horário comercial.

É importante considerar a intersecção com outras políticas públicas federais e estaduais como: plano de enfrentamento do crack e outras drogas; estratégia de saúde da família; rede cegonha; plano estratégico do PE DST/Aids-SP eixo III - eliminação da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV; linha de cuidado da gestante no Sistema Único de Saúde (SUS) – Secretaria de Estado da Saúde (SES)-SP; política estadual de álcool e drogas.

A linha de cuidado para as gestantes em uso de crack e outras drogas deve incluir outros equipamentos sociais como: serviços não governamentais que possam acolhê-la, Casas de Apoio, que realizam atendimento e/ou acolhimento de adolescentes gestantes, gestantes HIV positivo e mulheres em uso de drogas.

Capacitar profissionais do pré-natal e maternidades para o manejo das gestantes em uso de crack e outras drogas, é fundamental para ampliar seus olhares para as demandas e especificidades desta população.

A oferta de insumos deve ser implementada quer nos serviços de saúde, quer em ações extra-muros, lembrar que essas pessoas não estão permanentemente sob efeito da droga e que fornecer informações sobre formas de proteção das infecções sexualmente transmissíveis constitui-se em estratégia de redução de danos.

Identificar os pontos de atenção e proteção dessa população, constituídos por serviços vinculados ao SUS (Sistema Único de Saúde) e SUAS (Sistema Único de Assistência Social), além do Sistema de Garantia de Direitos (Ministério Público, Defensoria Pública, Justiça e Conselhos) a fim de buscar efetividade no atendimento. Estes pontos constituem a rede de proteção e atenção, sendo que a articulação deve ser discutida entre seus gestores, a fim de estabelecer o fluxograma para os atendimentos, considerando o ideal que em qualquer dos pontos que a mulher e/ou gestante acessar, será inserida neste fluxo.

ATENÇÃO BÁSICA E O TRABALHO DE PREVENÇÃO NO TERRITÓRIO

O Programa Estadual de DST/Aids-SP tem por estratégia, desde 2003, a implementação das ações de prevenção e assistência às infecções sexualmente transmissíveis na rede de Atenção Básica dos municípios paulistas. Esta estratégia está em consonância com os princípios organizativos nesse nível de atenção, e possui grande potencial para o enfrentamento e o controle da epidemia de aids no país, ampliando o acesso da população a informações qualificadas sobre DST/aids e aos insumos de prevenção.

Os desafios que se colocam são: como incorporar de forma consistente essas ações na rotina da Atenção Básica, mantendo a qualidade das informações prestadas à população.

Observamos que as ações mais facilmente incorporadas são aquelas que têm maior definição normativa como a disponibilização dos preservativos masculinos, a oferta de

testes diagnósticos, o tratamento das DST e a realização de orientações mais abrangentes em alguns atendimentos individuais e coletivos.

As barreiras que se interpõem passam pela dificuldade de lidar com temas como sexo seguro, uso de drogas, comportamentos de risco e diversidade sexual de forma não discriminatória, sem cair na armadilha da mecanização na orientação.

As situações que se apresentam no cotidiano dos serviços refletem a singularidade das condições de vida da comunidade do entorno e as relações sociais e institucionais que se estabelecem no território. Assim, a discussão e reflexão dos profissionais acerca destas questões propiciam melhora na qualidade do atendimento.

Monitoramento das Ações de Prevenção às DST/Aids na Rede de Atenção Básica

O Programa Estadual de DST/Aids-SP, em 2003, implementou uma estratégia de monitoramento das ações de prevenção às DST/aids na rede de Atenção Básica dos municípios paulistas.

Desde sua implantação essa metodologia de trabalho obteve adesão de vários gestores municipais, sendo reconhecida como instrumento de gestão para reorganização da rede básica no que se refere à captação precoce dos casos de HIV positivos e diminuição da transmissão vertical bem como a possibilidade da eliminação da sífilis congênita. Permite, ainda, a reestruturação e agilização dos fluxos de resultados dos exames no pré-natal, disponibilização de medicamentos para tratamento das DST nas

unidades e reflexão sobre a importância das notificações das DST/Aids.

Ações Extra Muros

Há populações que são fortemente estigmatizadas e historicamente excluídas dos serviços, como, por exemplo, travestis e transexuais, profissionais do sexo masculino e feminino, pessoas que fazem uso de drogas, homossexuais e pessoas em situação de rua. Em decorrência dessa dificuldade de acessar os serviços e de beneficiar-se das estratégias de promoção à saúde, esses segmentos populacionais apresentam maior vulnerabilidade para adquirir o HIV e outras DST. Um dos grandes desafios para a prevenção das DST/aids na Atenção Básica consiste em estruturar ações extramuros que possam alcançar essas populações vulneráveis.

A partir desse movimento em direção à inclusão social, essa população passará a dividir o mesmo cenário social com outros cidadãos que rotineiramente acessam os serviços. Esse exercício de convívio comunitário deve ser um dos norteadores das ações da atenção básica, que tem por princípio o acolhimento das demandas da população em determinado território, e o encaminhamento dessas demandas, quando necessário, para os outros níveis de atenção do sistema.

Tendo como foco o território, é possível para a unidade de Atenção Básica, através da Estratégia de Saúde da Família e do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, planejar ações de prevenção de caráter permanente, buscando vincular a população mais vulnerável ao serviço. A distribuição de preservativos e material educativo nesses locais, a divulgação da oferta dos testes rápidos e a habilitação

dos agentes comunitários para lidar com essas populações, intermediando o vínculo com a unidade, podem se constituir em estratégias de prevenção consistentes.

A Prevenção às DST e a Atenção Básica

A assistência às DST pode ser realizada de forma integrada pela Estratégia Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e serviços de referência regionalizados. A ESF, pelas suas características, pode facilitar o acesso ao cuidado e a busca de parceiros sexuais, já que os Agentes Comunitários de Saúde possuem vínculos de confiança com a população atendida, enquanto as UBS e os serviços de referência desempenham papel fundamental para o tratamento adequado.

Deve-se entender que o atendimento imediato de uma DST não é apenas uma ação curativa; é também uma ação preventiva, na medida em que interrompe a cadeia de transmissão e pode evitar o surgimento de outras complicações. Além disso, estudos demonstram que a presença de DST aumentam o risco de infecção e transmissão do HIV.

Ao agendar a consulta para outro dia, os sintomas e sinais que levaram a busca de tratamento podem desaparecer, desestimulando o retorno do usuário ao serviço. Isso pode acarretar uma evolução da infecção para formas mais graves e ainda manter ou ampliar a cadeia de transmissão. A espera prolongada por atendimento, o agendamento para uma nova data, a falta de medicamentos para tratamento imediato, a discriminação e a ausência de confidencialidade são fatores que podem contribuir para a exclusão do usuário do sistema.

No caso das gestantes, o tratamento das IST é ainda mais significativo, pois algumas delas podem ser transmitidas para os bebês, acarretando sérios problemas de saúde na criança, e nos casos mais graves, abortos ou má formação do feto. A equipe da unidade, responsável pelo pré natal, deve esforçar-se para buscar e acolher o parceiro, possibilitando que o mesmo possa sentir-se confortável para realizar o tratamento adequado, prevenindo assim a reinfeção e a transmissão vertical destas doenças.

As ações de prevenção às DST/aids devem ser pautadas pelo respeito à escolha individual das pessoas, pelo sigilo e pela orientação isenta de julgamento moral.

Juntos na Prevenção das DST/Aids - Articulação de Políticas Públicas no Território

Os municípios paulistas são diferentes em histórias e possibilidades, tendo inúmeras variáveis que se expressam nos territórios: o grau de urbanização; o porte demográfico; a capacidade orçamentária e financeira; as características do sistema produtivo local; as condições sociais e econômicas da população; as demandas dos usuários das políticas públicas; o nível de cobertura e a qualidade dos serviços públicos; a capacidade de participação da comunidade na gestão local; a presença de movimentos sociais; a capacidade técnica, política e administrativa das diversas áreas de governo; o compromisso pessoal e profissional dos agentes institucionais em contribuir pela transformação das ações públicas. Considerar essas variáveis no planejamento, articulação e execução das ações locais de prevenção

das DST/aids é premissa para o êxito e a sustentabilidade das ações.

Partindo dessa premissa, e com o intuito de desenvolver novas possibilidades de prevenção, ampliando o acesso às informações, aos insumos e aos serviços de saúde nas comunidades socialmente vulneráveis, o Programa Estadual de DST/Aids-SP, por meio da Área de Prevenção, construiu uma estratégia que prevê a articulação entre vários equipamentos nos territórios em contextos de vulnerabilidade social'.

A concepção de território aqui é compreendida a partir de três aspectos básicos: político, cultural e econômico. No aspecto político, pode-se considerar o território como o local onde as relações de espaço-poder se estabelecem. Nestas relações, o território é visto como um espaço delimitado e controlado, por meio do qual se exerce um determinado poder, podendo estar relacionado ao poder político do Estado, ou de lideranças comunitárias que emergem a partir destas relações. Na concepção cultural ou simbólico-cultural o território é definido a partir do conjunto de representações e subjetividades que se enraízam em partes do espaço territorial, dando-lhe identidade. Nesse sentido, o território é visto como produto da apropriação e da valorização simbólica de um grupo em relação ao seu espaço vivido, que é o que lhe dá o sentimento de pertencimento.

São nos territórios que adolescentes, jovens, adultos e idosos, entre mulheres e homens gays, bissexuais, travestis, transexuais, profissionais do sexo e pessoas em uso de drogas, criam vínculos afetivos, moram, se

relacionam, namoram, transam, trabalham e se encontram no dia a dia.

A urgência no alcance dessas populações se mostra imperativa quando nos deparamos com a atual tendência epidemiológica da aids que aponta para um crescimento de casos entre jovens.

Pensando em onde acessar esses jovens percebemos que no final do Ensino Fundamental II, no Ensino Médio, na Educação de Jovens e Adultos ou no Ensino Superior estão concentrados parte deles, ou seja, a escola é um locus privilegiado para a realização de ações de prevenção.

O trabalho no território prevê o estabelecimento de uma rede intersetorial e intersecretarial envolvendo equipamentos e serviços disponíveis no próprio território: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Organização não Governamental (ONG), Associações Amigos do Bairro, Escolas, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), etc, para implementar a atenção à saúde, ampliando o acesso das populações mais vulneráveis aos serviços e diversificando as ações de prevenção às DST/aids. Nessa metodologia a articulação entre a Atenção Básica e os Programas de DST/Aids é fundamental para construção de redes de cooperação na comunidade que possam integrar os vários atores, ampliando e potencializando as ações de Prevenção.

Para promover reflexão sobre questões como sexualidade, diversidade, direitos sexuais e reprodutivos, bem como para o planejamento e disseminação das ações de prevenção no território, foram construídos

procedimentos que possibilitam a implantação da estratégia de forma gradual e participativa. Estes procedimentos preveem a participação de representantes locais das Secretarias de Educação Municipal e Estadual, parceiros fundamentais na construção da estratégia.

Os procedimentos básicos para a implantação da estratégia são:

- Oficina de prevenção às DST/aids para os profissionais da ESF, possibilitando o alinhamento conceitual e instrumentalizando os agentes comunitários de saúde (ACS) a realizarem abordagens de prevenção na comunidade, incentivando a disponibilização de insumos de prevenção nas atividades extramuros.

- Oficina “Mapa Falante”: Metodologia de diagnóstico e gestão de Informação para prevenção ao HIV/aids e promoção em saúde em territórios vulneráveis urbanos”, consiste no mapeamento, por parte dos agentes, de locais de encontro e sociabilização das populações vulneráveis no território, bem como a identificação de possíveis parceiros, como: estabelecimentos comerciais e instituições diversas para a implantação das chamadas Estações de Prevenção, espaços reconhecidos pela comunidade como locais onde estão disponibilizados gratuitamente preservativos, materiais informativos, informações básicas de prevenção, divulgação do Disque DST/Aids 0800 162550, divulgação dos locais que realizam testagem do HIV/sífilis e hepatites e onde podem ser divulgadas atividades e outras campanhas realizadas pelo serviço de saúde.

- Oficinas de prevenção junto às lideranças comunitárias, sensibilizando-as

para a importância das intervenções na comunidade e o papel estratégico das mesmas na articulação das ações no território.

- Nas estações de prevenção, os agentes comunitários e técnicos do Programa Municipal de DST/Aids, estabelecem contato com os responsáveis pelos locais, e no caso de aquiescência dos mesmos, instalam displays com preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante, em pontos de fácil acesso para a população. Os agentes têm papel importante no abastecimento contínuo desses locais para que não haja falta do insumo. A quantidade necessária de cada insumo nas estações vai se delineando no decorrer do tempo, cabendo ao Programa Municipal de DST/Aids, adequar sua grade de preservativos de acordo com a demanda.

- Apresentação da estratégia para profissionais nas escolas do território, Associação de Pais e Mestres e no Conselho de Escola. Ação fundamental para a implantação da estação de prevenção dentro do espaço escolar.

- A partir da aprovação das instâncias escolares realizar rodas de conversa com professores e adolescentes do 9º ano do ensino fundamental e do Ensino Médio com participação dos agentes comunitários de saúde, nos temas: Direitos Humanos, Saúde Sexual e Reprodutiva, Prevenção das DST/aids, Estigma e Discriminação, Diversidade Sexual, Racismo, Violência contra a mulher e Gestação na Adolescência.

- Oficinas, com os alunos para confecção de displays de preservativos e de cartazes para serem expostos nas áreas comuns escolares.

- Oficinas com os alunos do grêmio estudantil para instrumentalizá-los como multiplicadores das ações de prevenção às DST/aids.

- Certificação que legitima parceria dos Programas Estadual e Municipal de DST/Aids com a Unidade de Saúde, Escola e ONGs através de um Selo de Parceria entregue aos estabelecimentos comerciais que estão na luta contra a AIDS no território. Estes certificados serão disponibilizados pelo Programa Estadual de DST/Aids, aos municípios que fizerem adesão a estratégia.

A comunicação entre profissionais de saúde, agentes comunitários e comunidade é algo fundamental para que essa estratégia seja eficiente, assim foi criado um grupo na rede social Facebook “Juntos na Prevenção das DST/Aids” onde as várias questões que compõe o cotidiano nos territórios podem ser discutidas.

PREVENÇÃO E COMUNICAÇÃO

Serviço Disque DST/Aids

Este serviço de atendimento telefônico, através de linhas comuns, foi implantado em 1983, oferecendo informação e acolhimento às pessoas com dúvidas e angústias, relacionadas ao HIV/aids e outras DST. A partir de 1988 foi implantado o sistema de atendimento gratuito 0800 16 25 50. Esse tipo de atendimento atravessou os anos e até os dias atuais oferece à população, particularmente do estado de São Paulo, um canal gratuito de escuta, acesso a informações e orientações sobre práticas de sexo seguro, serviços especializados para realização de testes e tratamento de HIV e

outras DST, e informações sobre instituições governamentais e não governamentais para defesa dos direitos dos portadores de DST/HIV/aids.

O Disque DST/Aids oferece também orientações sobre prevenção combinada tanto para indivíduos, quanto para realização de atividades de prevenção em instituições de ensino e outras empresas. Possui um acervo de materiais referenciais em DST/HIV/aids, além de vídeos, cartazes, folders e preservativos, que são disponibilizados, na medida do possível, do ponto de vista quantitativo, para estudantes e empresas.

A partir de 2003, o serviço ampliou suas ações, reformulou seu papel, atualizou sua equipe e passou a realizar acolhimento e aconselhamento dos usuários, melhorando a qualidade do atendimento oferecido.

Atualmente, além das ligações telefônicas a equipe do Disque DST/Aids, responde a dúvidas enviadas através do e-mail disque-dstaids@crt.saude.sp.gov.br realiza palestras em diversas instituições de ensino e empresas e participa de várias atividades extra-muros de testagem e aconselhamento, promovidas pelo Programa Estadual de DST/Aids-SP.

CAMPANHAS E MATERIAIS EDUCATIVOS

A produção de materiais educativos é essencial para informar a população sobre prevenção as DST/aids e hepatites virais. É fundamental que a mensagem seja veiculada em linguagem adequada às populações que se deseja atingir: jovens, homens que fazem sexo com homens, mulheres, travestis e transexuais, profissionais do sexo, população geral.

Ao longo de 30 anos, a área de prevenção produziu uma série de materiais: folders, folhetos, jornais, manuais técnicos, vídeos, spots, calendários, cartões postais, cartilhas, filmes para TV e spots para rádio.

Na última década, as campanhas de prevenção vêm sendo produzidas pela equipe da Área de Comunicação Interna do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP.



Em 2015, a Coordenação Estadual DST/Aids firmou uma parceria com a Faculdade de Publicidade e Propaganda de Universidade Metodista de São Paulo. Desde então, alunos do 7º ano do curso, produziram ao todo 10 campanhas publicitárias (de outdoor a spots de TV e rádio, além de cartazes e materiais para mídia digital). Os temas dessas campanhas foram: PEP, prevenção aids/mulher, sífilis/homem (2015); sífilis/mulher, sífilis/profissional da saúde, testagem para jovem gay (2016); CidadaniaTrans, Disque DST/Aids, campanha população geral, discriminação pessoas vivendo (2017); PrEP, testagem pop negra, abandono tratamento, Indetectável=Intransmissível (I=I) e Carnaval 2019 (2018).

Nos últimos anos, temos ampliado o investimento em mídias sociais e estratégias como a plataforma “Juntos na Prevenção” www.juntosnaprevencao.com.br/, instrumento de comunicação interativa sobre prevenção às DST/HIV/aids voltado ao público jovem, e mais recentemente a criação da Conversaria Sem Tabu.

Buscando novas formas de comunicação com a população jovem, particularmente os jovens gays, dada a observação de que a partir de 2007 houve um recrudescimento da epidemia de aids nesta parcela da população, a Prevenção do Programa Estadual de DST/Aids-SP, em parceria com o CEALAG-Centro de Estudos Leopoldo Airosa Galvão, organização sem fins lucrativos composta por professores do Departamento de Saúde

Coletiva da Faculdade de Ciência Médicas da Santa Casa de São Paulo, elaborou, em 2017, uma pesquisa usando a metodologia de Design Thinking para perceber a forma mais eficiente de levar a discussão da prevenção combinada à população de jovens gays. Através de discussões, com representantes dessa comunidade, concluiu-se que a criação de uma rede social seria a forma mais eficiente para atingir esses objetivos.

Assim, criou-se a “Conversaria sem Tabu” que se comunica com a população através da página do facebook (@conversariasemtabu) e de um whatsapp 11- 99130-3310.



Técnicos da Prevenção estão à disposição por meio do chat on-line, diariamente, de segunda a sexta, das 8h às 18h. As mensagens enviadas fora deste horário de atendimento são respondidas o mais cedo possível. Atualmente, novamente em parceria com o CEALAG e com a atuação voluntária da empresa Lambda3, estamos em processo de implantação de um robchat, que fará o atendimento da “Conversaria” no facebook, nos horários que não há técnicos disponíveis, isto é, a noite e nos fins de semana.

O canal de WhatsApp/SMS está sob a supervisão de um técnico da Prevenção por 24 horas, todos os dias, e habitualmente é utilizado pelos usuários para dúvidas de situações particulares.

Em ambos os canais de atendimento os profissionais esclarecem dúvidas e fornecem dicas em tempo real sobre diversidade sexual, realização do teste de HIV e outras DST, estratégias de prevenção combinada, indicação e locais de atendimento de PEP e PrEP, e de instituições que atuam na defesa dos direitos dos portadores de HIV/Aids.

Na página do facebook as postagens visam fomentar discussões sobre todas as questões

já citadas, incluindo os temas de preconceito e discriminação, em suas diversas formas, particularmente no que tange a homofobia, transfobia e sorofobia, sempre monitoradas por alguém da equipe técnica da Prevenção do Programa Estadual de DST/Aids-SP, observando o princípio de levar esses diálogos, de forma clara, simples e “falando na real”, o que segundo a concepção dos jovens significa “falar a verdade, sem meias palavras”.

Além destes canais, a Conversaria tem promovido reuniões presenciais, em locais de concentração de jovens, abrindo espaço para que eles expressem suas dúvidas, ansiedades e certezas, mantendo o “papo direto e reto, falando na real”, trabalhando no princípio do protagonismo juvenil, respeitando sua autonomia e capacidade de decisão.

MATERIAIS PRODUZIDOS PELA ÁREA DE PREVENÇÃO

Cartazes, Folder e Folhetos - década de 1990

Temas: Adolescentes; Aids; Amar sem medo na era da aids; Bem me quer; Com camisinha é sempre carnaval; Darkroom; saunas e parques gays; Decida-se pela prevenção; Disque DST/Aids; É hora de decidir pelo uso do preservativo; Prevenção em homens; Marcelo x Andréia; Planejamento familiar; São muitos os perigos desta vida; Sem esta fantasia não entra; Seringa não é droga; Sífilis congênita; Solidariedade; Teste HIV; Usou/trocou; Vida; A necessidade do teste rápido para a pesquisa do HIV.

Cartilhas e Folhetins – década de 1990

Temas: 100% saúde; Aids – sabendo

mais; Alimentação para criança nascida de mãe HIV positiva; Fala garota, fala garoto – Adolescentes; Guia positivo; Mulheres; Salto Alto; Saúde da mulher; Zona Livre.

Manuais – décadas de 1990 e 2000

Temas: Aids no local de trabalho; Prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis e do HIV; Preservativo feminino; Profissionais do sexo; Redução de danos.

Vídeos – década de 1990

Temas: Diferenças; E agora, Aurora? ; Exibicionistas; Fantasia; Mancha de batom; Para que time ele joga?; Tô de camisinha.

Campanhas

Quebre o silêncio, 1998; Transe a vida com mais prazer, use camisinha, 2002

Campanhas em parceria com a Universidade Metodista de São Paulo

PEP, prevenção aids (mulher), sífilis (homem), 2015; sífilis (mulher), sífilis (profiss. Saúde), testagem (jovem gay), 2016; Trans, Disque DST/Aids, campanha geral,

discriminação pessoas vivendo, 2017; PrEP, testagem população negra, abandono de tratamento, I=I, Carnaval 2019, 2018

Publicações – 2000 - 2017

Como e para que perguntar a Cor ou Raça/ Etnia no Sistema Único de Saúde;

Conjugalidades e Prevenção as DST/Aids

Diretrizes para Implantação da Rede de Cuidados em IST/HIV/Aids – Manual de Prevenção;

DST/Aids e rede básica: uma integração necessária;

Masculinidades e Prevenção às DST/Aids;

Religiões Afro-Brasileiras, Políticas de Saúde e a Resposta a Epidemia de Aids;

O Tempo não para – Experiências de Prevenção as DST, HIV e Aids com e para adolescentes e jovens;

Prevenção em DST/Aids em Adolescentes e Jovens: brochuras para referência para os profissionais de saúde;

Vulnerabilidade – Projetos Estratégicos com Populações Vulneráveis.

