

ISSN 1806 - 423 - X
ISSN 1806 - 4272 - online

CRT DST/Aids-SP

Boletim Epidemiológico Paulista



BEPA especial

Volume 15 Número 175-176 julho/agosto 2018



Secretaria da Saúde



**GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO**

BEPA

Boletim Epidemiológico Paulista

ISSN 1806-423-X

Volume 15 Nº 175 - 176

julho/agosto de 2018

Nesta Edição

Apresentação	3
Editorial	5
Política Pública para aids no Estado de São Paulo	7
Cenário Epidemiológico das IST e HIV no Estado de São Paulo - A epidemia ontem e hoje	21
Assistência às Pessoas com IST e Vivendo com HIV e aids no estado de São Paulo	37
Prevenção às IST/HIV/aids no Estado de São Paulo	61
Pesquisas Clínicas, Comportamentais e Epidemiológicas	101
Planejamento e Gestão da Política para IST/Aids	113
Créditos	121
Instruções aos Autores	123

Expediente



**COORDENADORIA DE
CONTROLE DE DOENÇAS**

Av. Dr Arnaldo, 351
1º andar – sala 124

CEP: 01246-000 – Pacaembu
São Paulo/SP – Brasil

Tel.: 55 11 3066-8823/8824/8825

E-mail: bepa@saude.sp.gov.br

<http://www.ccd.saude.sp.gov.br>

<http://ses.sp.bvs.br/php/index.php>

Os artigos publicados são de
responsabilidade dos autores.

É permitida a reprodução parcial
ou total desta obra, desde que
citada a fonte e que não seja
para venda ou fim comercial.

Para republicação deste material,
solicitar autorização dos editores.

Editor Geral: Marcos Boulos

Editor Executivo: Clelia Aranda

Editores Associados:

Dalton Pereira Fonseca Junior – Sucen/SES-SP
Hélio Hehl Caiaffa Filho – IAL/CCD/SES-SP
Lilian Nunes Schiavon – CTD/CCD/SES-SP
Luciana Hardt – IP/CCD/SES-SP
Marcos da Cunha Lopes Virmond – ILSL/CCD/SES-SP
Maria Clara Gianna – CRT/DST/Aids/CCD/SES-SP
Maria Cristina Megid – CVS/CCD/SES-SP
Regiane Cardoso de Paula – CVE/CCD/SES-SP

Comitê Editorial:

Adriana Bugno – IAL/CCD/SES-SP
Angela Tayra – CRT/Aids/CCD/SES-SP
Cristiano Corrêa de Azevedo Marques – IB/SES-SP
Dalma da Silveira – CVS/CCD/SES-SP
Dalva Marli Valério Wanderley – Sucen/SES-SP
Juliana Galera Castilho – IP/CCD/SES-SP
Maria Bernadete de Paula Eduardo – CVE/CCD/SES-SP
Maria de Fátima Costa Pires – PPG/CCD/SES-SP
Patrícia Sanmarco Rosa – ILSL/SES-SP

Coordenação Editorial:

Kátia Rocini
Sylia Rehder
Maria de Fátima Costa Pires
Lilian Nunes Schiavon
Mirthes Ueda

Revisão:

Kátia Rocini

Projeto gráfico/editoração:

Kleiton Mendes de Brito
Marcos Rosado
Maria Rita Negrão

Centro de Produção e Divulgação Científica – CCD/SES-SP

Consultores Científicos:

Alexandre Silva – CDC Atlanta
Carlos M. C. Branco Fortaleza – FM/Unesp/Botucatu-SP
Eliseu Alves Waldman – FSP/USP-SP
Expedito José de Albuquerque Luna – IMT/USP-SP
Gerusa Figueiredo – IMT/USP-SP
Gonzalo Vecina Neto – FSP-USP
Gustavo Romero – UnB/CNPQ
Hiro Goto – IMT/USP-SP
José Cássio de Moraes – FCM/SC-SP
José da Rocha Carvalheiro – Fiocruz-RJ
José da Silva Guedes – IB/SES-SP
Myrna Sabino – IAL/CCD/SES-SP
Paulo Roberto Teixeira – OMS
Ricardo Ishak – CNPQ/UF-Pa
Ricardo Kerti Mangabeira Albernaz – CCD/SES-SP
Roberto Focaccia – IER/SES-SP
Vilma Pinheiro Gawyszewsk – Opas

Portal de Revistas - SES/Projeto Metodologia Scielo:

Lilian Nunes Schiavon
Eliete Candida de Lima Cortez

Centro de Documentação – CCD/SES-SP

CTP, Impressão e Acabamento:

Imprensa Oficial do Estado S/A (IMESP)

Disponível em:

Portal de Revistas Saúde SP - <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>

**Boletim Epidemiológico Paulista (Bepa), edição especial
Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP**

Nesta edição

Coordenação de conteúdo

Artur Kalichman

Maria Clara Gianna

Rosa de Alencar Souza

Emi Shimma

Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP

Projeto gráfico/editoração

Maria Rita Negrão

Centro de Produção e Divulgação Científica – CCD/SES-SP



Acesse a versão eletrônica em:
www.ccd.saude.sp.gov.br

Rede de Informação e Conhecimento:
<http://ses.sp.bvs.br/php/index.php>

Colabore com o BEPA:
bepa@saude.sp.gov.br

Apresentação

Em 1983, ano de criação do Programa Estadual de Aids, muitos profissionais não queriam trabalhar em serviços que atendiam pacientes com quadro suspeito da doença. Na época, não se conhecia seu agente causador, nem todas as suas formas de transmissão. Abrir novos serviços era um trabalho árduo. Aos poucos, as barreiras foram vencidas e tivemos muitos avanços em especial no campo da prevenção e do tratamento antirretroviral. Entretanto ainda convivemos com uma mortalidade por aids elevada, casos de sífilis congênita e elevação de casos novos de infecção pelo HIV, principalmente entre homens jovens.

Trabalhamos muito ao longo destes 35 anos, em conjunto com as Regionais de Saúde, áreas técnicas e outros programas da Secretaria da Saúde de São Paulo, com as Secretarias Municipais de Saúde e outras secretarias de governo sempre acompanhados pelo ativismo da sociedade civil organizada e das PVHA. Hoje, em todo o estado estima-se em mais de 10 mil o número de profissionais de saúde que trabalham direta ou indiretamente no campo da aids para dar conta da assistência as PVHA, da vigilância epidemiológica e de ações de prevenção, diagnóstico precoce, pesquisa, gestão e articulação com a sociedade civil.

Contamos com uma vasta rede de serviços de assistência especializada em IST/aids e centros de testagem e aconselhamento, hospitais-dia e de assistência domiciliar terapêutica descentralizados, estando mais de 80% sob responsabilidade dos municípios. Ressaltamos ainda a importância da participação das secretarias de educação e justiça nas ações de promoção de saúde sexual e redução da discriminação atenção básica de saúde na assistência às IST e a realização das ações de prevenção e incentivo à testagem do HIV, além do controle da transmissão vertical do HIV e sífilis.

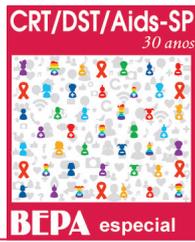
Nesta edição especial do Bepa contaremos um pouco de nossa história, o que fizemos, fazemos e ainda temos por fazer. São muitos os desafios para a quarta década da epidemia. É preciso continuar inovando na comunicação com as populações mais vulneráveis, em especial os jovens, ampliar o acesso ao teste rápido para HIV e sífilis, melhorar o acesso às novas tecnologias biomédicas de prevenção como a Profilaxia Pós Exposição (PEP), a Profilaxia Pré Exposição (PreP) e o tratamento como prevenção, sem perder de foco a promoção de práticas de sexo seguro. Para tal, é necessário investir na qualificação da rede de cuidados em todo estado, assim como em ações de educação permanente para os profissionais da gestão e dos serviços e ampliar as parcerias com universidades e demais secretarias e fortalecer a parceria com a sociedade civil e o movimento de aids para somar esforços para o enfrentamento da epidemia.

Por outro lado, o aumento da longevidade das PVHA associado a complexidade do seu acompanhamento clínico demandará investimento adicional e permanente nos serviços que atendem esta população. É sobretudo essencial evitar a banalização da epidemia.

Agradecemos a dedicação, a competência e o trabalho incansável de todas as pessoas que compartilham dos ideais preconizados pelo sistema único de saúde, e fazem a diferença no dia a dia das pessoas com IST e vivendo com HIV/aids.

**Artur Kalichman, Maria Clara Gianna
e Rosa de Alencar Souza**

Coordenadores do Programa Estadual DST/Aids-SP



Editorial

A aids foi a última pandemia registrada no século 20, com ela todos aprendemos, seja no campo da ciência, seja no campo social.

Como médico infectologista tive a oportunidade de participar dessa história recente, viver o drama da falta de informação sobre o vírus, sua origem, formas de transmissão e poder de destruição no organismo humano. Ao mesmo tempo, ocupando essa lacuna da falta de informação científica em bases seguras do início da epidemia, multiplicavam informações leigas calcadas no medo, no preconceito, em respostas simplistas para um fenômeno nada simples. Anos difíceis...

Acompanhei nas décadas de 80 e 90 os dramas de pacientes em consultório e em hospitais públicos, suas histórias de vida. À época aprendi a trabalhar com as ferramentas existentes que não eram suficientes para aplacar a dor e dar a esperança da cura àquelas pessoas. Algumas poucas histórias vitoriosas, muitas outras de derrota. Desse período trago comigo a certeza da importância de, como médico, desenvolver um sentimento de alteridade na relação com o paciente. Tentar entender além da doença e seus protocolos, aspectos humanos, individuais, que farão a diferença no sucesso do tratamento.

Faz-se necessário destacar que o advento da aids promoveu uma gama de pesquisas que contribuíram para o avanço da medicina e aperfeiçoamento dos sistemas de saúde pública. No campo das ciências sociais, a epidemia derrubou preconceitos, promoveu a inclusão de populações vulneráveis nas políticas

de saúde e estabeleceu a necessidade da aproximação dos serviços da realidade dos diversos segmentos sociais. E São Paulo foi protagonista nesse processo. A agilidade na mobilização de profissionais de saúde e na organização dos serviços para fazer frente à nova doença, a incorporação de fármacos e tecnologias de ponta para o tratamento, a participação ativa na pesquisa para uma vacina, são capítulos importantes da história paulista no enfrentamento da aids. Vale destacar que as políticas e ações adotadas pelo estado de São Paulo foram estruturadas e respaldadas pelo Programa Estadual de Doenças Sexualmente Transmitidas e Aids, que completou 35 anos em 2018, e pelo Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids-SP que completa 30 anos de atividades neste ano de 2018.

A equipe do CRT (como é mais conhecido) soube se reinventar ao longo das três décadas. Estabeleceu um vínculo forte, transparente e até fraterno com sua clientela, participa ativamente das atualizações do conhecimento científico e atua na vigilância e controle das DST e aids no estado de São Paulo e no Brasil.

Essa edição especial do Boletim Epidemiológico Paulista é dedicada a contar a história, desafios, conquistas e perspectivas dessa instituição que integra a Vigilância em Saúde do estado de São Paulo. Não podemos celebrar uma epidemia ainda em curso, mas devemos reconhecer o trabalho dos que estão no frente de batalha para derrotá-la.

Marcos Boulos
Editor



Política Pública para aids no Estado de São Paulo



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Em 1988, à medida que a epidemia crescia e novas providências se tornavam imprescindíveis, foi criado o Centro de Referência e Treinamento em Aids (CRT-A), vinculado ao gabinete do Secretário da Saúde. Este tinha como metas prioritárias, além da referência técnica, atuar como capacitador e gerador de normas técnicas, com vistas a um processo acelerado de descentralização

das atividades de prevenção, vigilância e assistência no Estado de São Paulo. Nessa época, além de capacitação e monitorização técnica, o CRT-A teve um importante papel na implementação de alternativas assistenciais, como hospital-dia e assistência domiciliar terapêutica.

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

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

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

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

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

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

Em 1994, ocorre a junção dos programas de aids e DST e a transformação do CRT em Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids (CRT DST/Aids).

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

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

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

Em 1996 o CRT DST/Aids passa a ser vinculado à Coordenação dos Institutos de Pesquisa (CIP), órgão então responsável pela definição das políticas de saúde pública no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde. Com a mudança de estrutura ocorrida na Secretaria de Estado da Saúde em 2005, a Coordenação dos Institutos de Pesquisa passou a chamar-se Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD).

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

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

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

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

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

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

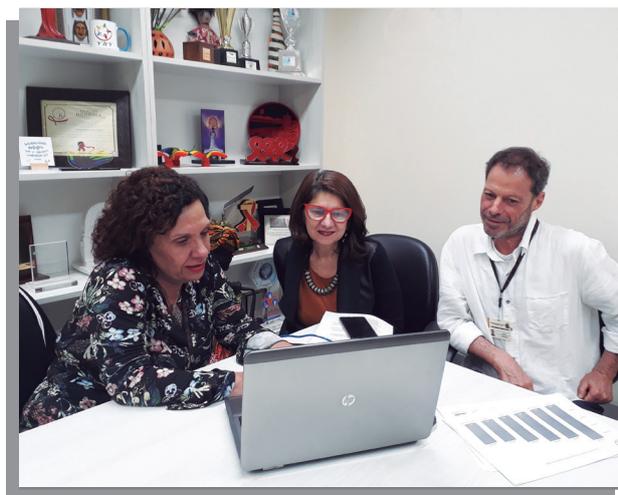
O Programa de Aids de SP tem também, no início dos anos 2000, um modelo e uma rede de atenção orientada pela busca de cuidado integral e estruturada, operando de forma descentralizada e regionalizada, e garantindo o acesso a terapia antiretroviral (TARV). Passou-se a trabalhar na implantação de propostas,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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

Desde seu princípio, o PE DST/Aids-SP adota como referências éticas e políticas a luta pelos direitos de cidadania das pessoas que vivem com HIV e populações mais vulneráveis e contra o estigma e a discriminação, a garantia do acesso universal à assistência gratuita, incluindo medicamentos específicos, e o direito de acesso aos meios adequados de promoção da saúde integral. E atua de forma coordenada com demais secretarias governamentais, como Justiça e Cidadania, Educação e Desenvolvimento Social, e em estreita colaboração com as ONGs.

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

CONSELHO GESTOR

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

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

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

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

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

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

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

Formação do Conselho

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

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

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

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

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

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

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

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

Conquistas dos Usuários

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

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

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

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

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

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

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

REDE DE CUIDADOS DE IST/HIV/AIDS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

responsabilidade de resguardar as informações dos usuários.

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

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

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

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

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

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

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

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

Entre os principais resultados do projeto Qualirede destacamos:

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

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

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

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

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

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

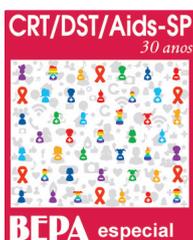
- Desenvolvimento de metodologia para ser reproduzida na consolidação da rede nas outras regiões de saúde.

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

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

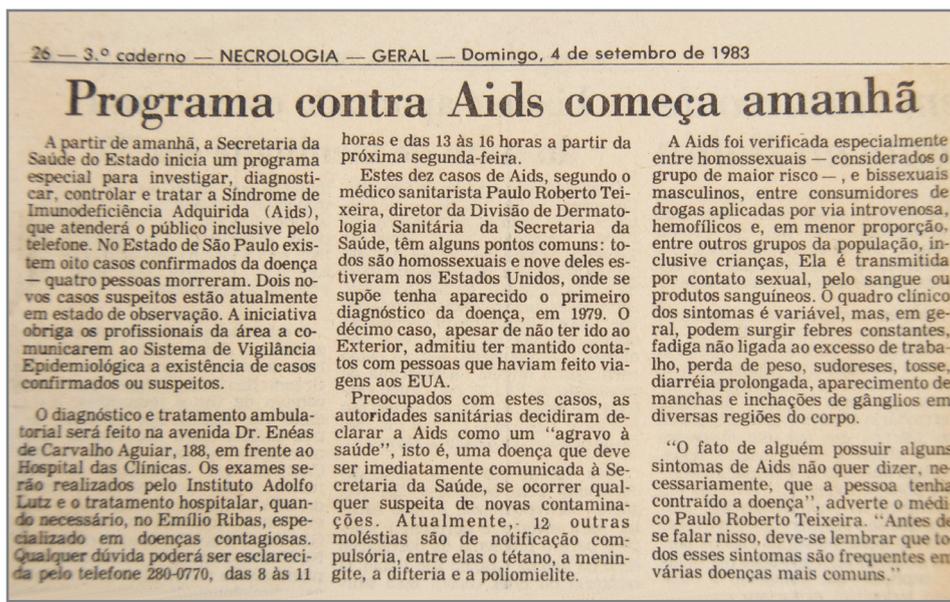
Para o ano de 2018, definiu-se como proposta que as atividades ocorram em pelo menos uma região de saúde dos 15 DRS envolvidos neste processo. Em maio, realizamos oficina envolvendo profissionais dos DRS, da atenção básica, dos Grupos de Vigilância Epidemiológica e representação do COSEMS para apresentação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

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





Cenário Epidemiológico das IST e HIV no Estado de São Paulo - A epidemia ontem e hoje



Acervo do CRT DST/Aids-SP

HIV/AIDS

Os primeiros casos de aids no país foram descritos no início da década de 80, em São Paulo. Embora inicialmente vinculado aos homens que fazem sexo com outros homens (HSH), particularmente nos países industrializados e na América Latina, o HIV se disseminou rapidamente entre os diversos segmentos da sociedade, alcançando paulatinamente mulheres, crianças e homens com prática heterossexual. Essa disseminação ocorreu não somente por via sexual, mas também pela via sanguínea, por meio do compartilhamento de seringas e agulhas por usuários de drogas injetáveis (UDI), em transfusões de sangue e hemoderivados e, ainda, pela transmissão vertical (transmissão

da mãe para a criança na gestação, parto ou durante o aleitamento materno), na medida em que as mulheres foram sendo atingidas pela epidemia.

Os padrões de transmissão foram distintos nas diversas regiões do Estado de São Paulo e a partir de final da década de 90 houve um predomínio de casos de aids com categoria de exposição heterossexual no estado como um todo, com um incremento importante nas mulheres e um declínio de casos UDI. Atualmente a epidemia está concentrada principalmente em HSH jovens.

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

aids vem apresentando queda acentuada a partir de 1996 após à introdução dos antirretrovirais (ARV) na rede pública, associada à descentralização do atendimento, ao diagnóstico precoce, a intervenção adequada sobre o manejo das infecções oportunistas, das comorbidades e das coinfeções.

Como reflexo destas políticas no estado de São Paulo, no período 1980 a 30 de junho de 2017 foram registrados 260.396 casos de

aids. A taxa de incidência (TI) da aids no ESP foi reduzida em 26,2% nos últimos dez anos, de 21,2, em 2007 para 15,7 casos por 100 mil habitantes-ano em 2016 (24,1 casos para cada 100 mil homens e 7,7 casos para cada 100 mil mulheres) *(Figura 1). A queda da incidência de aids de 2007 para 2016 em mulheres foi bem maior que entre os homens, 48,1% e 13,9%, respectivamente. A razão de sexo (homem/mulher), que vinha apresentando declínio desde 1986, passou a crescer a partir de 2007, indo de 1,8 para 3,0 em 2016.

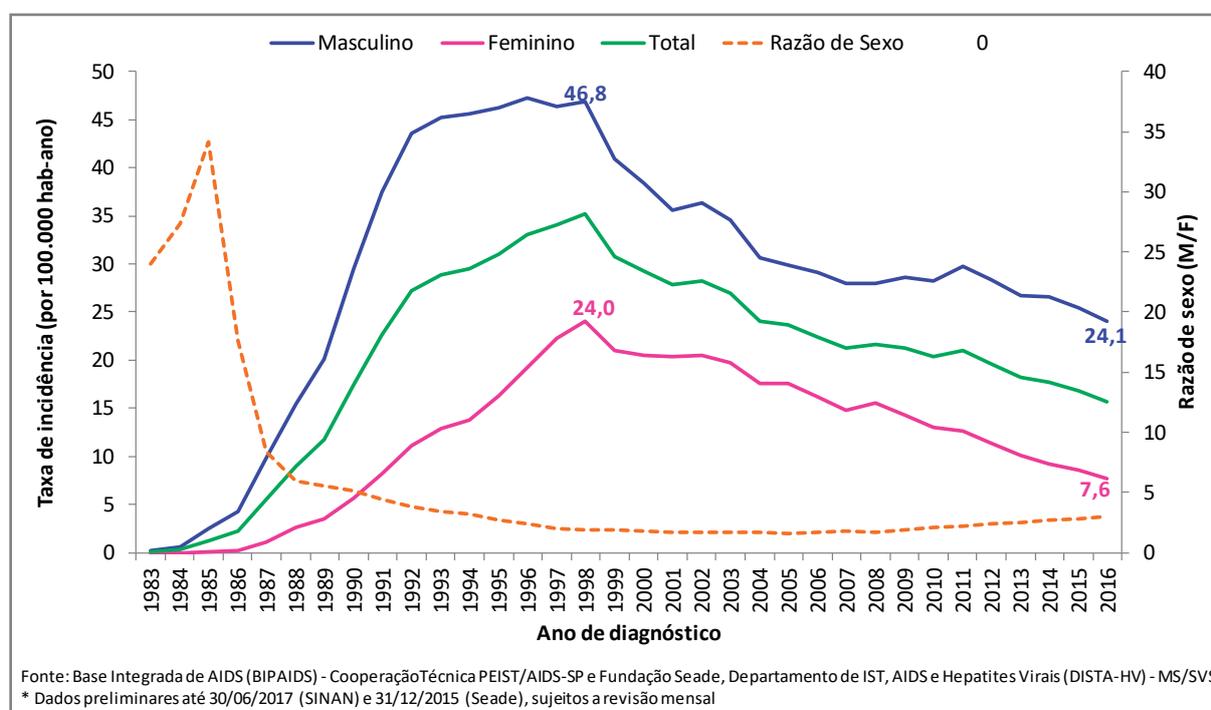


Figura 1. Taxa de incidência de aids por 100 mil habitantes-ano* (TI), segundo ano de diagnóstico, sexo e razão de sexo (masculino/feminino), estado de São Paulo, 1983 a 2016*.

Entre jovens de 15 a 19 e de 20 a 24 anos de idade, a incidência de aids aumentou de 2007 para 2016, 51,8% e 40,7% respectivamente (Figura 2). Este aumento foi devido à participação três vezes maior dos homens adolescentes e duas vezes maior dos homens adultos jovens nas notificações de casos novos de aids. Nestes últimos 10 anos (2007 a 2017*) 8.015 jovens de ambos os

sexos adoeceram pela aids no ESP, mostrando a gravidade do curso da infecção nesta faixa de idade e necessidade de implementar as ações de prevenção da infecção pelo HIV, particularmente para o público com idade inferior a 15 anos, assim como a melhoria do acesso ao diagnóstico e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e ampliação da testagem para o HIV (Figura 2).

Apesar da redução de 43,7% do número de casos no sexo feminino de 2007 para 2016, observa-se um pequeno aumento na proporção (3,1%) de casos de raça/cor preta entre as mulheres. Chama atenção a notificação de caso de aids em 109 indígenas

no Estado nos últimos 10 anos, sendo importante focalizar regiões e municípios com ocorrência de casos nesta população para implementação de ações de prevenção e rede de cuidados.

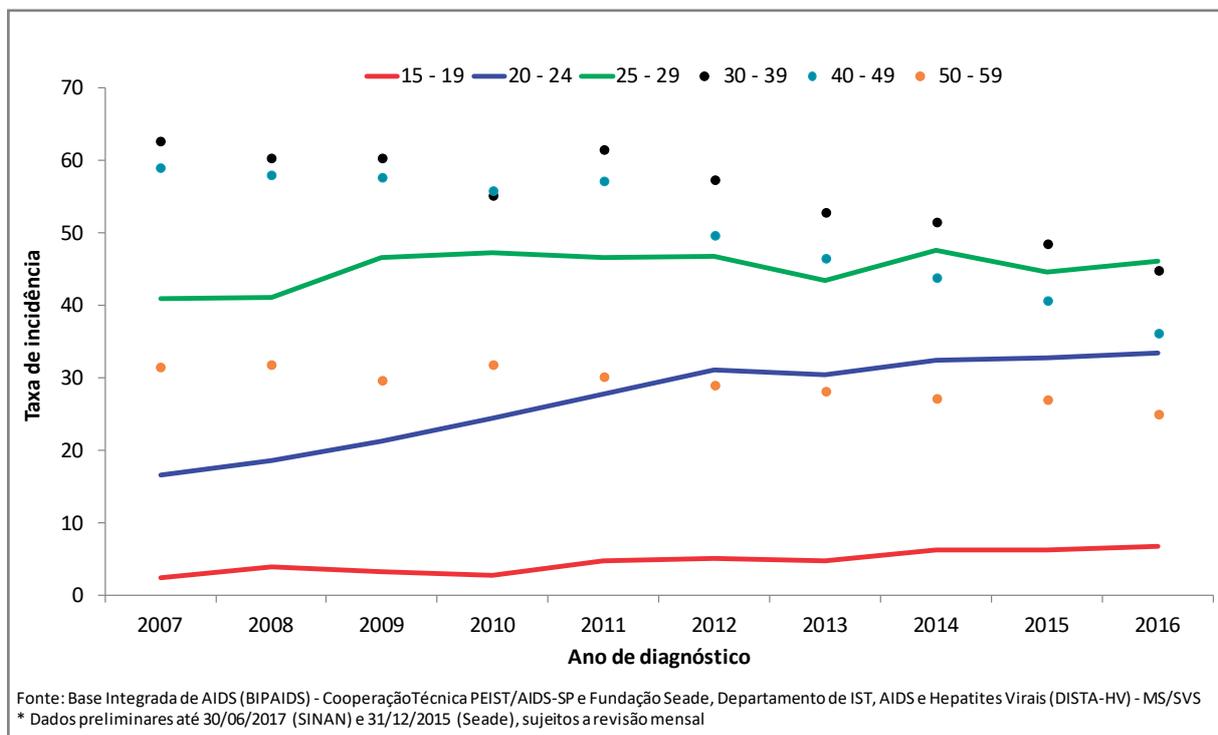


Figura 2. Taxa de incidência de aids em homens por 100 mil homens-ano, segundo ano de diagnóstico, estado de São Paulo, 2007 a 2016*.

Entre os casos do sexo masculino observa-se um número mais elevado de anos de estudo e, quanto maior a escolaridade, mais expressiva torna-se essa diferença entre os sexos; 17,1% dos homens versus 6,0% das mulheres com nível superior completo/incompleto. Apesar da pequena proporção (13,8%) de casos entre analfabetos ou com até o 4º ano do fundamental, o registro de 8.950 indivíduos com aids nesse grupo, de 2007 a 2017, aponta a necessidade de adequação das vias e formas de comunicação de prevenção às IST para esta população com menor instrução.

Para a análise das categorias de exposição informadas nas notificações de casos de aids, foram selecionados os 226.168 (89,1%) de indivíduos com 13 anos e mais de idade que possuem investigação e notificação, do total de 253.439 casos notificados no Sinan (Figura 3). Essa análise mostra que a ocorrência de casos de aids por exposição ao uso de drogas injetáveis (UDI) continua caindo. Enquanto na década de 1990 eram em média 2.717 casos notificados/ano, nos anos 2000 foram 913 e nesta última década apenas 251 casos notificados (Figura 3).

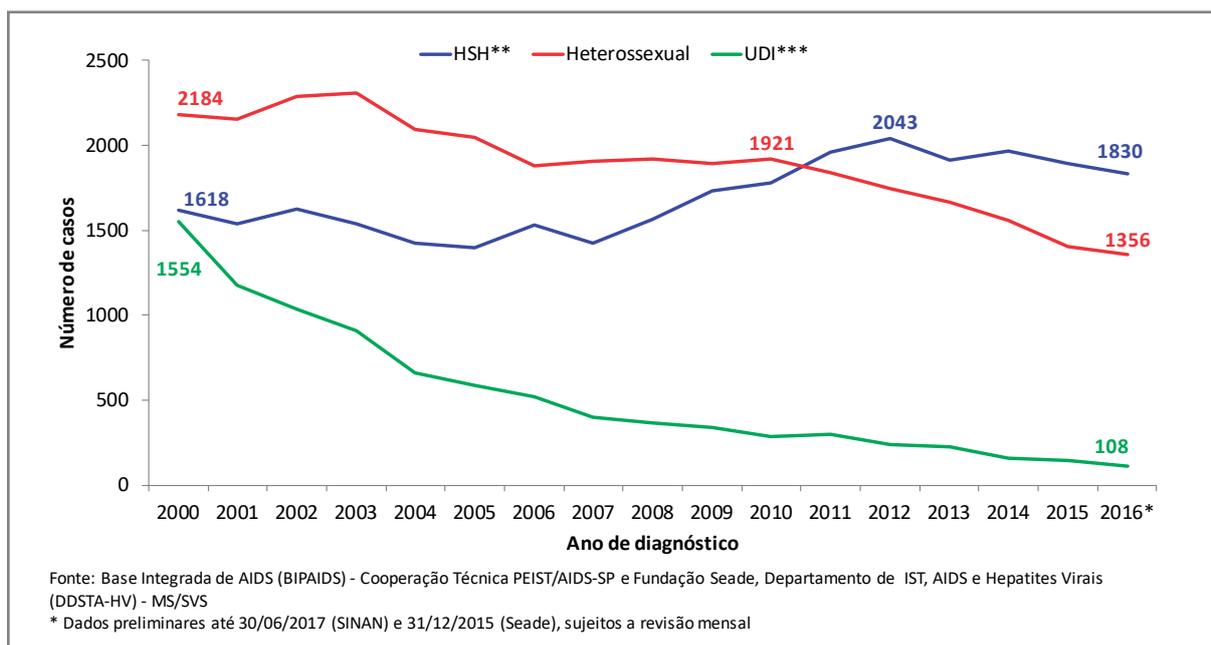


Figura 3. Casos notificados de aids em homens maiores de 13 anos de idade, segundo categoria de exposição e ano de diagnóstico, Estado de São Paulo, 2000 a 2016*.

Apesar da redução de 16,3% no número total de casos notificados, de 2007 para 2016, verifica-se aumento de 29,3% dos casos com a categoria de exposição sexual de homens que fazem sexo com homens (HSH) e decréscimo de 28,8% entre homens heterossexuais nestes anos específicos.

A análise de tendência dos casos notificados de aids em homens no período de 2012 à 2016 revela tendência de queda para as três categorias: HSH (com velocidade de 43 casos/ano), heterossexual com velocidade de 104 casos/ano e UDI (com velocidade de 34 casos/ano) (Figura 4).

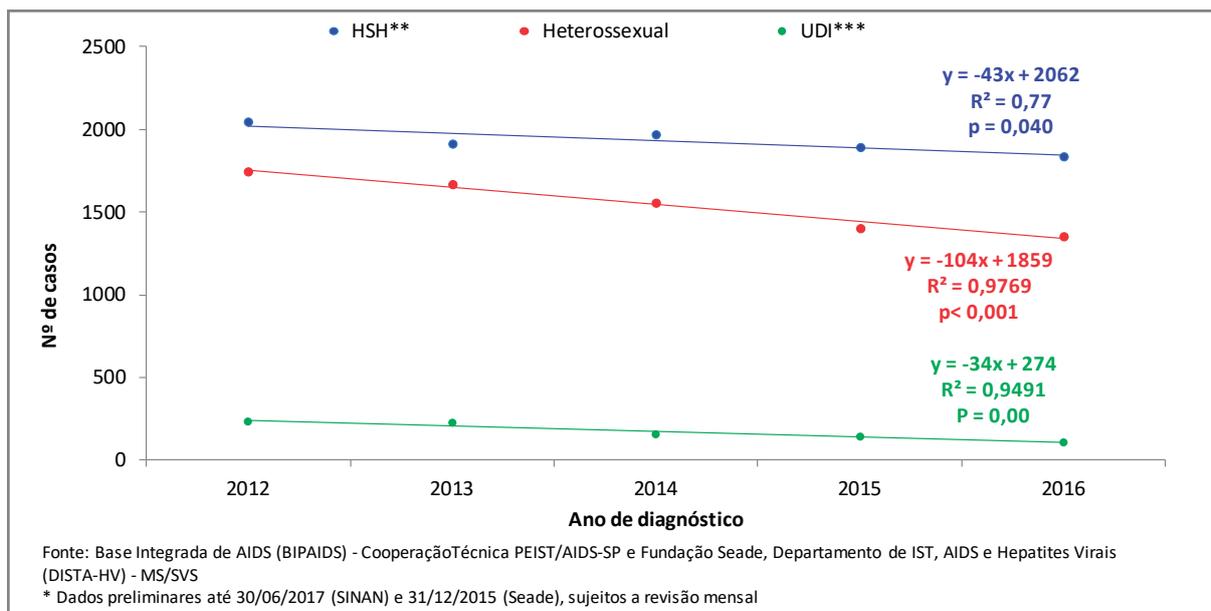


Figura 4. Tendência dos casos notificados de aids em homens que fazem sexo com homens (HSH) segundo ano de diagnóstico e categoria de exposição, estado de São Paulo, 2007 - 2016*.

A questão da raça/cor também se mostra associada a esse recrudescimento da epidemia entre HSH, uma vez que a análise de tendência revela crescimento dos casos

entre pardos e secundariamente entre pretos, enquanto se observa tendência decrescente entre brancos a partir de 2012 (Figura 5).

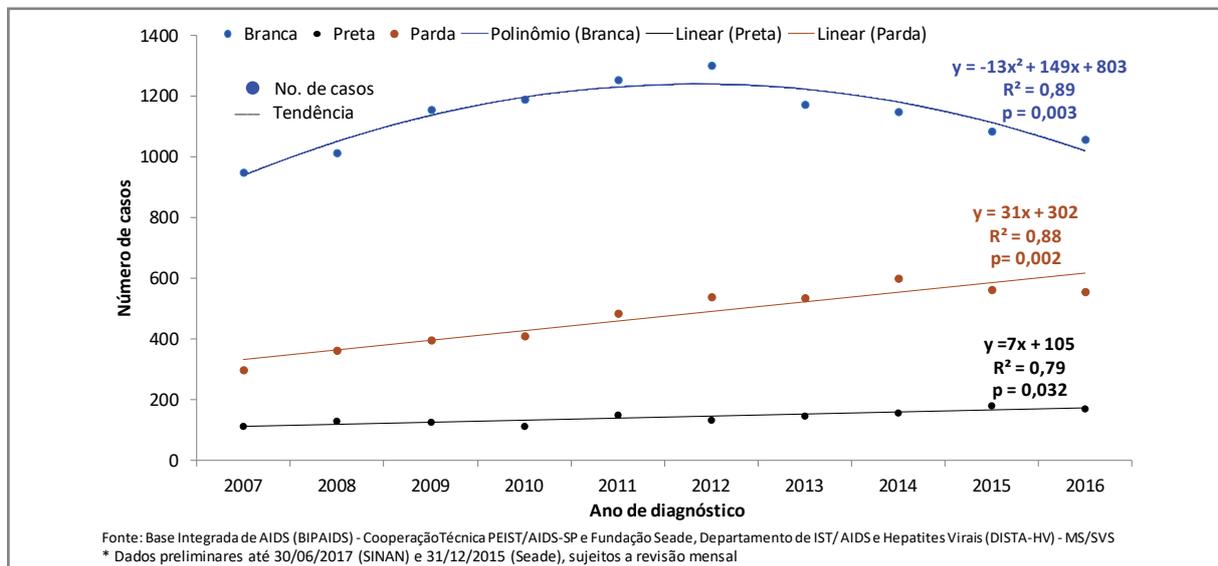


Figura 5. Tendência dos casos notificados de aids em HSH segundo ano de diagnóstico e raça-cor, estado de São Paulo, 2007 a 2016.

Desde 1985, foram a óbito por aids 113.901 pessoas no estado de São Paulo, segundo o Sistema de Óbitos da Fundação Seade. Comparando-se 2007 e 2016, a taxa de mortalidade por aids (TM) passou de 8,2 para 5,8 óbitos por 100 mil habitantes-ano, respectivamente, o que significou uma

redução de 29,1%, sendo 30,7% de redução para o sexo masculino e 25,5% para o feminino. O número absoluto de óbitos caiu 3,6%, cerca de 97 em média de um ano para outro, no último triênio. Em 2016, ocorreram 2.508 óbitos por aids, ou seja, uma média de sete óbitos por dia (Figura 6).

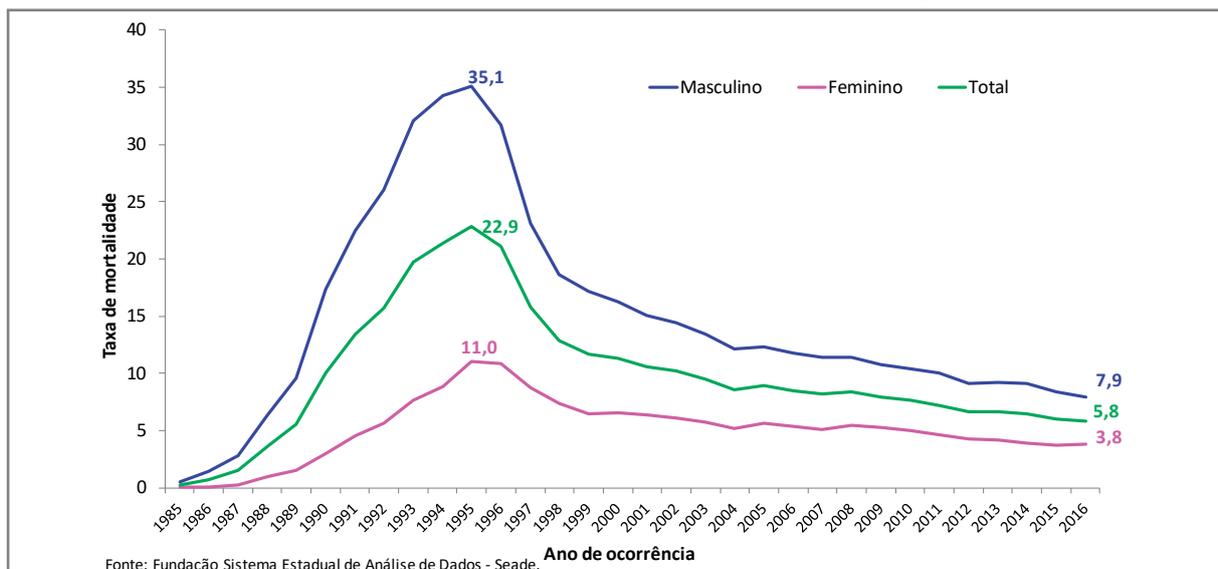


Figura 6. Taxa de mortalidade por aids por 100 mil habitantes-ano* (TM), segundo sexo e ano de diagnóstico e razão de sexo (masculino/feminino), estado de São Paulo, 1983 a 2016*.

O maior número de óbitos e a TM por aids mais alta ocorreram na faixa etária de 40 a 49 anos em 2016, (12,6 óbitos por 100 mil habitantes-ano).

Entre os indivíduos com 13 anos e mais, a maior redução da TM, nos últimos dez anos, foi observada no grupo de 30 a 39 anos de idade (55,3%). No mesmo período, a TM aumentou 35,4% entre aqueles com 70 anos e mais, sendo maior no sexo feminino (72,4%) do que no masculino (14,4%). Essa elevação das TM nas idades mais avançadas pode ser devida à maior sobrevivência dos pacientes, uma vez que o mesmo aumento não se observa na taxa de incidência neste grupo etário, estável nos últimos dez anos.

Diagnóstico Tardio

Sabe-se que a redução da mortalidade, hoje, encontra-se intimamente ligada ao diagnóstico precoce e à adesão aos serviços. Nesse sentido, um importante indicador do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP)/Sispacto, a primeira contagem de células T-CD4 realizada pelos portadores do HIV permite acompanhar a situação do diagnóstico precoce na série histórica. Quase metade dos portadores de HIV do estado de São Paulo (42%) chegou aos serviços, entre 2003 e 2006, com a contagem de linfócitos T-CD4+ abaixo de 200 células/mm³, o que revela acesso tardio aos serviços de saúde. Esta taxa, em 2008, foi de 30,5% e no ano de 2017, até o segundo quadrimestre, foi de 21,0%, revelando, portanto uma queda de 1,4 vezes (Figura 7).

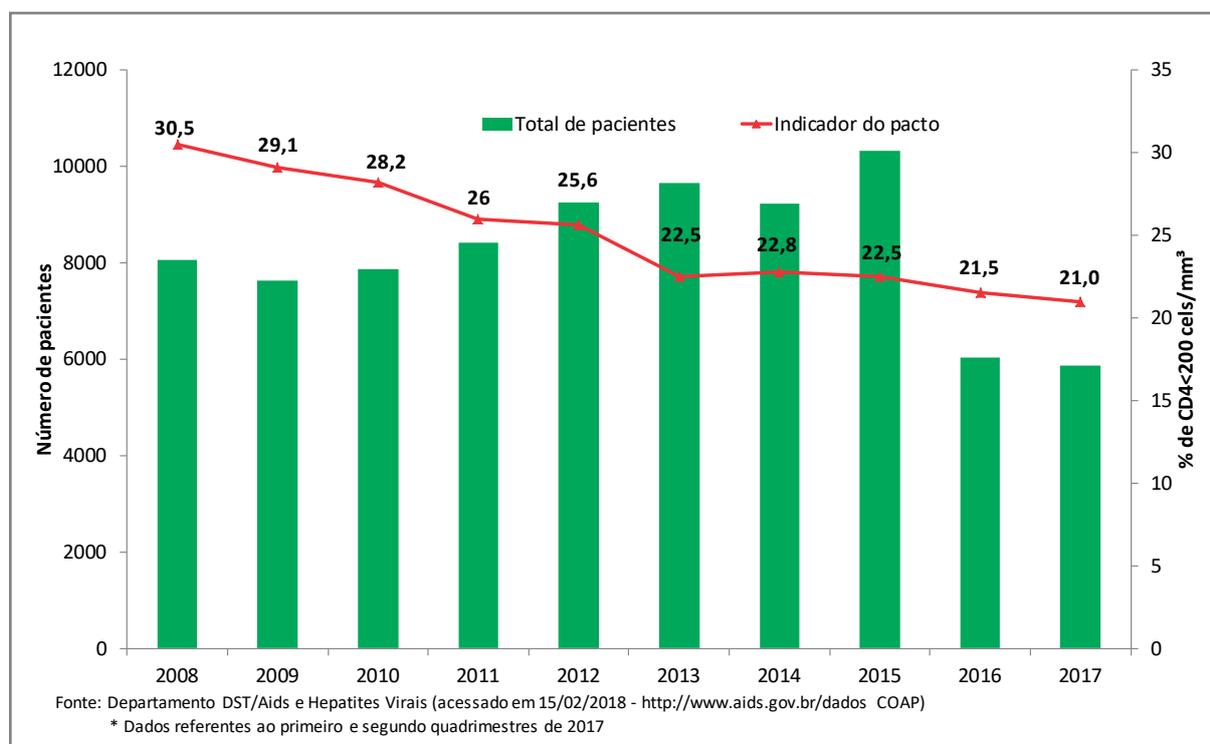


Figura 7. Total de soropositivos para o HIV com 15 anos e mais de idade segundo realização de contagem de CD4 e CD4 menor que 200 células/mm³ - indicador do Sispacto, estado de São Paulo, 2008 a 2017*.

Um dos mais importantes resultados da constituição da base integrada paulista de aids (Bip aids) é o conhecimento do número de pessoas vivendo com aids a cada ano ao atualizar a situação de vida dos casos notificados, a partir da subtração do total de casos de aids de cada ano, pelo respectivo número de óbitos do ano adicionando-se o resíduo de casos vivos do ano anterior. Obteve-se, portanto, a estimativa de 127,069 pessoas vivendo com aids até 30/06/2017.

O impacto da introdução dos antirretrovirais tem aumentado sobremaneira a prevalência de pessoas vivendo com aids e trazido novos desafios, que merecem políticas públicas específicas. Destes, adolescentes e adultos jovens que adquiriram a infecção por transmissão vertical necessitam abordagem quanto à revelação diagnóstica, saúde reprodutiva e sexualidade. Aqueles que estão envelhecendo com aids, necessitam de serviços que acolham suas demandas de saúde, associadas ou não à aids. Portanto, é necessária a readequação dos serviços, diante do número crescente de pessoas sobre seus cuidados e a complexidade desses novos problemas. Os primeiros casos de aids no país foram descritos no início da década de 80, em São Paulo. Embora inicialmente vinculado aos homens que fazem sexo com outros homens (HSH), particularmente nos países industrializados e na América Latina, o HIV se disseminou rapidamente entre os diversos segmentos da sociedade, alcançando paulatinamente mulheres, crianças e homens com prática heterossexual. Essa disseminação ocorreu não somente por via sexual, mas também pela via sanguínea, por meio do compartilhamento de seringas e agulhas por usuários de drogas injetáveis, em

transfusões de sangue e hemoderivados e, ainda, pela transmissão vertical (transmissão da mãe para a criança na gestação, parto ou durante o aleitamento materno), na medida em que as mulheres foram sendo atingidas pela epidemia.

Os padrões de transmissão foram distintos nas diversas regiões do Estado de São Paulo e a partir de final da década de 90 houve um predomínio de casos de aids com categoria de exposição heterossexual no estado como um todo, com um incremento importante nas mulheres e um declínio de casos UDI. Atualmente a epidemia está concentrada principalmente em homens que fazem sexo com homens (HSH) jovens.

Atualmente, apesar das condições socioeconômicas pouco privilegiadas da maioria da população atingida pela epidemia, a mortalidade por aids vem apresentando queda acentuada a partir de 1996 após a introdução dos antirretrovirais na rede pública, associada à descentralização do atendimento, ao diagnóstico precoce, a intervenção adequada sobre o manejo das infecções oportunistas, das comorbidades e das coinfeções.

TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV E DA SÍFILIS

O Brasil aderiu à iniciativa regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Panamericana da Saúde (Opas) para eliminação da sífilis congênita (SC) e da transmissão vertical do HIV (TVHIV) na América Latina e Caribe. As recomendações da OMS/Opas para certificação de eliminação destes agravos se constituem em atingir metas de impacto e processo, com os seguintes

indicadores: taxa de incidência (TI) de SC de 0,5 caso/1000 nascidos vivos (NV); TI de casos de infecção por TVHIV $\leq 0,3/1000$ NV; taxa de transmissão vertical $<2\%$; cobertura de pré-natal (PN) (≥ 4 consultas) $\geq 95\%$; cobertura da testagem HIV e sífilis em gestantes $\geq 95\%$; cobertura de tratamento antirretroviral em gestantes HIV positivo e de tratamento com penicilina em gestantes com sífilis $\geq 95\%$.

O número de casos de aids em crianças menores de 13 anos de idade reduziu 68% nos últimos dez anos, de 124 casos em 2007, para 40 em 2016; e a taxa de incidência (TI) diminuiu três vezes, de 1,5 casos em 2007, para 0,5 por 100 mil crianças menores de 13 anos de idade-ano, em 2016.

Um dos indicadores do SISPACTO é o número de casos novos de aids em crianças menores de cinco anos de idade e este indicador apresentou queda de duas vezes, de 67 casos em 2007, para 31 em 2016. A variação média no último triênio (2014, 2015 e 2016) foi de menos 2 casos ao ano, enquanto que no anterior foi de menos 9 casos de aids em menores de 5 anos de idade.

De 1984 a 2017 (até 30/06/2017), foram registrados 6.718 casos de aids em menores de 13 anos de idade. Deste total, 6.020 (90%) casos foram notificados no Sinan, o que possibilitou identificar a categoria de exposição destas crianças, e 698 (10%) captados através de outros sistemas de informação, laboratorial (Siscel) e Mortalidade (SIM). A categoria de transmissão vertical representou 89% (N=5.361) dos casos em menores de 13 anos de idade. As crianças menores de

cinco anos de idade representaram 75% (N=5.051) dos casos registrados.

A ocorrência da doença em menores de cinco anos, tem sido tratada como proxy da TVHIV, portanto, ações de prevenção durante a gestação e parto e o cuidado prestado à criança nesta fase da vida, assim como, a redução do número de casos, têm sido pactuados e monitorados em todos os municípios brasileiros, como uma das medidas com vistas à eliminação de casos por esta forma de transmissão.

Os indicadores referentes à TVHIV possuem resultados próximos da eliminação, no entanto, os da sífilis necessitam de maiores esforços para o seu alcance. Apesar das medidas de intervenção para evitar a SC estarem disponíveis em todos os serviços de atenção à saúde da gestante, vários fatores sociais, políticos, econômicos e individuais parecem dificultar o acesso desta população a estas medidas, contribuindo para a ocorrência destes casos, em populações mais vulneráveis. Ampliação do acesso e melhoria do PN, oferta de testes para diagnóstico precoce e início oportuno de tratamento/profilaxia das gestantes são ações importantes para eliminação destes dois agravos.

Transmissão vertical do HIV

A transmissão vertical do HIV (TVHIV) acontece pela passagem do vírus da mãe para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação (inclusive aleitamento materno cruzado).

A cobertura mundial de gestantes com acesso aos antirretrovirais para prevenção

da TVHIV aumentou significativamente. Em 2016, cerca de 76% das mulheres grávidas vivendo com HIV tiveram acesso a terapia antirretroviral (TARV); como resultado, as novas infecções por HIV em crianças diminuiram¹.

É muito importante que seja oferecido o teste do HIV para todas as gestantes, durante o pré-natal e no momento do parto. As gestantes devem ser esclarecidas sobre os benefícios do diagnóstico precoce do HIV e, nesse sentido, os serviços de pré-natal devem disponibilizar o acesso ao teste e promover ações de aconselhamento. A precocidade na introdução da TARV combinada é fundamental para reduzir a carga viral na gestação, considerada um dos fatores associados mais importante para o aumento do risco de TVHIV.

No Brasil, a redução dos casos de TVHIV, de modo importante, podendo chegar a níveis inferiores a 2%, devido à adoção de medidas eficazes de prevenção, permitiu que o Ministério da Saúde, em 2017, lançasse a estratégia de **Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical** do HIV para fortalecer a gestão e a rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta estratégia visa aprimorar ações de prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento das gestantes, parcerias sexuais e crianças, além de qualificar a vigilância epidemiológica, os sistemas de informação, o monitoramento e a avaliação contínua das políticas públicas voltadas à eliminação da TVHIV no Brasil.

A certificação será concedida a municípios com uma população de 100.000 habitantes ou mais, que tenham atingido os critérios e

os indicadores estabelecidos para eliminar a TVHIV, em conformidade com as diretrizes da OMS/Opas.

No estado de São Paulo, no período de 2007 a 2017 (30/06/2017), foram notificadas 13.598 gestantes/parturiente/puérperas infectadas pelo HIV. Em 2016, a taxa de detecção (TD) foi de 2,2 gestantes por mil NV e vem se mantendo estável em torno de 2,0 gestantes soropositivas para cada mil NV, nos últimos seis anos.

Nas características sociodemográficas destas mulheres, destacam-se os dados da raça/cor da pele. Comparando os anos 2011 e 2016, nota-se que a raça/cor branca apresentou declínio de 7,4% (passou de 646 para 598 casos), enquanto que a parda aumentou 25% (passou de 375 para 469 casos) e a preta se manteve estável.

Apesar de 95% das gestantes terem realizado o diagnóstico do HIV antes ou durante o pré-natal, a cobertura de terapia antirretroviral foi de aproximadamente 87% no PN.

Em relação às crianças expostas ao risco de TVHIV, 22.703 casos foram notificados no estado de São Paulo, no período de 2000 a 2017 (até 30/06/2017). Deste total, 18.473 (81%) crianças possuíam informação de seguimento no sistema de informação da vigilância epidemiológica do Programa Estadual de IST/HIV/Aids de São Paulo e, destas, 13.953 (75%) foram encerradas com definição do status sorológico e 198 (1,1%) evoluíram para o óbito antes da finalização do caso (Figuras 8 e 9).

¹ Unaid - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Fact sheet – latest global and regional statistics on the status of the AIDS epidemic - December 2017. Geneve; 2017. Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2017/12/UNAIDSBR_FactSheet.pdf

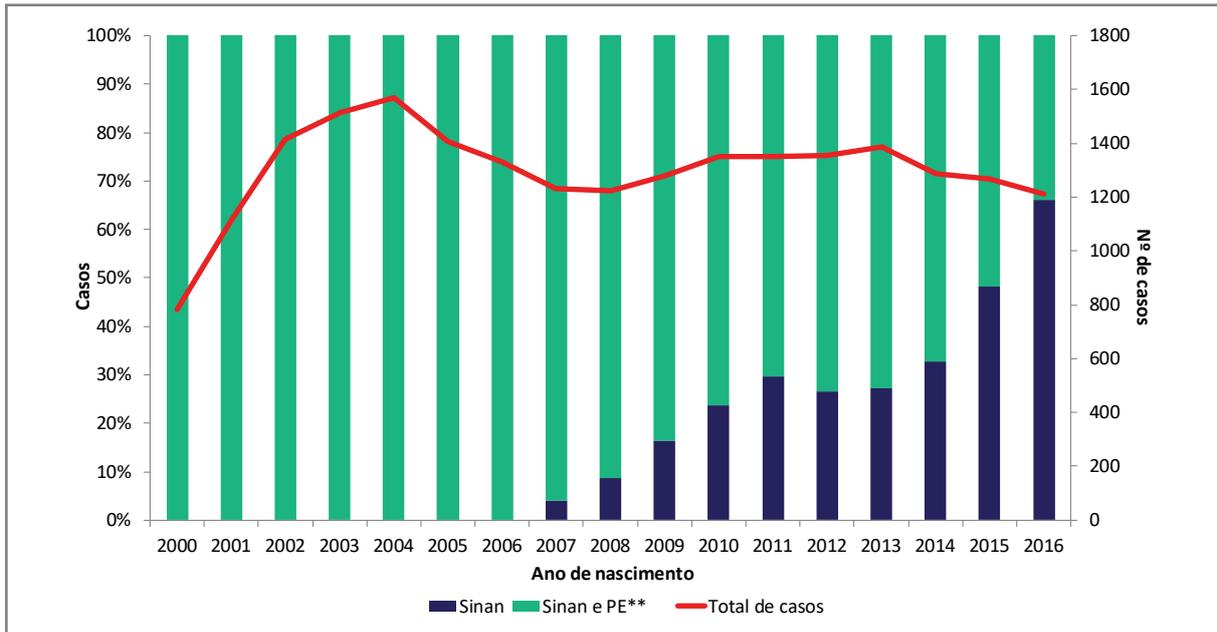


Figura 8. Número total de crianças expostas ao risco de transmissão vertical do HIV segundo proporção de casos notificados e investigados, casos exclusivamente notificados e ano de nascimento. Estado de São Paulo, 2000 a 2016*.

Fonte: SINAN - Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/Aids-SP (VE-PEDST/Aids-SP).

Notas:* Dados preliminares até 30/08/2017, sujeitos a revisão mensal; **Casos notificados no Sinan e fichas enviadas e digitadas na VE-PEDST/Aids-SP.

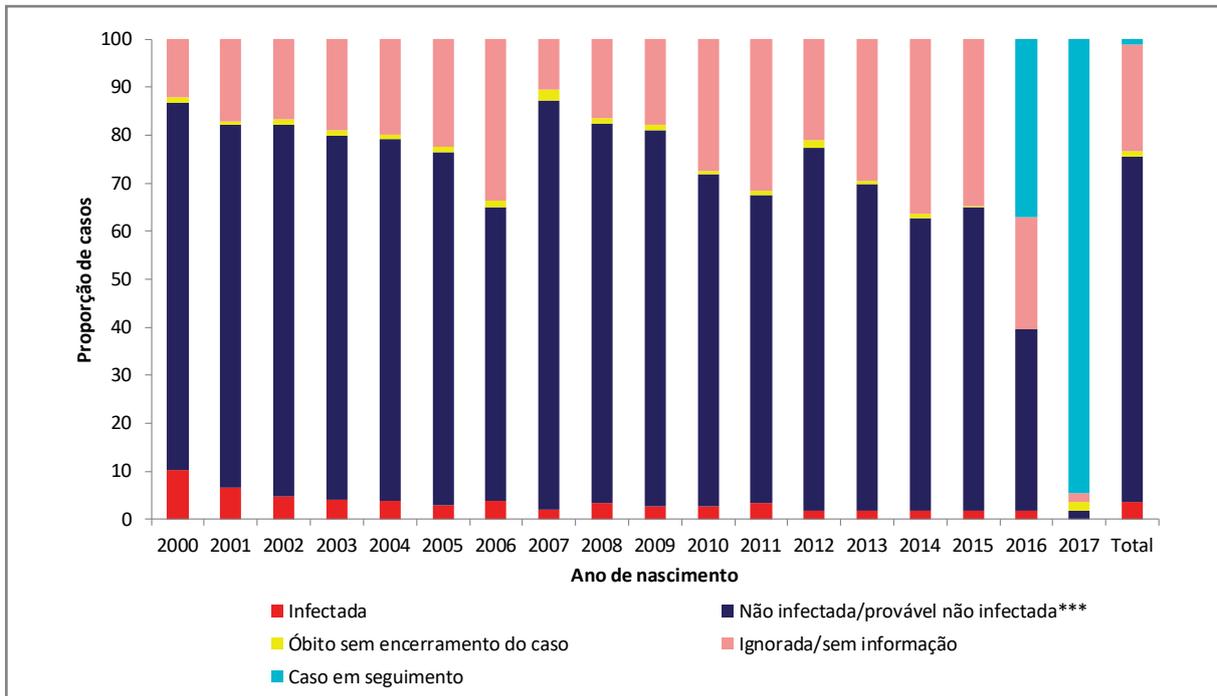


Figura 9. Proporção de crianças expostas ao risco de transmissão vertical do HIV segundo tipo de encerramento* e ano de nascimento. Estado de São Paulo, 2000 a 2017**.

Fonte: SINAN - Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/Aids-SP (VE-PEDST/Aids-SP).

Notas:

*Casos digitados no Sinan Windows até 2006 e casos digitados na VE-PEDST/Aids-SP a partir de 2007.

** Dados preliminares até 30/08/2017, sujeitos a revisão mensal.

*** Não Infectadas – crianças com duas cargas virais indetectáveis e sorologia anti-HIV não reagente; Provável não infectada – crianças com duas cargas virais indetectáveis, sem realização de sorologia anti-HIV.

A definição do status sorológico de todas as crianças expostas ao risco de TVHIV é fundamental para o melhor seguimento, manejo dos casos clínicos, diagnóstico precoce da infecção, introdução oportuna da terapia antirretroviral combinada nos infectados e melhor sobrevivência destas crianças. Entre 2007 e 2017 (até 30/06/2017), cerca de 70% (N=6.584) das crianças expostas ao risco de TVHIV foram encerradas como não infectadas e 2,4% (N=222) como infectadas. As demais crianças estão em seguimento ou em situação sem informação (Figura 8).

Transmissão vertical da sífilis

A sífilis congênita (SC) é decorrente da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária. Evidências atuais estimam que, na ausência de tratamento eficaz, 25% das gestações das mulheres infectadas não tratadas adequadamente resultarão em abortos no segundo trimestre ou óbito fetal; 11%, em morte fetal a termo; 13%, em partos prematuros ou baixo peso ao nascer, além de pelo menos 20% de recém-nascidos (RN) que apresentarão sinais sugestivos de sífilis congênita. A sífilis adquirida na gestação é curável e a sífilis congênita totalmente evitável.

No estado de São Paulo foram notificados 44.413 casos de sífilis em gestantes no período de 2007 a 2017 (até 30/06/2017). A taxa de detecção de sífilis em gestante (TDSG) tem aumentado progressivamente, passando de 1,8, em 2007, para 14,3 gestantes por mil NV, em 2016. A detecção da gestante com sífilis no PN é importante para evitar casos de

sífilis congênita. Entre 2014 e 2015 a TDSG aumentou 11%, enquanto que, entre 2015 e 2016, a taxa elevou-se 30%, passando de 11 para 14,3 gestantes por mil NV, ou seja, em cada 100 gestantes 1,4 teve sífilis (Figura 10).

Entre 2010 e 2016, o aumento da sífilis nas gestantes adolescentes (19 anos ou menos de idade) foi de cinco vezes. Em 2016, esta população representou 24,5% (N=2.113) do total de casos. Também foi observado aumento de 11 vezes entre as gestantes de cor de pele parda, entre 2010 e 2016.

Quanto ao tratamento com penicilina G benzatina em doses adequadas para a forma clínica da sífilis da gestante, que vinha apresentando uma estabilidade, desde 2013 (em torno de 85%), aumentou para 88%, no ano de 2016. Uma das metas para a eliminação da sífilis congênita é a cobertura de 95% ou mais de tratamento com penicilina em gestantes no PN. Em 2016, dos 28 Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE) a proporção de tratamento adequado da gestante variou de 73 a 97%; sendo maior ou igual a 95% em três GVE e entre 90% e 94% em sete GVE.

Em 2014, foi realizado um estudo no estado de São Paulo para avaliar o cumprimento da Portaria MS/GM nº 3.161, de 27/12/2011 – sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os municípios que participaram do estudo (N=461), 124 (27%) municípios, a penicilina G benzatina não é aplicada nas unidades básicas de saúde. Para que a SC seja eliminada é fundamental a aplicação da penicilina nas unidades de atenção básica.

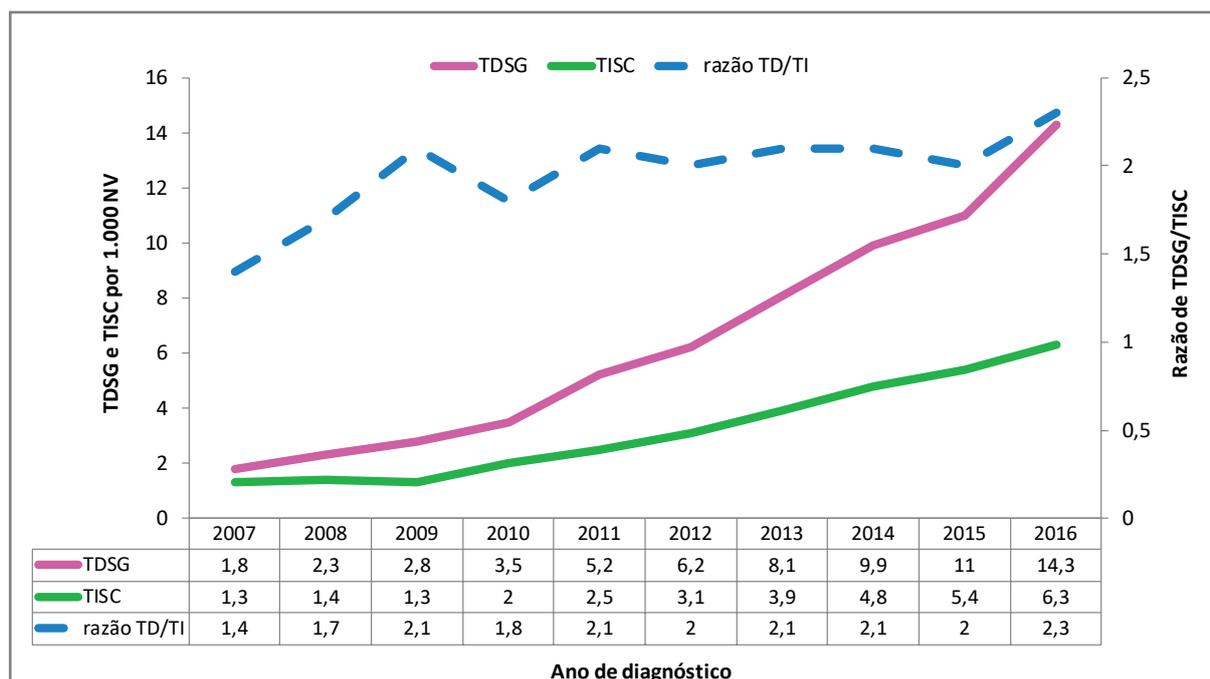


Figura 10. Taxa de incidência de sífilis congênita (TISC), taxa de detecção de sífilis em gestantes (TDSG), por 1.000 nascidos vivos (NV) e razão de taxas (TDSG/TISC) segundo ano de diagnóstico. Estado de São Paulo, 2007 a 2016*.

Fontes: SINAN - VE-CRT-PE DST/AIDS e Fundação Seade – população de nascido vivo.

Nota: *Dados preliminares até 30/06/2017 sujeitos a revisão mensal.

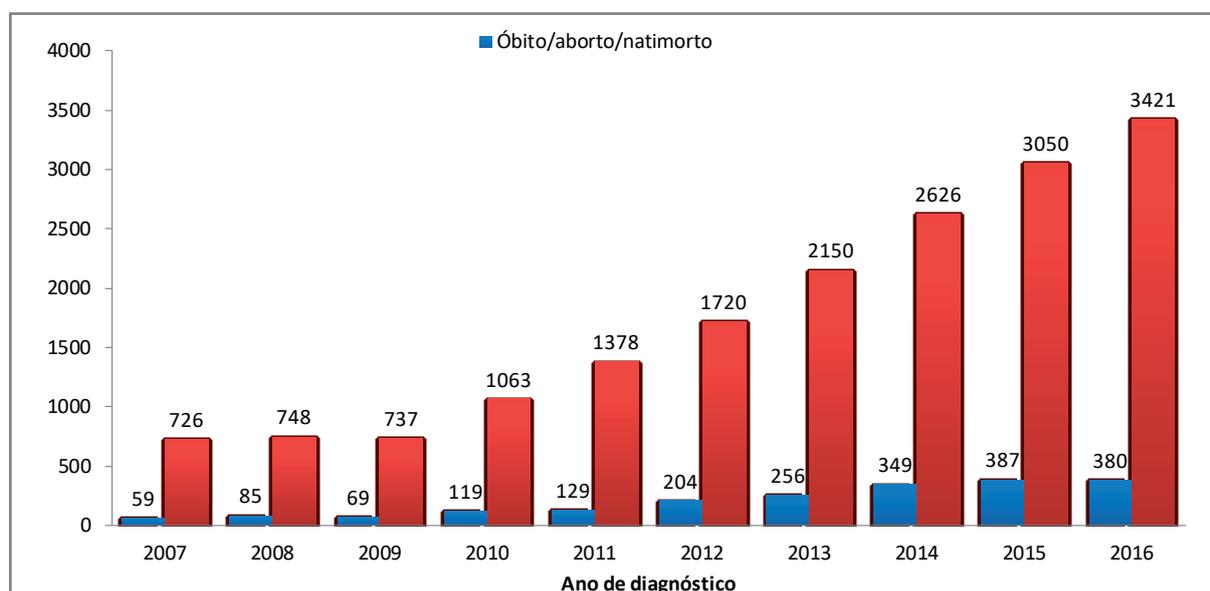


Figura 11. Casos de sífilis congênita segundo evolução e ano de diagnóstico. Estado de São Paulo, 2007 a 2016*.

Fontes: SINAN - VE-CRT-PE DST/AIDS -CCD-SES-SP e SIM- CCD-SES-SP.

Nota: *Dados preliminares até 30/06/2017 sujeitos a revisão mensal.

De 1986 a 2017 (até 30/06/2017) foram notificados 31.739 casos SC no estado de São Paulo. Deste total, 440 (1,4%) foram óbitos

infantis decorrentes da SC. Em 2016 foram notificados 3.801 casos de SC e 41 óbitos infantis por SC.

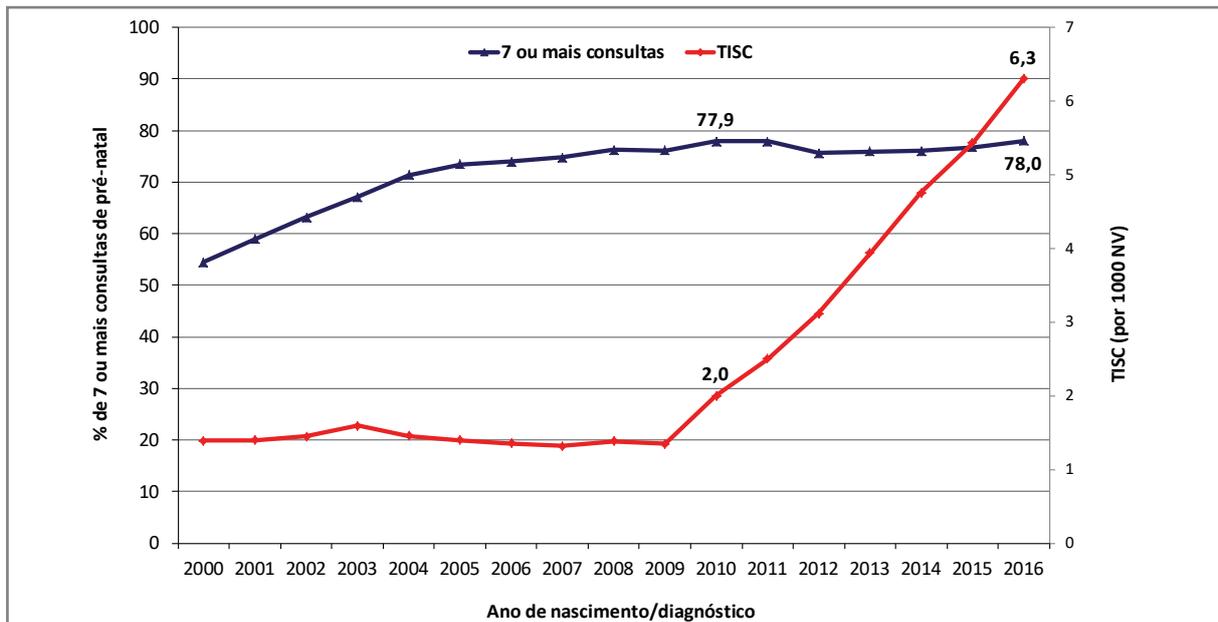


Figura 12. Taxa de incidência de sífilis congênita (TISC), por 1.000 nascidos vivos (NV) e percentual de consultas de pré-natal, segundo ano de nascimento/diagnóstico. Estado de São Paulo, 2000 a 2016.
Fontes: SINAN - VE-CRT-PE DST/AIDS - CCD-SES-SP e SINASC- CCD-SES-SP.

A taxa de incidência de SC (TISC) elevou-se 4,7 vezes, quando comparados os anos 2009 e 2016, passando de 1,3 para 6,3 casos por mil NV, respectivamente (Figura 10).

A infecção congênita por *Treponema pallidum* é considerada uma afecção grave que pode acarretar entre as suas consequências o óbito, aborto e natimortalidade, além de possíveis sequelas na evolução da criança. Em 2016, dos 3.801 casos notificados, 380 (10%) apresentaram na evolução da infecção: aborto, natimorto ou óbito infantil (Figura 11).

O PN é o momento importante para evitar a SC e, apesar do Estado de São Paulo, desde 2010, ter uma cobertura de aproximadamente 78% de sete ou mais consultas, a TISC vem apresentando aumento progressivo desde o referido ano (Figura 12).

O diagnóstico precoce e o tratamento da gestante com sífilis, idealmente iniciado até a 20ª semana de gestação, podem contribuir para a redução de perdas fetais e óbitos infantis evitáveis. A cobertura e melhoria da qualidade do PN, o manejo adequado das ações de prevenção e terapêutica, captação precoce de gestantes para PN, tratamento de parceiros sexuais e seguimento ambulatorial dos casos, são ações que contribuem para a redução da SC. Os profissionais devem estar atentos aos protocolos clínicos estabelecidos no país e no estado de São Paulo, para o manejo da criança com SC.

A prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), além das condições de vulnerabilidade vivenciadas pelas mulheres, como o uso de drogas, práticas sexuais desprotegidas, gravidez na adolescência, viver em situação de rua ou privadas de liberdade constituem os principais desafios

a serem vencidos para atingir a meta de eliminação da SC.

SÍFILIS ADQUIRIDA

De 2007 a 2017 foram notificados 159.015 casos de sífilis adquirida (SA) no estado de São Paulo. No período de 2011 a 2016 ocorreu aumento de 2,8 vezes da taxa de detecção da sífilis adquirida (TDSA), passando de 26 para 73,6 casos por 100 mil habitantes, respectivamente (Figura 13).

Em 2016, dos 31.894 notificados com sífilis adquirida 61,2 % foram homens. Observou-se TDSA de 92,4 casos por 100.000 habitantes em homens e 55,7 casos por 100.000 habitantes em mulheres.

Encontrou-se a maior TDSA na faixa etária de 20 a 24 anos – 151,2 casos por 100.000 habitantes em 2016, sendo a TDSA

de 196,1 casos por 100.000 habitantes para o sexo masculino e TDSA=104,9 casos por 100.000 habitantes para o sexo feminino. Adicionalmente, pode-se observar que a TDSA na faixa etária de 20 a 24 anos para o sexo masculino aumentou 4,1 vezes entre 2011 e 2016, respectivamente de 48,3 para 196,1 casos por 100.000 habitantes. Para o sexo feminino, nesse mesmo período e faixa etária, a elevação da taxa de detecção de sífilis adquirida foi de 4,6 vezes, respectivamente de 22,8 casos por 100.000 habitantes para 104,9 casos por 100.000 habitantes. Na série histórica de 2007 a 2016 pode-se observar discreta elevação percentual dos casos notificados da raça/cor preta e parda de 41,1% em 2011 para 43% em 2016. Em 2016, 463 (71,7%) dos municípios do Estado notificaram pelo menos um caso de sífilis adquirida. Entre 2015 e 2016 ocorreu elevação percentual de 5,8% de municípios notificadores e de 9,8% de unidades notificadoras.

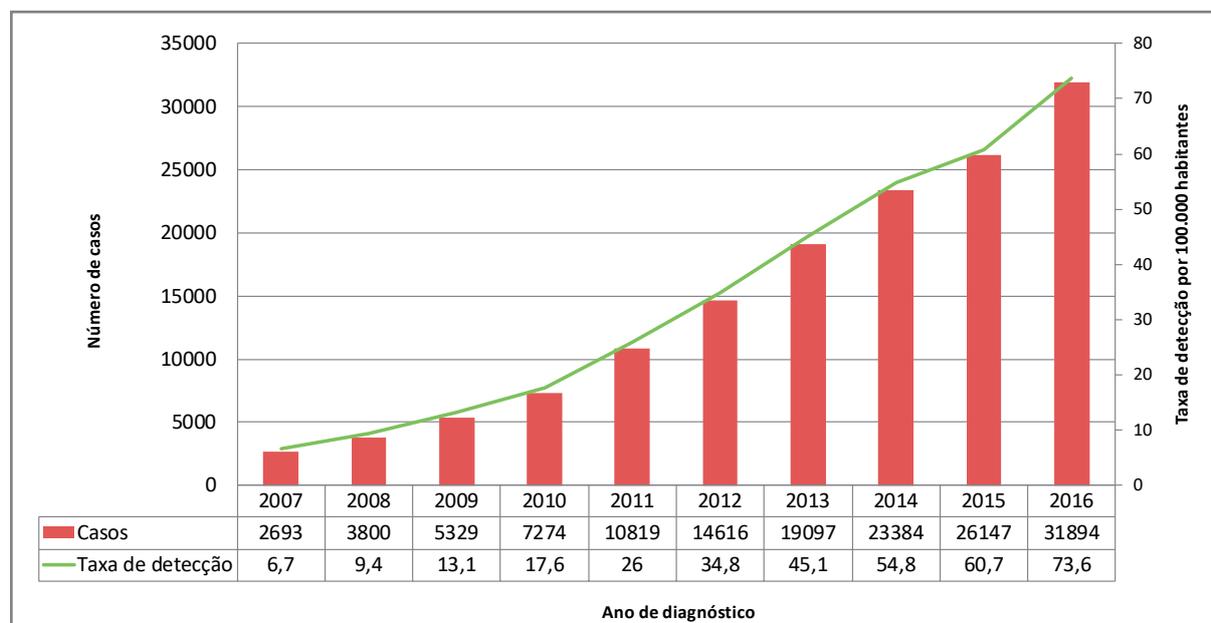


Figura 13. Casos notificados de sífilis adquiridas e taxa de detecção (TD) por 100.000 habitantes segundo ano de diagnóstico, estado de São Paulo, 2007 a 2016*

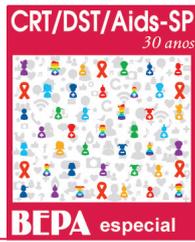
Fontes: SINAN - VE-CRT-PE DST/AIDS - CCD-SES-SP, utilizada projeção populacional Fundação SEADE.

Notas: *Dados preliminares até 30/06/2017 sujeito a revisão mensal.

O controle da ocorrência de sífilis adquirida é importante para a eliminação da SC. A maior adesão dos serviços à vigilância do agravo vai possibilitar o monitoramento da ocorrência da sífilis na população, visando subsidiar a organização de ações

de prevenção da sífilis e suas complicações em especial a forma congênita. Destaca-se a importância da implementação pelos serviços de saúde, de adoção de medidas educativas e de prevenção, junto às estas populações mais vulneráveis em adquirir infecções por IST/HIV.





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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

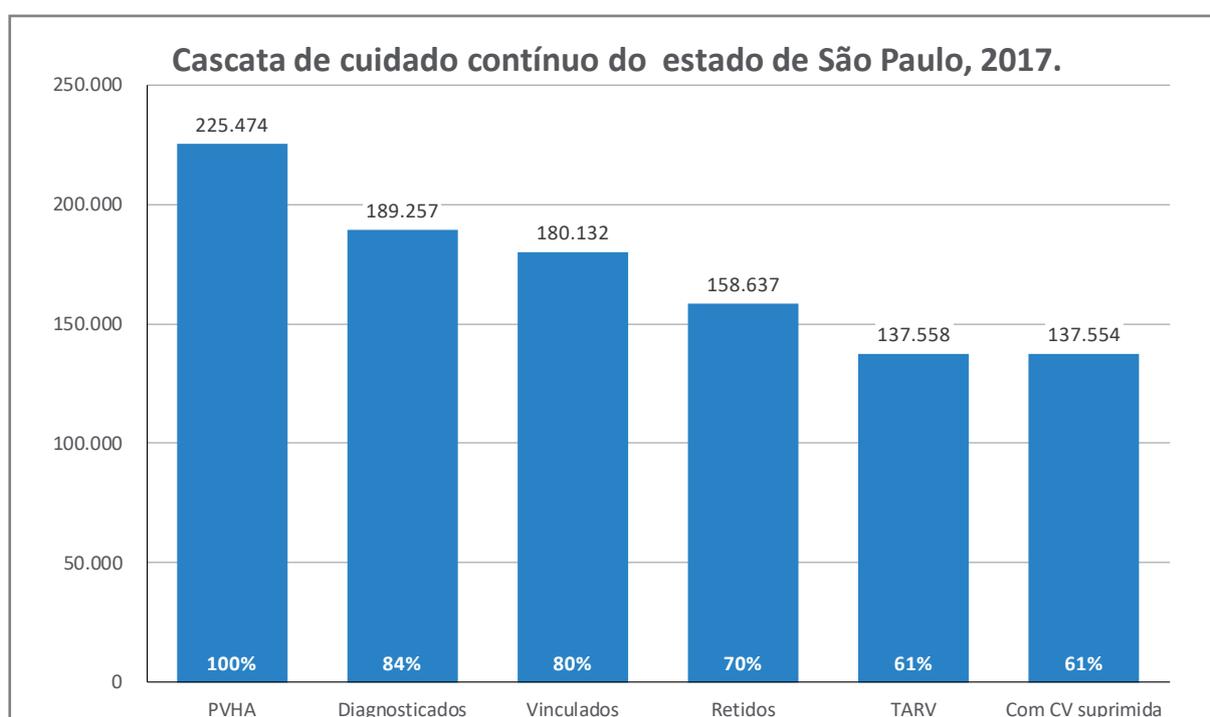
No Brasil, o progresso em relação às metas 90-90-90 vem sendo monitorado periodicamente, o que é importante para se conhecer os resultados das intervenções implantadas e nortear as ações para conter

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

O CUIDADO EM IST/HIV/AIDS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA PARA A QUARTA DÉCADA DA EPIDEMIA

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

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

Entre outros pontos a serem aprimorados estão: as ações de aconselhamento para os portadores de HIV/aids nos aspectos relacionados à prevenção secundária, à sexualidade, concepção-contracepção, efeitos colaterais dos medicamentos e embora as ações de redução de danos dirigidas aos usuários de drogas tenham se ampliado, ainda não há uma proposta abrangente que responda às necessidades dos portadores de HIV/aids acometidos de outros sofrimentos mentais.

As mulheres vivendo com HIV e aids merecem atenção especial. É fundamental que seja assegurado o atendimento ginecológico a todas as portadoras de HIV/ aids de forma programada e não só mediante “queixa conduta”, e sejam obedecidos os preceitos éticos e de direito à concepção e anticoncepção, com qualidade e de acordo com o desejo da mulher.

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

A própria terapia antirretroviral, em razão de sua complexidade, da diversidade de medicamentos e suas interações, requer apoio

técnico permanente, na forma de atualizações constantes aos profissionais de saúde envolvidos com a prescrição e a orientação para sua utilização. Do mesmo modo, as questões relativas ao desenvolvimento de medidas de estímulo à adesão aos serviços e à TARV continuam sendo prioritárias para intervenção e devem ser objeto de ações contínuas e duradouras. Prescrições de alta qualidade e adesão à terapia antirretroviral assegurada são condições fundamentais para a eficácia e efetividade da política de atenção aos portadores de HIV/aids e, certamente contribuirão para o fortalecimento da política de saúde em IST/HIV/aids no Estado.

O DESAFIO DA ADESÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



ARV: aliados no tratamento e na prevenção

NÚCLEO DE CONTROLE E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS

O Estado de São Paulo foi pioneiro na utilização e distribuição gratuita de medicamentos para portadores de infecção pelo HIV/aids. Em 1990, adquiriu a Zidovudina (AZT) primeira droga usada no tratamento dos portadores de HIV/aids. Em outubro de 1996, com o surgimento dos Inibidores de Protease (Indinavir, Ritonavir, Saquinavir) e Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos

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

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

Com aprovação da Lei 9.313 em 13 de novembro de 1996, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV/aids, garantiu-se a obrigatoriedade de aquisição de novas drogas antirretrovirais disponíveis para se adequar ao conhecimento científico atualizado. Ficou estabelecido que a responsabilidade pela aquisição dos antirretrovirais é do DIAHV/MS e que os medicamentos para Infecções Oportunistas (IO) e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) caberiam aos Estados e Municípios.

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

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

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

REDE LABORATORIAL PARA HIV/AIDS

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

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

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

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

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

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

AMPLIAÇÃO DO DIAGNÓSTICO EM IST/HIV/AIDS NO ESTADO

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

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

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

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

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

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



Ambulatório

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A equipe multiprofissional leva em consideração a complexidade do universo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ATENÇÃO AS IST NO ESTADO

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

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

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

O Secretário da Saúde, resolve:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

publicação conjunta entre as equipes de DST e aids.

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

TRAJETÓRIA DAS AÇÕES PROGRAMÁTICAS

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

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

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

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

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

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

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

De 2007 até 2018

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

- Capacitações de IST e de transmissão vertical para os municípios do estado de SP.

- Organização e execução, no núcleo de DST/CTA, de programas de treinamento para médicos e enfermeiros residentes e para profissionais de saúde da Atenção Básica e Especializada (SAE).

- Elaboração das Diretrizes para implementação da rede de Cuidados para as IST/HIV/aids no Manual de Assistência às IST.

- Elaboração de programas de educação à distância com a temática das IST, por meio de vídeo conferências (em construção)

- Participação na elaboração e execução de eventos em conjunto com entidades de classe que incorporam as questões relacionadas com IST nos seus programas (SBDST, SOGESP, SBP, SBD, SBU, entre outras).

PERSPECTIVAS:

- Fortalecimento da participação da sociedade civil nas ações programáticas.

- Implementação de polos macrorregionais para apoiar a qualificação da atenção às IST visando a descentralização de ações e o efeito multiplicador.

- Implementar a rede de cuidados em IST/HIV/aids, com prioridade para a qualificação da atenção à sífilis adquirida e sífilis na gestação visando a eliminação da sífilis congênita.

- Qualificar a atenção às IST nos serviços especializados, em especial nos Centros de Testagem e Aconselhamento, com ênfase na prevenção combinada.

- Estabelecer novas estratégias para o cuidado das IST na atenção básica.

- Implementar Educação à distância (Plataforma educacional - CRT).

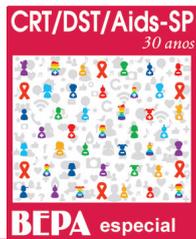
- Implementar o diagnóstico de infecção assintomática por clamídia e gonorreia.

- Realizar estudo de validação da citologia oncológica como método de prevenção da infecção anal pelo HPV.

- Incorporação de novas tecnologias para o manejo das IST.

- Implementar a atuação da enfermagem na atenção às IST por meio de fluxogramas elaborados pelo ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual da Saúde.





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 intersetoriais 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 da 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.

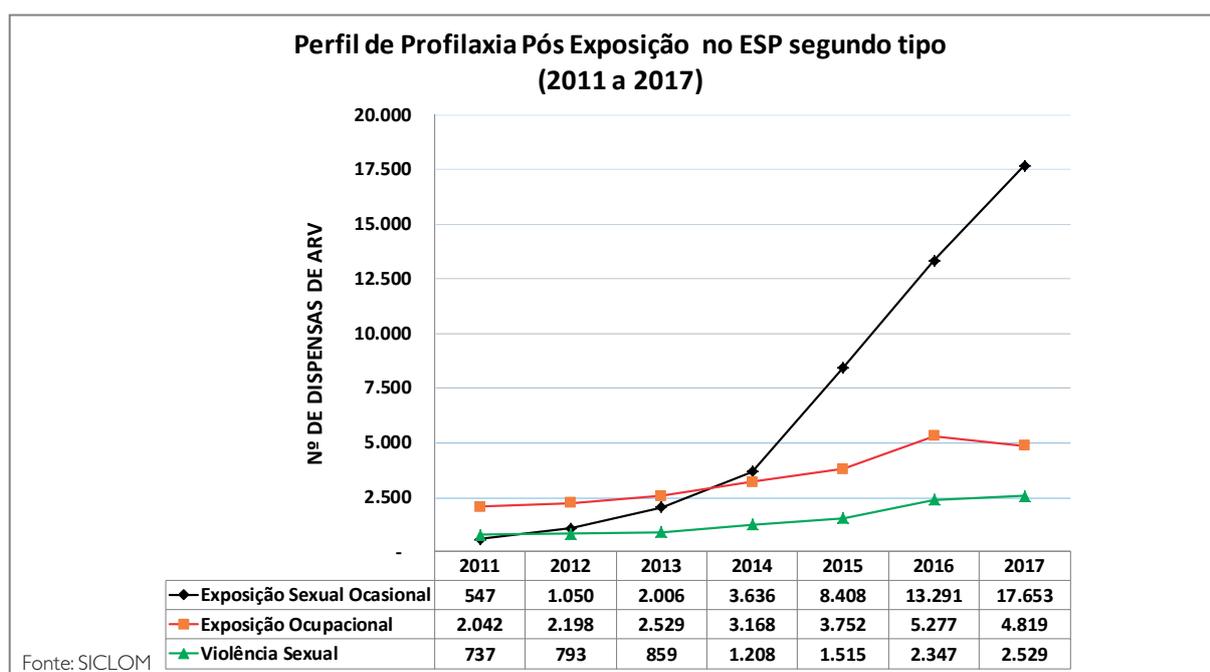
Embora a PEP seja atendida nas unidades de referência é importante que toda a rede de serviços de saúde tenha conhecimento que esse é um tratamento de urgência e que encaminhar os casos considerando o prazo adequado para o início do tratamento é de fundamental importância para o sucesso da estratégia.

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 reinfecção 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;

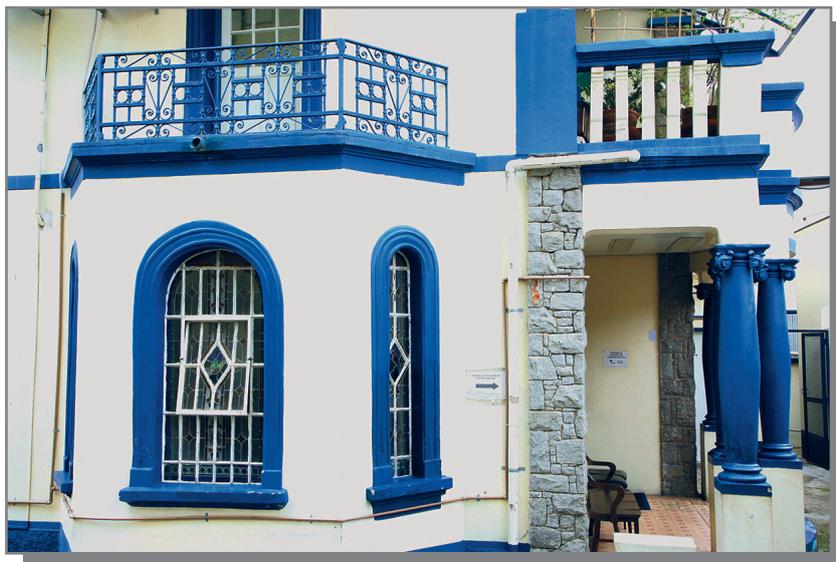
O Tempo não para – Experiências de Prevenção as DST, HIV e Aids com e para adolescentes e jovens;

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

Vulnerabilidade – Projetos Estratégicos com Populações Vulneráveis.



Pesquisas Clínicas, Comportamentais e Epidemiológicas



Casa da Pesquisa - CRT DST/Aids-SP

CEP: GARANTIA DE CREDIBILIDADE E ÉTICA

Desde sua criação, em 1988, o Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP tem em sua missão institucional a produção de pesquisas. Nos primeiros anos as pesquisas na maioria das vezes estavam relacionadas com teses de mestrado e doutorado envolvendo o tema HIV/aids, ou pesquisas operacionais de caráter epidemiológico e assistencial. Na época, estes projetos eram avaliados por um Comitê de Ética Médica Institucional.

No final de 1995, abre-se uma nova frente no que se refere à pesquisa no CRT DST/Aids-SP. A entrada do protocolo 028 do laboratório Merck, que testava um inibidor

da protease foi um divisor de águas no menu de projetos de pesquisa recebidos até aquele momento. Naquele período, trabalhava-se com base na resolução CNS 01/88, a primeira resolução nacional sobre aspectos éticos da pesquisa em seres humanos. Uma vez que o CRT DST/Aids-SP não tinha um vínculo acadêmico, a avaliação era realizada por meio das Comissões de Ética Médica e Científica.

Em agosto de 1997 foi criado o Comitê de Ética em Pesquisa do CRT DST/Aids-SP (CEP), sob coordenação do médico Eduardo Ronner Lagonegro. Para quem estava acostumado a discutir projetos entre médicos, a possibilidade de compartilhar a avaliação dos projetos com profissionais de outras áreas do conhecimento parecia rico e promissor. A

constituição do CEP é multi e transdisciplinar, além de incluir obrigatoriamente um membro da sociedade conforme regulamenta a Resolução CNS 466/2012.

Trabalhar com profissionais de áreas distintas, com ênfase acentuada para o representante dos usuários, foi fato bastante estimulante e, de certa forma, novo para o grupo. Este representante é eleito pelo Fórum Estadual de Organizações Não Governamentais em prol da luta contra aids. Este representante externo tem o mesmo compromisso que os demais membros na avaliação e relatoria de projetos de pesquisa.

No primeiro ano de funcionamento do CEP foram avaliados 32 projetos de pesquisa. Em 2000, foram 40 projetos protocolados, sendo 16 do Grupo III, de área de ciências da saúde; 13 do Grupo III, área de ciências biológicas; 8 do Grupo III da área de ciências humanas; 3 do Grupo II, área temática especial – novos fármacos. Nos últimos anos temos mantido esta média anual de avaliação de projetos.

A instituição é basicamente procurada para realização de projetos de pesquisa relacionados à aids, DST e as hepatites virais. No entanto, mesmo dentro deste cenário, contamos com uma grande diversidade nas áreas onde os projetos acontecem. São eles: estudos de incidência, de prevalência, sociocomportamentais, descritivos, caso-controle, populações confinadas, populações vulneráveis (homens que fazem sexo com homens, travestis, transexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas, heterossexuais não monogâmicos), menores confinados, projetos de ações programáticas entre outros.

Ao longo do tempo, o CEP conquistou espaço físico, organizacional e institucional. Em 2000, CEP promoveu, o Primeiro Encontro de Representantes dos Usuários de CEPs da grande São Paulo. Imbuídos da questão ética que permeia nosso dia-a-dia e com o crescente espaço institucional adquirido e boa receptividade da comunidade interna, encontramos terreno fértil para viabilização de um fórum específico para questões reflexivas relacionadas à Bioética em aids, que foi realizado em maio de 2001.

RECONHECIMENTO DA QUALIDADE DO TRABALHO

Em 2004, o Comitê de Ética em Pesquisa realizou o “Projeto Fortalecimento Institucional do CEP – CRT-DST/Aids” selecionado pelo DECIT/MS e financiado pela UNESCO. Esse projeto constou com um ciclo de palestras quinzenais com a duração de três meses, entre 28/10/2004 e 13/01/2005. O tema principal abordado era a pesquisa em Seres Humanos, em suas várias instancias regulatórias e filosóficas. Foram disponibilizadas 50 vagas, com público-alvo constituído de membros do CEP - CRT DST/Aids-SP, técnicos indicados pelas respectivas unidades, representantes da comunidade e demais interessados independente da sua formação educacional, com a finalidade de inserir este tema bastante hermético no cotidiano da instituição. Contamos com a presença de palestrantes proeminentes da bioética no Brasil, à época, entre eles o coordenador e fundador do sistema CEP/CONEP, Prof. Dr. William Saad Hossne, Prof. Dr. Dirceu Greco, representante do Brasil na Assembleia Médica Mundial/ Declaração de Helsinki, Prof. Dr. Marco Segre, Profa. Dra. Elma Zoboli, entre outros.

Nos últimos 10 anos, o CEP do CRT DST/Aids-SP tem recebido um número crescente de projetos de pesquisa de fármacos com participação estrangeira, assim como protocolos de vacina, como o HIV Vaccine Trial Network, projeto financiado pelo National Institute of Health dos EUA. Também neste período, no âmbito do acordo de cooperação entre o Brasil e a França temos mantido contato com a ANRS do governo da França visando parcerias para projetos de pesquisa nas áreas cobertas pelo referido acordo; vacinas, terapia ARV, estudos comportamentais e de avaliação de custos da assistência a portadores de aids. Vale ressaltar o aumento do número de pesquisas comportamentais envolvendo a população de travestis e transexuais, uma vez que este grupo apresenta alta vulnerabilidade a infecção pelo HIV.

O CEP do CRT DST/Aids-SP vem cumprindo seu papel de revisão ética em projetos de pesquisa que envolvam o CRT – DST/Aids-SP, o Programa de DST/Aids do Estado de São Paulo, funcionando como instância para assegurar direitos e deveres dos participantes de pesquisas, com vistas a produção de conhecimento científico relevante para o aprimoramento das ações do Programa de DST/Aids do Estado de São Paulo. Além disso, desempenha papel consultivo e educativo relacionado com pesquisas em seres humanos e atende a demanda do sistema CEP/CONEP com caráter de múnus público.

EM DIA COM A PESQUISA E A TECNOLOGIA

A realização de pesquisas clínicas, sociocomportamentais e epidemiológicas nas áreas de IST, Hepatites Virais e HIV/aids faz parte da missão do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids (CRT DST/Aids-SP), sede da Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo. Há anos a instituição vem sediando e realizando protocolos de pesquisas nessas áreas, e vários de seus profissionais atuam como pesquisadores em estudos multicêntricos internacionais ou nacionais e também em estudos locais, de iniciativa do investigador. Nos primeiros anos de criação, a produção de pesquisas na instituição era na maioria das vezes relacionada com teses de mestrado e doutorado envolvendo o tema HIV/aids, ou pesquisas operacionais de caráter epidemiológico e assistencial.

Desde 1995, a instituição participa de ensaios clínicos para avaliação de eficácia e segurança de novos medicamentos antirretrovirais. Esse processo permitiu a capacitação de nossos técnicos na condução de diversos outros estudos que se seguiram, seja de novos fármacos ou de suas diferentes formas de apresentação ou administração.

Em 1997, foi criado o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CRT-DST/Aids-SP, seguindo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. O médico Paulo Roberto Teixeira foi o pesquisador responsável pelas pesquisas clínicas realizadas no CRT DST/Aids-SP entre 1995 e 1998. Desde 1999, o infectologista

José Valdez Ramalho Madruga responde pela coordenação dos projetos da Unidade de Pesquisa.

No campo de ensaios clínicos, o CRT DST/Aids-SP iniciou atividades em 1995, com a participação no estudo multicêntrico que avaliou a eficácia e segurança do indinavir, na época uma nova e promissora droga antirretroviral. Os dados deste estudo foram usados para aprovação do Indinavir, um dos primeiros Inibidores de protease.

Depois deste estudo, o CRT DST/Aids-SP participou de estudos clínicos com vários outros antirretrovirais, de diferentes mecanismos de ação, dentre eles: tenofovir, etravirina, darunavir, tipranavir, raltegravir, dolutegravir, maraviroque e enfuvirtida. Estes estudos foram tanto para início de tratamento como também para tratamento de pacientes que já tinham falhado aos regimes anteriores (Terapia de Resgate) e os resultados de alguns destes estudos levaram à aprovação destes medicamentos. Muitos pacientes estão vivos até hoje porque tiveram a oportunidade de usar estes medicamentos, antes da disponibilização comercial dos mesmos.

A participação nesses ensaios clínicos, além de contribuir para a comprovação da eficácia dos medicamentos, capacita a instituição e seus técnicos para a condução de outras pesquisas.

Foram realizados, a partir de então, mais de 50 ensaios clínicos no setor, sendo que, atualmente, estão em andamento 11 pesquisas de medicamentos envolvendo 550 voluntários. Um dos mais importantes foi o estudo START, financiado pelo National

Institutes of Health (NIH), dos Estados Unidos e que contou com a participação de 223 centros de saúde, em 35 nações de diferentes continentes. Este estudo avaliou qual o melhor momento para iniciar tratamento antirretroviral nos pacientes soropositivos: início de tratamento com qualquer CD4 ou esperar o CD4 cair para menos de 350. O resultado do START levou à mudança de paradigma no tratamento da infecção pelo HIV, com recomendação de tratamento para todos, independentemente dos níveis de células CD4.

A instituição também participa de estudos de drogas para tratamento de hepatite C em pacientes coinfectados com HIV, dentre elas faldaprevir, telaprevir, boceprevir, paritaprevir, dasabuvir, ombitasvir e atualmente está participando de estudo com glicaprevir e pibertasvir, nova geração de DAA (drogas de ação direta).

Em busca da vacina contra a aids

O mundo aguarda a vacina que irá conferir proteção ao vírus responsável pela pandemia de aids. O CRT DST/Aids-SP participa, desde 2001, da Rede Mundial de Ensaios de Vacina (HVTN), financiada pelo National Institute of Health (EUA). Entre os projetos patrocinados pela HVTN está o estudo realizado em diversos países para avaliar a segurança de uma vacina anti-HIV. No Brasil, o CRT DST/Aids-SP, a Universidade Federal do Rio de Janeiro e Universidade Federal de São Paulo conduziram a pesquisa, integrando esforços mundiais para a descoberta de um método seguro de prevenção da doença. Mas o vírus é desafiador. Não vejo perspectivas animadoras, pelo menos para os próximos

dez anos. Um dos grandes entraves para a descoberta da vacina é o poder de mutação do vírus e a dificuldade do organismo humano em desenvolver uma defesa efetiva contra o HIV.

Enquanto a vacina não chega, é preciso monitorar o tratamento e seus efeitos adversos. Para isso, o Ministério da Saúde deu início, em 2003, ao estudo Coorte Brasil, com a perspectiva de acompanhar por dez anos 5.313 pacientes de todas as regiões do país, em tratamento com antirretrovirais. O estudo avaliou a efetividade das drogas, eventos clínicos e epidemiológicos, tempo de sobrevida e o surgimento de efeitos colaterais ou doenças relacionadas. De âmbito nacional e coordenado pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Instituto de Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde, esse estudo multicêntrico envolveu 11 cidades de quatro regiões brasileiras, e 13 serviços ambulatoriais para a aids. No estado de São Paulo, além do CRT DST/Aids, também participaram os programas municipais DST/Aids de São Paulo e de São José do Rio Preto. São Paulo contribuiu com 31,4% de voluntários.

A credibilidade do trabalho realizado pelo CRT DST/Aids-SP facilita a adesão de voluntários. Além de contar com um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) próprio, o CRT DST/Aids-SP tem em seu corpo técnico profissionais comprometidos com essa questão. O Brasil tem uma legislação entre as mais avançadas do mundo, que estruturou os organismos responsáveis por garantir a ética na pesquisa. Por meio de uma resolução federal de 1996 foi criada a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), à

qual estão subordinados os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) das instituições de ensino e serviços de saúde. Além de preservar princípios éticos, como garantia de sigilo, a legislação garante ao voluntário o acesso aos medicamentos pós-estudos.

Vários projetos conduzidos na instituição conseguiram um alto número de participantes. Entre eles destacamos o Estudo HIM, da "História Natural da Infecção por HPV em Homens", estudo multicêntrico internacional, conduzido no México, Estados Unidos e no Brasil, encerrado em 2016 e que contou com a participação de 1443 voluntários no CRT, número além do previsto e o maior contingente de inclusão em comparação aos outros locais; Estudos de Sobrevida em Aids, nacionais, contaram e contam com a participação de profissionais da instituição, desde 2003; pesquisa SampaCentro, de 2011, que reuniu pesquisadores da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa, Unicamp, USP, Instituto Adolfo Lutz, Fundação Oswaldo Cruz, além de profissionais do CRT, teve como objetivo "conhecer a prevalência da infecção pelo HIV e outras DST, comportamentos e práticas sexuais e o acesso à prevenção de HSH que freqüentam espaços de sociabilidade na região central do Município de São Paulo".

Nos últimos anos, além de estudos locais sobre adesão aos antirretrovirais entre mulheres transexuais, o CRT participou de estudos multicêntricos estaduais, como o projeto "Vulnerabilidades, demandas de saúde e acesso a serviços da população de travestis e transexuais do Estado de São Paulo", também conhecido como Projeto Muriel (encerrado em 2016), e internacionais, como

o estudo “Melhorando a situação de saúde de travestis e mulheres trans vivendo com HIV no Brasil” (Projeto TransAmigas) e o estudo “Epidemiologia Global de HIV e Pesquisa de Prevenção para Travestis e Mulheres Transexuais” (Coorte Trans*Nacional), ambos ainda em andamento.

Entre os estudos recentes podemos citar os projetos:

- “A Hora é Agora-SP: avaliação da logística de distribuição do autoteste para HIV para homens que fazem sexo com homens (HSH) vivendo na cidade de São Paulo-SP”, sendo conduzido na cidade de São Paulo, e que avalia acesso a autoteste do HIV por uma plataforma na internet e locais de retirada do teste;

- “Prevenção às DST/Aids em Contextos de Vulnerabilidade”, também conhecido como “Juntos na Prevenção”, foi conduzido de 2012 a 2015 e teve como objetivos: 1) estabelecer uma rede intersetorial e intersecretarial envolvendo equipamentos sociais (centros de referência de assistência social, ONGS, associações de amigos do bairro, etc.) e de saúde (serviços, conselhos, etc.) para implementar a atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHIV/aids) em situação de pobreza; 2) ampliar o acesso da população em situação de pobreza aos serviços de saúde e 3) diversificar as ações de prevenção às DST/Aids para populações em situação de pobreza, contou com parcerias importantes. Apresentada na IV Mostra de Atenção Básica e Saúde da Família, de 2014, esse projeto foi premiado com a publicação na Revista Brasileira de Saúde da Família.

- Estudos de Tratamento como Prevenção do HIV:

- ▶ Projeto Combina! – “A efetividade da profilaxia da transmissão do HIV pós-exposição sexual consensual, do uso combinado dos métodos preventivos contra a infecção pelo HIV e da profilaxia pré-exposição sexual, em serviços públicos brasileiros.

- ▶ Implementação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV: Um Projeto Demonstrativo. Início: junho/2013; término previsto para dezembro/2017.

- ▶ HPTN 083 - Um estudo de fase 2b/3 duplo cego de segurança e eficácia de Cabotegravir injetável em comparação com Fumarato de Tenofovir Desoproxila/ Entricitabina (TDF/FTC) diariamente por via oral, para profilaxia pré-exposição em homens cisgênero e mulheres transgênero não infectados pelo HIV e que fazem sexo com homens. Início: junho/2016; término previsto para junho/2022.

- PrEP-Brasil: Implementação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV: Um Projeto Demonstrativo. O objetivo deste estudo foi avaliar a aceitação, segurança e viabilidade da PrEP administrada em cinco centros de pesquisa no Brasil. Início: junho/2013; término previsto para dezembro/2018.

- ImPrEP - Implementação da profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) para homens que fazem sexo com homens e pessoas transgênero: Um projeto de demonstração no contexto de prevenção combinada no Brasil, México e Peru, início janeiro/2018; término dezembro/2020.

- HPTN 083 - Um estudo de fase 2b/3 duplo cego de segurança e eficácia de Cabotegravir injetável em comparação com Fumarato de TenofovirDesoproxila/ Entricitabina (TDF/FTC) diariamente por via oral, para profilaxia pré-exposição em homens cisgênero e mulheres transgênero não infectados pelo HIV e que fazem sexo com homens. Início em breve e término previsto para junho/2022.

- Projeto Combina! – “A efetividade da profilaxia da transmissão do HIV pós-exposição sexual consensual, do uso combinado dos métodos preventivos contra a infecção pelo HIV e da profilaxia pré-exposição sexual, em serviços públicos brasileiros.

- Monitoramento da Infecção Incidente pelo HIV-1: Implantação em um centro de referência para HIV/aids. O objetivo geral deste estudo é contribuir na caracterização preliminar do HIV-1 a partir de pacientes recentemente infectados, com vistas à compreensão dos eventos epidemiológicos, clínicos, virológicos e imunológicos associados à infecção incidente pelo HIV. A inclusão de pacientes no estudo, atualmente com 549 participantes, deu-se em início em set/2013 e tem término previsto para dez/2018.

- “Rede de Diversidade Genética de Vírus”, financiado pela FAPESP, iniciado em 2001 e finalizado em 2006, o estudo propiciou a implementação de uma rede de laboratórios de virologia no estado de São Paulo, para sequenciamento de vírus e com avaliação de dados clínicos e epidemiológicos. Quatro vírus foram escolhidos pela Secretaria de Estado da Saúde para serem estudados no projeto: o HIV-1, o vírus sincicial respiratório, o vírus da hepatite C e o hantavírus, sendo o

HIV-1 o escolhido para dar início ao projeto de implantação (“Diversidade Genética do HIV no Estado de São Paulo”).

- Vinculação e retenção de pessoas com HIV em serviços públicos de saúde: um projeto demonstrativo na cidade de São Paulo, Brasil, que tem por objetivo estudar a frequência, as barreiras de acesso e os perfis de vulnerabilidade da vinculação e de diferentes padrões de retenção de pessoas infectadas pelo HIV em serviços públicos de saúde do município de São Paulo, assim como analisar os efeitos de tecnologias de saúde que visam reduzir esses eventos no contexto brasileiro. Em andamento (início fase operacional em agosto/2017 e com término previsto em janeiro/2022).

MONITORAMENTO ONLINE DE PESQUISAS

O aumento crescente na realização de pesquisas na instituição resultou no desenvolvimento de um instrumento de monitoramento online para acompanhamento dos estudos. O Monitoramento Online de Pesquisas tem como objetivo conhecer, monitorar e informar os profissionais da área e os gestores a respeito dos estudos realizados no CRT DST/Aids-SP e aprovados pelo nosso Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-CRT). Foi elaborado na plataforma FORMSUS, utilizado em estruturação de dados e informações exclusivas de saúde pública. Com acesso disponível, há alguns anos, via intranet, seu acesso pelo site do CRT DST/Aids-SP está previsto para os próximos meses.

A divulgação desses estudos permite que seja dado a conhecer, a todos, os nomes e objetivos das pesquisas na instituição,

assim como também estimula a troca de informações científicas relevantes. Os dados ali registrados são atualizados de acordo com mudanças nas fases do estudo, o que permite um retrato oportuno das pesquisas em andamento.

Constam 120 estudos cadastrados e aprovados pelo CEP, de 2005 a 2018. (nota de rodapé: Vários outros estudos foram conduzidos na instituição, anteriormente à implantação do Monitoramento Online).

Várias fontes de financiamento, desde agências nacionais, como o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e o Departamento Nacional de IST, HIV, Aids e Hepatites Virais (DIAHV), estadual (Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de São Paulo – FAPESP), de outros países (National Institutes of Health e Centers for Disease Control and Prevention, dos Estados Unidos da América; Agência Nacional de Pesquisas sobre a Aids – ANRS, na sigla em francês), e a indústria farmacêutica, responsável pelo financiamento de vários ensaios clínicos conduzidos desde a década de 1990.

Durante o ano de 2017, tínhamos 27 pesquisas em andamento:

- Vinculação e retenção de pessoas com HIV em serviços públicos de saúde: um projeto demonstrativo na cidade de São Paulo, Brasil. Em andamento (início fase operacional em agosto/2017 e com término previsto em janeiro/2022).
- Estou indetectável: percepções e significados do controle viral ótimo para pessoas que vivem com HIV/aids.

Em andamento (planejamento da fase operacional).

- Estudo randomizado para prevenir eventos vasculares em HIV – REPRIEVE (A5332). Início da fase operacional em dez/2016, com previsão de término em março/2019.
- Antigenemia Criptocócica em Pacientes Infectados por HIV com Imunossupressão Grave. Início: fev/2017; termino previsto para março/2018.
- Sexualidade e Planejamento Reprodutivo dos Adolescentes vivendo com HIV/aids: um desafio ao cuidado em saúde. Início: em 2015; encerrado em maio/2017.
- Avaliação do uso de Valaciclovir para postergar o início do tratamento antirretroviral - Protocolo nº CTN-240 / VALIDATE. Início: 2013; encerrado em maio/2017.
- Programa de Mindfulness Based Health Promotion no manejo e controle do estresse em pessoas que vivem com HIV/AIDS. Início: setembro/2017; encerramento: novembro/2017.
- Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre Travestis e Mulheres Transexuais. Início: dez/2016; encerramento: abril/2017.
- Avaliação da Elastografia Esplênica Ultrassônica por Acoustic Radiation Force Impulse (ARFI) na predição de Varizes Esofagogástricas em portadores de cirrose hepática secundária à infecção pelo vírus da Hepatite C. Início: agosto/2017; término previsto para março/2018.

- Epidemiologia Global de HIV e Pesquisa de Prevenção para Travestis e Mulheres Transexuais. Início: maio/2017; término previsto para junho/2020.

- HPTN 083 - Um estudo de fase 2b/3 duplo cego de segurança e eficácia de Cabotegravir injetável em comparação com Fumarato de Tenofovir Desoproxila/ Entricitabina (TDF/FTC) diariamente por via oral, para profilaxia pré-exposição em homens cisgênero e mulheres transgênero não infectados pelo HIV e que fazem sexo com homens. Início: junho/2016; término previsto para junho/2022.

- A efetividade da profilaxia da transmissão do HIV pós-exposição sexual consensual, do uso combinado dos métodos preventivos contra a infecção pelo HIV e da profilaxia pré-exposição sexual, em serviços públicos brasileiros. Início: maio/2015; término previsto para julho/2018.

- Avaliação da regressão da fibrose hepática utilizando a elastografia ultrassônica por acoustic radiation force impulse (ARFI) nos pacientes com cirrose pelo vírus da hepatite C. Início: setembro/2016; término previsto para setembro/2018.

- Vigilância da resistência antimicrobiana das cepas de *Neisseria gonorrhoeae* circulantes no Brasil. Início: dezembro/2015; término previsto para setembro/2018.

- Um estudo Fase 3b, randomizado, aberto, sobre a eficácia e segurança do dolutegravir ou efavirenz, administrados com dois NRTIs em adultos infectados pelo HIV-1 sem exposição prévia à terapia antirretroviral, iniciando tratamento para tuberculose sensível à rifampicina - INGI17175. Início: junho/2016; término previsto para setembro/2019.

- HIV Fator de Risco para Doença Arterial Coronária e Isquemia Cerebral. Início: maio/2016; término previsto para dezembro/2017.

- Estudo da resposta imune específica e aspectos genéticos em pacientes infectados pelo HIV-1 não progressores por longo tempo ou progressores lentos para aids. Início: agosto/2012; término previsto para dezembro/2020.

- Estratégia para Início do Tratamento Antirretroviral” - Protocolo nº (START) – INSIGHT 001. Início: janeiro/2011; término previsto para janeiro/2021.

- Mulheres transgêneros vivendo com HIV/aids: adesão ao tratamento antirretroviral e qualidade de vida. Início: 2016; término previsto para abril/2019.

- Estudo randomizado, duplo-cego, de fase Ib, para examinar a influência da competição antigênica sobre a imunogenicidade de Gag/ Pol de HIV-1: comparação entre rAd5 gag/pol Env A/B/C e rAd5 gag/pol. Início: janeiro/2011; término previsto para dezembro/2017.

- Implementação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV: Um Projeto Demonstrativo. Início: junho/2013; término previsto para dezembro/2017.

- Estudo de Fase 3, Aberto para Avaliar a Troca de um Regime Combinado Contendo Fumarato de Tenofovir Desoproxila (TDF) para um Regime Combinado Contendo Tenofovir Alafenamida (TAF) de Comprimido Único em pacientes HIV-1 Positivos Virologicamente Suprimidos. Protocolo nº GS-US-216-0109. Início: março/2014; término previsto para dezembro/2017.

- Estudo de Fase 3b, randomizado, aberto da atividade antiviral e segurança de dolutegravir em comparação com lopinavir/ritonavir, ambos administrados com terapia de inibidor de transcriptase reversa de nucleosídeo duplo em indivíduos adultos infectados com HIV-1 com falha de tratamento em terapia de primeira linha. GSK200304. Início: maio/2015; término previsto para dezembro/2017.

- Avaliação do Empoderamento de pessoas vivendo com HIV, usuárias do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids do Estado de São Paulo. Início: agosto/2017, com término previsto para janeiro/2018.

- Estudo de abrangência nacional de sobrevida e mortalidade de pacientes com aids no Brasil, com diagnóstico no período de 2003 a 2007. Início: 05/01/2016, com término previsto para 30/12/2017.

- Monitoramento da Infecção Incidente pelo HIV

- Implantação em um centro de referência para HIV/aids. Início em set/2013 e termino previsto para dez/2018.

Na avaliação feita em agosto/2018, havia 27 estudos em andamento, alguns iniciados nesse mesmo ano e outros, em andamento em 2017, encerrados no final daquele ano.

Artigos Científicos

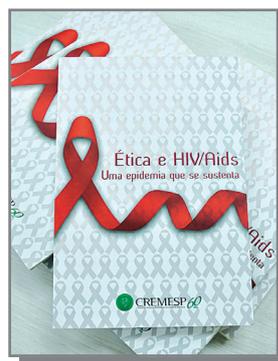
Desde 2016 estão sendo levantados, pela Assessoria de Pesquisa do CRT, artigos de profissionais da instituição, publicados em revistas científicas com acesso pela web. Temos, atualmente, 279 artigos registrados. Desses, 178 foram considerados como

sendo produção do CRT; para os 101 restantes, apesar de terem profissionais da instituição entre os autores, a afiliação não estava presente, motivo pelo qual não foram incluídos na produção. Essa produção está sendo permanentemente atualizada através de busca em locais específicos como PUBMED, SCIELO, Google Acadêmico e Plataforma Lattes (currículo dos profissionais).

Uma avaliação preliminar mostrou aumento progressivo e expressivo na quantidade de artigos publicados: no período de 1987 a 2000 foram encontrados 10 artigos; já nos períodos de 2001 a 2010 e de 2011 a 2018 foram, respectivamente, 104 e 165.

A intenção é divulga-los no site do CRT, até início de 2019; provisoriamente, no entanto, os artigos podem ser acessados no seguinte endereço eletrônico (ainda não amplamente divulgado): www3.crt.saude.sp.gov.br/pesquisa

ÉTICA E HIV/AIDS – UMA EPIDEMIA QUE SE SUSTENTA

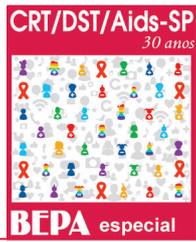


A publicação Ética e HIV/AIDS – Uma Epidemia Que Se Sustenta, organizada por Reinaldo Ayer de Oliveira, coordenador do Centro de Bioética do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), e Sara Romera da Silva, médica e técnica da equipe de Vigilância Epidemiológica do Programa Estadual de DST/aids e colaboradores, foi lançado em abril de 2018.

A primeira versão deste livro foi publicada em 2001, AIDS e Ética Médica. Na época fez um enorme sucesso entre os médicos, por sistematizar de forma simples e direta, termos vinculados a uma epidemia que na época parecia fora de controle. Dezessete anos depois, a infecção pelo HIV tornou-se uma doença crônica, porém apesar da realidade

ser bastante favorável, permanecem dúvidas e conflitos – principalmente no que tange a tecnologias recentes como as Profilaxias Pós-Exposição (PEP) e Pré-Exposição (PREP), assim como intervenções medicamentosas que diminuem ou impedem novas infecções às populações mais vulneráveis.





Planejamento e Gestão da Política para IST/Aids



Treinamento de novos coordenadores municipais DST/Aids

A área de Planejamento foi criada em 2002 para assessorar a Coordenação Estadual DST/Aids (CE DST/Aids-SP) na gestão e planejamento das ações em IST/Aids no Estado de São Paulo, no âmbito do SUS e na articulação com a sociedade civil. A razão da existência da Gerência de Planejamento é auxiliar na qualificação da gestão da resposta do Estado de São Paulo às IST/Aids, por meio do apoio às gerências do CRT DST/Aids, aos 145 Programas Municipais de IST/Aids (PM IST/Aids), aos 27 Grupos Vigilância Epidemiológica Regionais (GVE) da Secretaria de Estado da Saúde e às Organizações Não Governamentais (ONG), tendo a promoção da cultura do Planejamento, Monitoramento e Avaliação (PM&A) e da participação social, como norteadora das suas ações.

Atualmente, o Programa Estadual de DST/Aids-SP conta com o Fórum de Dirigentes para

o aprimoramento das políticas de Estado para as IST/aids. O Fórum de Dirigentes é formado pelos PM IST/Aids, GVE, representantes da sociedade civil organizada e parceiros estratégicos de demais secretarias de Estado e ocorre anualmente. Conta ainda com uma instância intermediária, a Comissão de Gestão Participativa (Cogespa) com representações regionais de municípios, sociedade civil e interlocutores dos GVE. “Esses mecanismos permitem uma gestão articulada e aberta na formulação e viabilização das grandes linhas de ação desenvolvidas no Estado”, explica a gerente de Planejamento, Vilma Cervantes.

A resposta brasileira e paulista às IST/Aids teve importantes diferenciais desde a sua estruturação, sendo um deles relativo aos processos de planejamento, monitoramento e avaliação (PM&A).

Desde a implantação do programa brasileiro para as IST/Aids (1985), o Ministério

da Saúde, fez um grande investimento em formação dos profissionais no campo do PM&A. Diferentes metodologias, em diferentes momentos, levaram estes atores a transitarem com relativa familiaridade pela linguagem do PM&A.

Quando o Brasil realizou o primeiro acordo de empréstimo com o Banco Mundial (1994-1998) para organização da resposta à epidemia que se manifestava, fazia parte do escopo das atribuições, a necessidade de elaboração de Planos Operativos Anuais (POA), demonstrando as prioridades nacionais e a utilização dos recursos financeiros.

Esta necessidade apontada acabou impulsionando os profissionais que estavam na gestão em IST/aids a buscarem conhecimento e construir uma cultura de PM&A.

Nos anos de 1990, vários métodos e conceitos de PM&A se alternaram nas mentes e práticas dos profissionais que procuravam qualificar a resposta, de acordo com os desafios apresentados pela epidemia.

Durante os anos 2000, houve um importante investimento no alinhamento de conceitos de PM&A, resultado da parceria do Ministério da Saúde com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (CDC) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Foram definidos cinco sítios de excelência em PM&A no país, sendo um desses, Coordenação Estadual de IST/Aids (CE DST/Aids-SP). Neste processo foram capacitados profissionais, por meio de curso específico de curta duração, curso de especialização e mestrado profissional. Houve

contratação de consultoria pontual para aprimorar processos de monitoramento nos sítios, além da aquisição de equipamentos e do estabelecimento de parcerias com centros americanos com acúmulo de experiências satisfatórias em monitoramento.

A Gerência de Planejamento é o lócus da CE DST/Aids-SP para a promoção da cultura do PM&A, qualificando a assessoria aos PM IST/Aids e GVE, quanto aos processos de planejamento, monitoramento e avaliação da gestão local ou regional da resposta as IST/Aids, como por exemplo:

- O suporte na revisão e monitoramento da Programação Anual de Metas (PAM), que se apresenta como o detalhamento do conjunto de ações das etapas do Contínuo do Cuidado em IST/Aids e a sua aplicação financeira dos recursos federal e municipal, com vistas a viabilização da política municipal do SUS para as IST/aids;
- O monitoramento do Plano Estratégico (PE DST/Aids), que é uma ferramenta potencializadora de ações estratégicas para melhoria dos indicadores de IST/HIV/aids. O plano é um conjunto de compromissos acordado com os atores governamentais e da sociedade civil, comprometidos com a resposta paulista às IST/aids;
- Apoio aos processos para Consolidação da Rede de Cuidados em IST/aids e Hepatites Virais (RC) junto às Regiões de Saúde;
- Participação na construção do Plano Diretor da Vigilância em Saúde do Estado de São Paulo. Devido ao aprimoramento contínuo do Sistema Único de Saúde (SUS) e

às ameaças constantes ao seu funcionamento, acreditamos que a cultura do PM&A que foi instituída para a resposta às IST/aids, tem contribuído de forma importante para a manutenção de estratégias de sucesso e abandono de outras que se mostraram equivocadas.

Dessa forma a Gerência de Planejamento passou a ser a referência do PE IST/Aids para o PM&A, apoiando os municípios, GVE e a sociedade civil na construção e manutenção dos seus planejamentos para atender aos desafios impostos pelas IST/aids à gestão do Estado, nesses mais de 20 anos de atuação.

CURSO DE GESTÃO E PLANEJAMENTO PARA NOVOS COORDENADORES MUNICIPAIS DE IST/AIDS

O Programa Estadual de IST/Aids de São Paulo é formado pelo CRT DST/Aids-SP, os 145 programas municipais IST/Aids, os 27 grupos de vigilância epidemiológica e a sociedade civil organizada, coordenados pela CE IST/Aids. Em 2009, A CE/IST/Aids deparou-se com um grande desafio que foi a nomeação de novos coordenadores municipais de PM IST/Aids devido à eleição de novos prefeitos. Muito frequentemente, esses prefeitos chegam à nova gestão sem conhecimentos prévios da política do SUS para as IST/aids.

Diante desta situação, abriram-se várias discussões sobre qual seria a melhor estratégia para a continuidade da resposta de forma positiva no Estado considerando-se o conjunto das ações desenvolvidas por instituições governamentais e não governamentais.

A atual composição do PE DST/Aids-SP, se deu após a criação da política de incentivo às IST/Aids (Portaria Ministerial 2.313/2002), com a destinação de recursos financeiros para incrementar a capacidade de resposta a epidemia. Nessa época elaboraram-se capacitações a profissionais dos 145 municípios e interlocutores regionais, voltadas à formação e ao desenvolvimento desses profissionais fortalecendo o aperfeiçoamento da gestão pública para as IST/aids. A disseminação da informação técnica e política foi primordial para o avanço nos dados alcançados pelo Estado.

Para superar o desafio das constantes mudanças nas prefeituras e coordenadores regionais foi criado um curso para novos coordenadores em 2009, utilizando-se a educação e multiplicação do conhecimento como estratégia de fortalecimento e processo permanente de formação, da atenção, de qualificação da gestão e formulação de políticas públicas.

Após a definição da estratégia, foi criada uma proposta de formação baseada no modelo de gestão participativa da CE DST/Aids-SP.

O curso utiliza a metodologia ativa e educação de pares, sendo que os coordenadores de turma e facilitadores são coordenadores de PM DST/Aids com maior tempo de experiência na gestão. Essa metodologia, envolvendo esses profissionais que estão no mesmo cenário municipal facilita a troca de experiências, estabelece um diálogo mais aberto e valoriza a experiência acumulada dos mais antigos.

O curso tem como objetivo geral: subsidiar a elaboração do processo de

planejamento local, por meio da qualificação profissional dos novos coordenadores de PM DST/Aids-SP, promovendo conhecimentos e habilidades em Gestão e Planejamento. Os objetivos específicos são: apresentar as políticas públicas de saúde, os novos marcos legais do SUS e suas implicações na política de IST/aids; oferecer subsídios para a compreensão do perfil epidemiológico das IST/aids e da organização e funcionamento do SUS; contribuir para a reflexão crítica dos principais desafios da política de IST/aids e à implementação do Plano Estratégico e das PAM; subsidiar a construção de estratégias e metas para o enfrentamento dos problemas prioritários para o período; apoiar na elaboração de ações e no processo de monitoramento e avaliação do alcance das metas; contribuir para os processos de articulação com organizações da sociedade civil, visando o fomento do controle social na formulação e acompanhamento das políticas públicas.

O curso possui dois módulos, sendo que o primeiro aborda aspectos mais gerais de gestão, PM&A e participação social. O segundo módulo contempla as etapas do cuidado contínuo, iniciando pela promoção da saúde. Desde a primeira edição foi criado um município fictício “Juracema do Norte” com as características do seu território e dados epidemiológicos para a construção e apoio às atividades. A programação também conta com palestrantes externos, especialistas em conteúdos específicos, e técnicos da CE DST/Aids-SP.

Hoje já estamos na terceira edição do curso, sendo a primeira em 2009, a segunda em 2013 e terceira finalizada em setembro de 2018.

Até o presente momento foram formados 189 profissionais, sendo 167 coordenadores municipais de PM IST/Aids, 12 interlocutores de GVE e 10 integrantes da sociedade civil organizada.

A cada edição há um enorme desafio para todos, mediante o número cada vez menor de profissionais em cada departamento, sejam estaduais ou municipais. Ainda assim podemos concluir que apostar na Educação como melhor estratégia para fortalecer a resposta no Estado tem sido acertada.

COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

Cooperação Trilateral Brasil, Japão e Moçambique para a Qualificação e Descentralização da Resposta ao HIV/Aids nas Províncias de Gaza e Nampula – Moçambique

Moçambique está entre os dez países mais afetado pela epidemia do HIV/aids no mundo, o que pode ameaçar o seu futuro econômico e social. Em algumas regiões do país, mais de um quarto dos adultos estão infectados pelo HIV e estima-se que aproximadamente um milhão e meio de moçambicanos vivem com o vírus, onde cerca de 800 mil são mulheres e cerca de 200 mil são crianças. A prevalência do HIV/aids entre os moçambicanos adultos de 15-49 anos é de 13,2 %, sendo que a prevalência entre as mulheres (15,4%) desta mesma faixa etária é superior à prevalência entre os homens (10,1%) (IMASIDA, 2015). A província de Gaza possui a maior prevalência de aids do país: 24,4% e Nampula 5,7%. Desde 2013, a CE IST/Aids-SP, a convite da Agência Japonesa de Cooperação Internacional –JICA, colaborou no processo de descentralização

da resposta ao HIV/aids em Moçambique, por meio de capacitações e incentivo a cultura de PM&A. Estas capacitações foram realizadas em cursos e visitas monitoradas a serviços e projetos governamentais e não governamentais no Brasil.

A partir de 2016, esta colaboração foi institucionalizada por meio do Projeto de Cooperação Trilateral Brasil, Japão e Moçambique, sendo a CE IST/Aids-SP responsável pelo desenvolvimento das ações do projeto pelo governo brasileiro.

Na perspectiva de fortalecimento da gestão para o processo de descentralização da resposta no país, A CE IST/Aids-SP capacitou em PM&A 24 profissionais e gestores do governo e lideranças da sociedade civil na Província de Gaza, região sul do país. Destes profissionais, 11 destacaram-se como multiplicadores, capacitando inicialmente 291 técnicos em 12 Distritos e 3 Províncias. Três dos profissionais foram destacados para apoiar o processo de formação na Província de Nampula, no norte do país, onde foram capacitados 82 profissionais, gestores e participantes de ONG em PM&A, ampliando a capacidade de descentralização da resposta no norte de Moçambique.

Como lições aprendidas percebemos que a participação de dirigentes locais nas capacitações ampliou a divulgação e articulação entre os gestores, viabilizando as estratégias propostas pelos profissionais após a participação no processo. Da mesma forma, os multiplicadores foram reconhecidos por seus pares e coordenadores como lideranças aptas para qualificar a resposta ao HIV.

A articulação entre os vários atores, somando saberes e diferentes culturas, demonstrou a grande potencialidade de cooperações trilaterais. O grupo de multiplicadores, se reconhecendo como tal, propõe a criação de referências regionais.

Após esta formação de um grupo no sul e outro no norte do país, a intenção é capacitar uma província no centro estabelecendo-se referências regionais de trabalho contínuo e articulado, com objetivo de qualificar a gestão para a descentralização da resposta ao HIV/aids em Moçambique.

O RECONHECIMENTO DA SOCIEDADE CIVIL COMO FATOR ESTRATÉGICO PARA A RESPOSTA PAULISTA

No início da epidemia, a população mais vulnerável ao HIV/aids era constituída por homossexuais masculinos. Impulsionados pela vivência ampliada do estigma e do preconceito que os afetava, os homossexuais protagonizaram a luta por uma resposta governamental para o enfrentamento da epidemia e, por meio de ampla mobilização e ativismo político, criaram estratégias inovadoras no âmbito da prevenção, lutaram por respostas terapêuticas, pela defesa dos direitos humanos, da livre orientação sexual, cidadania e, principalmente, ressignificaram e reacenderam o sentido da palavra “solidariedade”.

Programas e projetos governamentais e das ONG voltados para a prevenção do HIV/aids, promoção dos direitos humanos das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA)

e populações mais vulneráveis, foram implantados para responder aos desafios impostos pela epidemia. Em 1985, foi criado o GAPA BR/SP – Grupo de Apoio à Prevenção à Aids, inaugurando o movimento social de luta contra a aids, que foi se constituindo com o surgimento de outros coletivos sociais como: Fórum de ONG/Aids de São Paulo, RNP+ - Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids, MNCP - Movimento Nacional das Cidadãs Positivas, Fórum Paulista LGBT, Rede de Jovens SP+, além de outras ONG e fóruns de travestis, mulheres e homens transexuais.

A construção e sistematização do trabalho de articulação entre governo e ONG no Estado de São Paulo se consolidaram em 2000, com a constituição do Núcleo de Articulação com a Sociedade Civil e o Grupo Técnico Assessor para a Articulação entre OG/ONG (GT OG/ONG). Nesse ano existiam aproximadamente 300 ONG realizando ações para o enfrentamento da epidemia. Com isso surgiu a necessidade de se participar do acompanhamento desses trabalhos, em especial as ações financiadas com recursos do Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST/Aids, atual Departamento de IST/Aids e Hepatites Virais.

O Núcleo de Articulação com a Sociedade Civil tem como missão assessorar a CE IST/Aids e as áreas técnicas do CRT DST/Aids na articulação com as ONG e demais organizações estratégicas para a efetivação da política pública para as IST/AIDS no âmbito do Estado de São Paulo; apoiar as ações para o fortalecimento técnico e político da resposta social à epidemia de aids; e, contribuir com as

ações que visam reduzir a discriminação e o preconceito das pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) e demais populações vulneráveis a IST/aids.

Por sua vez, o GT OG/ONG é composto por representantes de PM – IST/Aids, GVE, Fórum de ONG/Aids, Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/aids (RNP), Movimento Nacional das Cidadãs Positivas (MNCP), Aliança Paulista LGBT (antigo Fórum Paulista LGBT), CE DST/Aids (Núcleo de Projeto de ONG (NPO) e o Núcleo de Articulação com a Sociedade Civil. O grupo participa ativamente dos processos de fortalecimento da articulação entre governo e sociedade civil, direitos humanos e da política estadual de apoio/financiamento da sociedade civil organizada.

Desde o estabelecimento do Acordo de Empréstimo entre o Brasil e o Banco Mundial, cerca de 10% dos recursos financeiros eram destinados ao apoio/financiamento da sociedade civil. Essa porcentagem continuou preservada na política de incentivo para as IST/Aids (Portaria Ministerial nº 2.313 de 19/12/2002) e, atualmente continua sendo viabilizada pelas Deliberação CIB nº 96 de 13/12/2017, Portaria nº 418 de 23/02/2018 e Portaria de Consolidação do SUS nº 6 GM/MS de 28/09/2017 (Artigos nº 522 a 534). O Estado de São Paulo foi um dos poucos entes federados que conseguiu assegurar em resolução de Comissão Bipartite, o apoio/financiamento da sociedade civil.

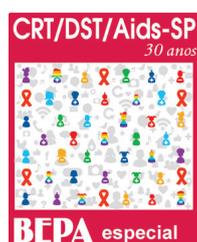
Ao todo, os processos de seleção pública de projetos de IST/Aids apresentados por ONG, realizados desde o ano 2002 já envolveu a apresentação de mais de mil projetos.

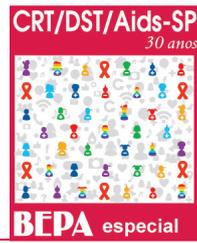
Destes, foram selecionados cerca de 800 projetos. O processo de seleção é aberto, com a publicação de um Edital no “Diário Oficial do Estado” e amplamente divulgado. A seleção dos projetos a serem financiados é realizada por um Comitê Seletivo Externo de Especialistas, indicado pelos integrantes do GT OG/ONG, onde os diferentes olhares se somam, resultando em ações criativas e efetivas frente às necessidades cotidianas trazidas pela resposta a ser dada à epidemia no Estado. Além desses, foram apoiados projetos para fortalecimento e sustentabilidade de fóruns e redes e da Casa de Apoio Sol Nascente II, do município de Lagoinha. “Ao longo do período, o GT OG/ONG vem assumindo uma perspectiva mais ampla, com a incorporação de discussões sobre temas relacionados à melhoria da articulação entre governo e sociedade civil organizada. Além disso, tem sido um espaço democrático de criação, onde diferentes olhares se somam, resultando em ações criativas e efetivas frente às necessidades da população que vive com IST/aids”

Além dos projetos apoiados/financiados, a CE IST/Aids elabora e monitora a Proposta

Anual de Financiamento para Casas de Apoio para crianças, adolescentes e adultos vivendo com HIV/aids. O financiamento público dessas instituições é oriundo dos recursos proveniente da Portaria Consolidação do SUS nº 6/2017 (Artigos 522 a 534), que são pactuados na Comissão Intergestora Bipartite (CIB). A Secretaria de Estado da Saúde, também cria um incentivo específico para apoiar essas instituições no abrigamento com qualidade das PVHA abrigadas em Casas de Apoio tipo II (Resolução SS – 133/2014 e Resolução SS – 48/2017), que prevê o incentivo de R\$ 600,00 por acomodação. Atualmente, temos 08 casas de apoio de adultos tipo I, 10 de adultos tipo II, 05 de crianças e 01 de jovens vivendo com HIV/aids, distribuídas em 13 municípios.

A construção coletiva de políticas públicas com o envolvimento de diversos atores enriquece o processo de trabalho, tornando-o mais legítimo e viabilizando a participação social, na medida em que a sociedade civil organizada participa ativamente das suas propostas e do seu controle social.





Créditos

Política Pública para aids no Estado de São Paulo:

Artur Kalichman, Angela Tayra, Carmen Silvia Bruniera Domingues, Daniela Vinhas Bertolini, Emi Shimma, Herculano Alencar, Ivone de Paula, Jean Carlos de Oliveira Dantas, Joselita Maria de Magalhães Caraciolo, Karina Wolffenbüttel, Maria Clara Gianna, Mariliza Henrique da Silva, Mariza Vono Tancredi, Mylva Fonsi, Paulo Roberto Teixeira, Roberto José Carvalho da Silva, Rosa de Alencar Souza, Sara Romero da Silva, Simone Queiroz Rocha, Tania Regina Correa de Souza, Valdir Monteiro Pinto, Vilma Cervantes.

Cenário Epidemiológico das IST e HIV no Estado de São Paulo - A epidemia ontem e hoje:

Angela Tayra, Carmen Sílvia Bruniera Domingues, Mariza Vono Tancredi

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

Analice de Oliveira, Fabíola Santos Lopes, Heloisa Hanada, Ivone de Paula, Josefa Laurindo da Silva, Judit Lia Busanello, Karina Wolffenbüttel, Naila J. S. Santos, Paula de Oliveira e Sousa

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

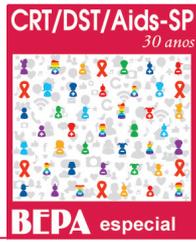
Cristina Langkammer Martins, Denize Lotufo Estevam, Daniela Bertolini, Maria Ester Moreira Galafassi, Herculano Alencar, Joselita Maria de Magalhães Caraciolo, José Roberto Carvalho da Silva, Judit Lia Busanello, Karina Wolffenbüttel, Maria Aparecida da Silva, Márcia Terezinha Fernandes dos Santos, Mariliza Henrique da Silva, Mylva Fonsi, Ricardo Barbosa Martins, Rosa de Alencar Souza, Simone Queiroz Rocha, Valdir Monteiro Pinto

Pesquisas Clínicas, Comportamentais e Epidemiológicas:

Eduardo Ronner Lagonegro, Leda Fátima Jamal, Maura Silveira, José Valdez Ramalho Madruga

Planejamento e Gestão da Política para IST/Aids:

Alice Penna de Azevedo Bernadi, Jean Dantas, Mara Cristina Vilela, Sonia Pizarro, Vilma Cervantes



Instruções aos autores

O BEPA Boletim Epidemiológico Paulista, criado em 2004, é uma publicação mensal da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), órgão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), responsável pelo planejamento e execução das ações de promoção à saúde e prevenção de quaisquer riscos, agravos e doenças, nas diversas áreas de abrangência do Sistema Único de Saúde de São Paulo (SUS-SP).

Missão

Editado nos formatos impresso e eletrônico, o BEPA tem o objetivo de documentar e divulgar trabalhos relacionados à vigilância em saúde, de maneira ágil, estabelecendo um canal de comunicação entre as diversas áreas técnicas e instâncias do SUS-SP. Além de disseminar informações entre os profissionais de saúde, o Boletim propõe o incentivo à produção de trabalhos técnico-científicos desenvolvidos no âmbito da rede de saúde. Nesse sentido, proporciona a atualização e o aprimoramento dos profissionais e das instituições responsáveis pelos processos de prevenção e controle de doenças, das esferas pública e privada.

Arbitragem

Os manuscritos submetidos ao BEPA devem atender às instruções aos autores, que seguem as diretrizes dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos, editados pela Comissão Internacional de Editores de

Revistas Médicas (Committee of Medical Journals Editors – Grupo de Vancouver), disponíveis em: <http://www.icmje.org/>

Processo de revisão

Os trabalhos publicados no BEPA passam por processo de revisão por especialistas. A Coordenação Editorial faz uma revisão inicial para avaliar se os autores atenderam aos padrões do boletim, bem como às normas para o envio dos originais. Em seguida, artigos originais e de revisão são encaminhados a dois revisores da área pertinente, sempre de instituições distintas daquela de origem dos artigos, e cegos quanto à identidade e vínculo institucional dos autores. Após receber os pareceres, os Editores, que detêm a decisão final sobre a publicação ou não dos trabalhos, avaliam a aceitação dos artigos sem modificações, a recusa ou a devolução aos autores com as sugestões apontadas pelos revisores.

Tipos de artigo

I. Artigo original – Apresenta resultados originais provenientes de estudos sobre quaisquer aspectos da prevenção e controle de riscos e agravos e de promoção da saúde, desde que no escopo da epidemiologia, incluindo relatos de casos, surtos e/ou vigilância. Esses artigos devem ser baseados em novos dados ou perspectivas relevantes para a saúde pública. Devem relatar os resultados a partir de uma perspectiva de saúde pública, podendo, ainda, ser replicados e/ou generalizados por todo o sistema (o que foi encontrado e o que a sua

descoberta significa). Extensão máxima de 6.000 palavras; 10 ilustrações (tabelas, figuras, gráficos e fotos); 40 referências bibliográficas. Resumo em português e em inglês (abstract), com no máximo 250 palavras, e entre três e seis palavras-chave (keywords).

2. Revisão – Avaliação crítica sistematizada da literatura sobre assunto relevante à saúde pública. Devem ser descritos os procedimentos adotados, esclarecendo os limites do tema. Extensão máxima de 6.000 palavras; resumo (abstract) de até 250 palavras; entre três e seis palavras-chave (keywords); sem limite de referências bibliográficas; seis ilustrações (tabelas, figuras, gráficos e fotos).

3. Artigos de opinião – São contribuições de autoria exclusiva de especialistas convidados pelo Editor Científico, destinadas a discutir ou tratar, em maior profundidade, de temas relevantes ou especialmente oportunos, ligados às questões de saúde pública. Não há exigência de resumo ou abstract.

4. Artigos especiais – São textos não classificáveis nas categorias acima referidas, aprovados pelos Editores por serem considerados de especial relevância. Sua revisão admite critérios próprios, não havendo limite de tamanho ou exigências prévias quanto à bibliografia.

5. Comunicações rápidas – São relatos curtos, destinados à rápida divulgação de eventos significativos no campo da vigilância à saúde. A sua publicação em versão impressa pode ser antecedida de divulgação em meio eletrônico. Extensão máxima de 2.000 palavras; sendo opcional a inclusão de resumo (até 150 palavras), palavras-chave (entre três e seis), ilustrações e referências. É recomendável que os

autores das comunicações rápidas apresentem, posteriormente, um artigo mais detalhado.

6. Informe epidemiológico – Tem por objetivo apresentar ocorrências relevantes para a saúde coletiva, bem como divulgar dados dos sistemas públicos de informação sobre doenças, agravos, e programas de prevenção ou eliminação. Sua estrutura é semelhante à do artigo original, porém sem resumo ou palavras-chave; extensão máxima de 5.000 palavras; 15 referências; quatro ilustrações (tabelas, figuras, gráficos e fotos).

7. Informe técnico – Texto institucional que tem por objetivo definir procedimentos, condutas e normas técnicas das ações e atividades desenvolvidas no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). Inclui, ainda, a divulgação de práticas, políticas e orientações sobre promoção à saúde e prevenção e controle de riscos e agravos. Extensão máxima de 5.000 palavras; seis ilustrações (tabelas, figuras, gráficos e fotos); 30 referências bibliográficas. Não inclui resumo nem palavras-chave.

8. Resumo – Serão aceitos resumos de teses e dissertações até dois anos após a defesa. Devem conter os nomes do autor e do orientador, título do trabalho (em português e inglês), nome da instituição em que foi apresentado e ano de defesa. No máximo 250 palavras e entre três e seis palavras-chave.

9. Pelo Brasil – Deve apresentar a análise de um aspecto ou função específica da promoção à saúde, vigilância, prevenção e controle de agravos nos demais Estados brasileiros. Extensão máxima de 3.500 palavras; resumo com até 250 palavras; entre três e seis palavras-chave; 20 referências; seis ilustrações (tabelas, figuras, gráficos e fotos).

10. Atualizações – Textos que apresentam, sistematicamente, atualizações de dados estatísticos gerados pelos órgãos e programas de prevenção e controle de riscos, agravos e doenças do Estado de São Paulo. Até 3.000 palavras e oito ilustrações. Não inclui resumo nem palavras-chave.

11. Republicação de artigos – são artigos publicados em outros periódicos de relevância, nacionais ou internacionais, abordando temas importantes cuja veiculação seja considerada, pelos Editores, de grande interesse à saúde.

12. Relatos de encontros – Devem focar o conteúdo do evento e não sua estrutura. Extensão máxima de 2.000 palavras; 10 referências (incluindo eventuais links para a íntegra do texto). Não incluem resumo nem palavras-chave.

13. Notícias – São informações oportunas de interesse para divulgação no âmbito da saúde pública. Até 600 palavras, sem a necessidade de referências.

14. Dados epidemiológicos – Atualizações de dados estatísticos sobre agravos e riscos relevantes para a saúde pública, apresentadas por meio de tabelas e gráficos. Inclui contextualização dos dados em até 300 palavras.

15. Recortes Históricos – Texto com informações que registram determinado período, personagem ou fato da história da saúde pública e da ciência. Sua revisão admite critérios próprios da Coordenação Editorial. A inclusão de bibliografia é opcional.

16. Cartas – As cartas permitem comentários sobre artigos veiculados no BEPA, e podem ser apresentadas a qualquer momento após a sua publicação. No máximo 600 palavras, sem ilustrações.

Observação: Informes técnicos, Informes epidemiológicos, Pelo Brasil, Atualizações e Relatos de encontros devem ser acompanhados de carta de anuência do diretor da instituição à qual o(s) autor(es) e o objeto do artigo estão vinculados.

Apresentação dos trabalhos

A cada trabalho deverá ser anexada uma carta de apresentação, assinada por todos os autores, dirigida à Coordenação Editorial do Boletim Epidemiológico Paulista. Nela deverão constar as seguintes informações: o trabalho não foi publicado, parcial ou integralmente, em outro periódico; nenhum autor tem vínculos comerciais que possam representar conflito de interesses com o trabalho desenvolvido; todos os autores participaram da elaboração do seu conteúdo (elaboração e execução, redação ou revisão crítica, aprovação da versão final).

Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Nesse sentido, os autores devem explicitar, em MÉTODOS, que a pesquisa foi concluída de acordo com os padrões exigidos pela Declaração de Helsinki e aprovada por comissão de ética reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O trabalho deverá ser redigido em Português (BR), com entrelinhamento duplo. O manuscrito deve ser encaminhando em formato eletrônico (e-mail, CD-Rom) e impresso (folha A4), aos cuidados da Coordenação Editorial do BEPA, no seguinte endereço:

Boletim Epidemiológico Paulista

Av. Dr. Arnaldo, 351, 1º andar, sala 124

Pacaembu – São Paulo/SP – Brasil

CEP: 01246-000

E-mail:bepa@saude.sp.gov.br

Estrutura dos textos

O manuscrito deverá ser apresentado segundo a estrutura das normas de Vancouver: título; autores e instituições; resumo e abstract; introdução; metodologia; resultados; discussão e conclusão; agradecimentos; referências bibliográficas; e tabelas, figuras e fotografias.

Página de rosto – Contém o título do artigo, que deve ser conciso, específico e descritivo, em português e inglês. Em seguida, deve ser colocado o nome completo de todos os autores e a instituição a que pertencem; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; se subvencionado, indicar o nome da agência de fomento que concedeu o auxílio e o respectivo nome/número do processo; se foi extraído de dissertação ou tese, indicar título, ano e instituição em que foi apresentada.

Resumo – Colocado no início do texto, deve conter a descrição, sucinta e clara, dos propósitos do estudo, metodologia, resultados, discussão e conclusão do artigo. Em muitos bancos de dados eletrônicos o resumo é a única parte substantiva do artigo indexada e, também, o único trecho que alguns leitores leem. Por isso, deve refletir, cuidadosamente, o conteúdo do artigo.

Palavras-chave (descritores ou unitermos) – Seguindo-se ao resumo, devem ser indicadas no mínimo três e no máximo seis palavras-chave do conteúdo, que têm por objetivo facilitar indexações cruzadas dos textos e publicações pela base de dados, juntamente com o resumo. Em português, as palavras-chave deverão ser extraídas do vocabulário Descritores em Ciências em Saúde (DeCS), da Bireme (<http://decs.bvs.br/>); em inglês, do Medical Subject Headings (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/>). Caso não sejam encontradas palavras-chave adequadas à temática abordada, termos ou expressões de uso corrente poderão ser empregados.

Introdução – Iniciada em página nova, contextualiza o estudo, a natureza das questões tratadas e sua significância. A introdução deve

ser curta, definir o problema estudado, sintetizar sua importância e destacar as lacunas do conhecimento abordadas.

Metodologia (Métodos) – Deve incluir apenas informação disponível no momento em que foi escrito o plano ou protocolo do estudo (toda a informação obtida durante a condução do estudo pertence à seção de resultados). Deve conter descrição, clara e sucinta, acompanhada da respectiva citação bibliográfica, dos procedimentos adotados, a população estudada (universo e amostra), instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação e método estatístico.

Resultados – Devem ser apresentados em sequência lógica no texto, tabelas e figuras, colocando primeiramente as descobertas principais ou mais importantes. Os resultados encontrados devem ser descritos sem incluir interpretações e/ou comparações. Sempre que possível, devem ser apresentados em tabelas e figuras autoexplicativas e com análise estatística, evitando-se sua repetição no texto.

Discussão – Deve começar com a apreciação das limitações do estudo, seguida da comparação com a literatura e da interpretação dos autores, explorando adequada e objetivamente os resultados.

Conclusão – Traz as conclusões relevantes, considerando os objetivos, e indica formas de continuidade do trabalho.

Agradecimentos – Em havendo, deve-se limitar ao mínimo possível, sempre ao final do texto.

Citações bibliográficas – A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores. Ao longo do artigo, o número de cada referência deve corresponder ao número sobrescrito, colocado sem parênteses e imediatamente após a respectiva citação. Devem ser numeradas, a partir daí, consecutivamente.

Exemplo:

“No Brasil, a hanseníase ainda é um problema a ser equacionado e, no Estado de São Paulo, há várias regiões com altas taxas de detecção. I Dentre as diversas medidas tomadas pelo Ministério da Saúde (MS)² para eliminação da hanseníase como um problema de saúde pública no País, atingindo a prevalência de um caso para cada 10 mil habitantes, destacam-se as ações de educação e informação, preconizadas para todos os níveis de complexidade de atenção.”

Referências bibliográficas – listadas ao final do trabalho, devem ser numeradas de acordo com a ordem em que são citadas no texto. A quantidade de referências deve se limitar ao definido em cada tipo de artigo aceito pelo BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista.

A normalização das referências deve seguir o estilo Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (Vancouver), <http://www.icmje.org/>.

Para referências cujos exemplos não estejam contemplados neste texto, consultar os links: Guia de Apresentação de Teses (Modelo para Referências) da Faculdade de Saúde Pública/USP, http://www.bvs-p.fsp.usp.br:8080/html/pt/paginas/guia/i_anexo.htm ou Citing Medicine, 2nd edition, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>.

Segundo as normas de Vancouver, os títulos de periódicos são abreviados conforme aparecem na Base de dados PubMed, da US National Library of Medicine, disponível no site <http://www.pubmed.gov>, selecionando Journals Database.

Para consultar títulos de periódicos nacionais e latino-americanos: <http://portal.revistas.bvs.br/main.php?home=true&lang=pt>.

Exemplos de Referências:

a) Artigos de periódicos:

Se a publicação referenciada apresentar dois ou mais autores, indicam-se até os seis primeiros, seguidos da expressão et al.

1. Opromolla PA, Dalbem I, Cardim M. Análise da distribuição espacial da hanseníase no Estado de São Paulo, 1991-2002. *Rev bras epidemiol.* 2005;8(4):356-64.

2. Ponce de Leon P, Valverde J, Zdero M. Preliminary studies on antigenic mimicry of *Ascaris Lumbricoides*. *Rev latinoam microbiol.* 1992;34:33-8.

3. Carlson K. Reflections and recommendations on reserch ethics in developing countries. *Soc Sci Med.* 2002;54(7):1155-9.

b) Livros:

1. Pierson D, organizador. Estudos de ecologia humana: leituras de sociologia e antropologia social. São Paulo: Martins Fontes; 1948.

A indicação da edição é necessária a partir da segunda.

c) Capítulos de livro:

1. Wirth L. História da ecologia humana. In: Pierson D, organizador. Estudos de ecologia humana: leituras de sociologia e antropologia social. São Paulo: Martins Fontes; 1948. p.64-76.

d) Autoria corporativa:

1. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Amamentação e uso de drogas. Brasília (DF); 2000.

2. Organización Mundial de la Salud. Como investigar el uso de medicamentos em los servicios de salud. Indicadores seleccionados del uso de medicamentos. Ginebra; 1993. (DAP. 93.1).

e) Dissertações de mestrado, teses e demais trabalhos acadêmicos:

1. Moreira MMS. Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento [dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.

2. Rotta CSG. Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial [tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2004.

f) Trabalhos apresentados em congressos, simpósios, encontros, seminários e outros:

1. Levy MSF. Mães solteiras jovens. In: Anais do 9º Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 1994; Belo Horizonte, BR. São Paulo: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 1995. p. 47-75.

2. Fischer FM, Moreno CRC, Bruni A. What do subway workers, commercial air pilots, and truck drivers have in common? In: Proceedings of the 12. International Triennial Congress of the International Ergonomics Association; 1994 Aug 15-19; Toronto, Canada. Toronto: IEA; 1994. v. 5, p. 28-30.

g) Documentos eletrônicos:

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE [boletim na internet]. Síntese de indicadores sociais 2000 [acesso em 5 mar. 2004]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

2. Sociedade Brasileira de Pediatria. Calendário de vacinas para crianças/2008 [base de dados na internet]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=21&id_detalhe=2619&tipo_detalhe=s&print=1

3. Carvalho MLO, Pirotta KCM, Schor N. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. Rev Saúde Pública [periódico na internet]. 2001 [acesso em 25 maio 2004];35:23-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9102001000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

h) Legislação:

1. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Secretaria de Defesa Agropecuária. Instrução Normativa n. 62, de 26 de agosto de 2003. Oficializa os métodos analíticos oficiais para análises microbiológicas para o controle de produtos de origem animal e água. Diário Oficial da União. 18 set. 2003; Seção 1:14.

2. São Paulo (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos

usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 18 mar. 1999; Seção 1:1.

Casos não contemplados nestas instruções devem ser citados conforme indicação do Committee of Medical Journals Editors (Grupo Vancouver), disponível em <http://www.cmje.org>.

Tabelas – devem ser apresentadas em folhas separadas ou arquivo a parte, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto. A cada uma deve ser atribuído um título breve, evitando-se linhas horizontais ou verticais. Notas explicativas devem ser limitadas ao menor número possível e colocadas no rodapé das tabelas, não no cabeçalho ou título. Os arquivos não poderão ser apresentados em formato de imagem.

Quadros – são identificados como tabelas, seguindo numeração única em todo o texto. A exemplo das tabelas, devem ser apresentados, da mesma forma, em folhas separadas ou arquivo a parte, numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citados no texto. Também não poderão ser apresentados no formato de imagem.

Figuras – fotografias, desenhos, gráficos etc., citados como figuras, devem ser numerados consecutivamente, em algarismos arábicos, na ordem em que forem mencionados no texto, por número e título abreviado no trabalho. As legendas devem ser apresentadas conforme as tabelas. As ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, em resolução de no mínimo 300 dpi.

Orientações Gerais – tabelas, ilustrações e outros elementos gráficos devem ser nítidos e legíveis, em alta resolução. Se já tiverem sido publicados, mencionar a fonte e anexar a permissão para reprodução. O número de elementos gráficos está limitado ao definido em cada tipo de artigo aceito pelo BEPA. Abreviaturas, quando citadas pela primeira vez, devem ser explicadas.