

São Paulo

O Município na luta contra a Aids

São Paulo

O Município na luta contra a Aids





Secretaria Municipal da Saúde - PMSP

Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo

Rua General Jardim, 36 – 4º andar

Centro – São Paulo – 01223-010

Tel.: (11) 3397-2207

dstaids@prefeitura.sp.gov.br

www.dstaids.prefeitura.sp.gov.br

Gilberto Kassab – Prefeito

Januario Montone – Secretário Municipal da Saúde

Maria Cristina Abbate – Coordenadora do PM DST/Aids de São Paulo

São Paulo – O Município na luta contra a Aids

Publicação do PM DST/Aids de São Paulo – SMS – PMSP

Maria Cristina Abbate – Coordenação

Celia Regina de Souza – Edição

Evidência.BR – Projeto gráfico e editoração

Edison de Souza – Ilustração da Capa (vista da av. São João e Vale do Anhangabaú, Centro de São Paulo)

Programa Municipal de DST/AIDS de São Paulo

SÃO PAULO : O MUNICÍPIO NA LUTA CONTRA A AIDS.

Coordenação: Maria Cristina Abbate

Edição: Celia Regina de Souza

Impressão: Corprint Gráfica Editora, 2009. 150p.

Bibliografia: Vários autores

ISBN 978-85-60044-05-4

1. AIDS (Doenças) – São Paulo (SP) 2. Doenças sexualmente transmissíveis – São Paulo (SP)

I. Programa Municipal de DST/AIDS

CDD– 616.9792050981611

APRESENTAÇÃO

Há quase 30 anos foi registrado o primeiro caso de aids na cidade de São Paulo. No ano de 1996, a aids ocupava a 5ª posição entre as principais causas de óbito. Em 2007, a mortalidade por aids desloca-se para a 17ª posição, da mesma forma ocorre queda significativa da transmissão vertical, de 8% em anos anteriores para 1%. Esses avanços importantes foram possíveis graças a um conjunto de ações de promoção, prevenção e tratamento. Destacam-se pré-natal, parto e seguimento bem conduzidos associados à dispensação, de forma pioneira no Brasil, de leite aos filhos de mães HIV+.

A Secretaria Municipal aplica R\$ 43,8 milhões/ano em uma ampla rede especializada, com 24 serviços de as-

sistência. Dispomos de um time competente para lidar com mais de 50 mil pacientes matriculados.

O desafio de garantir a adesão das pessoas ao tratamento aponta para a necessidade de integrar as ações desenvolvidas pelo Programa Municipal DST/Aids com a Atenção Básica e persegue uma política embasada na defesa dos direitos humanos e no respeito ao cidadão em toda sua complexidade.

É um trabalho que envolve diversos atores e, em especial, a participação ativa das organizações da sociedade civil, tendo como norte os princípios do SUS. Inegáveis foram os avanços diante da magnitude da epidemia do HIV/Aids e os números demonstram claramente isto.

Novos desafios se apresentam: a tendência para a pauperização e a feminização da epidemia e a ocorrência em faixas etárias mais elevadas. Este cenário de vulnerabilidade requer a ousadia dos gestores no enfrentamento destas mudanças.

Januario Montone

Secretário Municipal da Saúde

ÍNDICE

| | | |
|---|--------------------------|-----|
| 1 | COORDENAÇÃO | 09 |
| 2 | ASSISTÊNCIA | 29 |
| 3 | PREVENÇÃO | 69 |
| 4 | INFORMAÇÃO | 107 |
| 5 | PESQUISA | 115 |
| 6 | ARTICULAÇÃO | 121 |
| 7 | COMUNICAÇÃO | 133 |

São Paulo

O Município na luta contra a Aids

COORDENAÇÃO

Sonhe com aquilo que você quiser.
Seja o que você quer ser,
porque você possui apenas uma vida
e nela só se tem uma chance
de fazer aquilo que quer.

Tenha felicidade bastante para fazê-la doce.
Dificuldades para fazê-la forte.
Tristeza para fazê-la humana.
E esperança suficiente para fazê-la feliz.
As pessoas mais felizes não têm as melhores coisas.
Elas sabem fazer o melhor das oportunidades
que aparecem em seus caminhos.

A felicidade aparece para aqueles que choram.
Para aqueles que se machucam.
Para aqueles que buscam e tentam sempre.
E para aqueles que reconhecem a importância
das pessoas que passam por suas vidas.

Clarice Lispector

A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O ENFRENTAMENTO DA AIDS NA CIDADE DE SÃO PAULO

Entre as diretrizes políticas consolidadas pela Constituição Federal, no cenário nacional, estão os fundamentos de uma radical transformação do sistema de saúde brasileiro. O que levou à consolidação do SUS foi, sobretudo, a luta política durante o período de pós-ditadura no país, cujos anseios eram, entre outras questões, a defesa de direitos, a inclusão social, a liberdade de expressão e a reorganização social com base nos eixos da ética e da democracia. Na área da saúde, havia a compreensão de que o quadro de doenças existentes, em geral, era determinado pelo tipo de desenvolvimento social e econômico do país.

Por não ser acessível e de direito a todos os cidadãos, o sistema de saúde brasileiro não oferecia respostas ao quadro nacional. A cobertura assistencial era baixa, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres, os residentes nas regiões mais carentes e as pessoas sem vínculo empregatício formal. O sistema também era identificado com pouca clareza de competências entre as instâncias governamentais, com ausência de participação popular e com escassez de mecanismos para acompanhamento, controle e avaliação dos serviços, bem como dos recursos aplicados. O SUS, portanto, passa a ser uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988 e, posteriormente, pelas leis que a regulamentam.

O SUS há que ser entendido em seus objetivos finais - dar assistência à população, baseada no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde, levando-se em consideração as características locais, as necessidades de determinada comunidade, os códigos inerentes e a respectiva rede de sustentação social. Pelo conhecimento e compreensão das demandas da sociedade pode-se fundamentar as políticas públicas e torná-las eficazes. Esses meios, orientados pelos princípios organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização, resolutividade, participação social e complementaridade da rede suplementar, devem constituir-se em objetivos estratégicos que deem concretude ao modelo de atenção à saúde desejado.

Aids e SUS

Como o SUS segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo (federal, estadual e municipal), ele é um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum, cujas prioridades e alocação de recursos são pactuados pelas instâncias. Os serviços de saúde devem considerar que, em cada população, existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo ou classe social ou região tem seus problemas específicos, tem diferenças no modo de viver, de adoecer e de ter oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida, e oferecer mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes.

Talvez seja nesse princípio que a história da aids no SUS mais se encontra, pois é nesse eixo que a saúde e a defesa dos direitos têm suas bases entrelaçadas. As ações de promoção (que envolvem ações de outras áreas como habitação, meio ambiente, educação etc), ao lado das ações de prevenção (saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância à saúde e sanitária etc.) e de recuperação (atendimento médico, tratamento e reabilitação para os doentes), formam um conjunto dinâmico, que deve ser capaz de prestar o que chamamos de atenção integral. Iniciativas para promover saúde, erradicar as causas de doenças e diminuir seus riscos, além de tratar os danos, são premissas básicas para a perspectiva de uma vida melhor.

O enfrentamento da epidemia de aids, neste sentido, deve acompanhar de perto as mudanças de comportamento social e, muitas vezes, antecipar-se a elas buscando modelos contemporâneos, principalmente, na área de prevenção. O perfil da epidemia no país é muito semelhante entre as regiões e as categorias de exposição ao HIV, com algumas exceções, seguem a mesma ordem. As mulheres e os homens que fazem sexo com homens, atualmente, com ênfase nos jovens, são os principais segmentos atingidos, de forma global. No entanto, a identidade e a cultura destes e dos demais grupos sociais seguem cursos próprios e nenhum modelo de atenção que não leve em conta o protagonismo pode ser bem-sucedido.

O direito à expressão da orientação sexual, da sexualidade e dos estilos comportamentais e a escuta ativa das demandas dos indivíduos ou grupos constituem-se em determinantes para a formulação de políticas públicas que impactem positivamente para a redução da morbimortalidade em aids. Neste sentido, a aproximação da consistência técnica e da ética, nas respostas de Estado e dos organismos não-governamentais, consolidou um modelo de atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids no país.

A Cidade de São Paulo

A epidemia de HIV/Aids tem sido um dos maiores problemas de saúde das últimas décadas. A cidade de São Paulo, com cerca de 11 milhões de habitantes, acumula 22% do total de casos notificados no país. Os fenômenos nacionais de pauperização e feminização são características

da epidemia também presentes na cidade e, entre as peculiaridades locais, prevalecem como de importância estratégica entre as populações mais expostas à transmissão, as mulheres heterossexuais, os homens que fazem sexo com homens, jovens, profissionais do sexo e usuários de drogas. Em função da magnitude da epidemia e dos desafios que ela ainda coloca para alcançar o objetivo de redução da transmissão do HIV/Aids – com o componente de escala que se apresenta numa cidade da dimensão de São Paulo – são imprescindíveis a permanente incorporação dos princípios do SUS, sobretudo nas interfaces com a atenção básica à saúde, a parceria com a sociedade civil organizada e a produção de conhecimento.

Os serviços municipais especializados em DST/Aids nasceram da necessidade de resposta local, uma vez que em São Paulo, no início da década de 1990, existiam apenas um Centro de Testagem e Aconselhamento municipal (o CTA Henfil) e as estruturas estaduais de assistência especializada em aids, todos na região central da cidade. Em 1991, foi implantado o primeiro serviço de assistência especializada em DST/Aids (SAE Betinho) na região de Sapopemba. Atualmente, a Secretaria Municipal da Saúde conta com uma rede de 24 serviços, da administração direta, especializados na atenção às DST/HIV/Aids, com mais de 50 mil pacientes matriculados, cerca de 30 mil em seguimento (com HIV e demais DST) e mais de 12 mil em uso regular da TARV – Terapia Antirretroviral. As unidades de saúde especializadas em DST/Aids referenciam casos de acidente com material biológico e também de violência sexual, realizam aconselhamento, fazem diagnósticos e disponibilizam insumos de prevenção.

O Programa Municipal de DST/Aids da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, formalizado conforme Portaria 1.598/06-SMS.G. e subordinado ao Gabinete do Secretário, é responsável pelo gerenciamento técnico da rede especializada de serviços e pela elaboração, planejamento e acompanhamento da política municipal de saúde na prevenção, pesquisa, assistência e tratamento das DST/HIV/Aids. Ele também é responsável pela execução financeira dos recursos da Política de Incentivo do Ministério da Saúde, por meio do Plano de Ações e Metas (PAM).

A organização do PM DST/Aids de SP e sua estrutura dentro da Secretaria Municipal da Saúde, ao lado das outras instâncias, têm assegurado agilidade na tomada de decisões que influenciam, diretamente, na política de atenção às pessoas vivendo com aids na cidade. Um exemplo foi a criação da Central Municipal de Vagas de Leitos para aids, reivindicação histórica do movimento contra a aids. A Secretaria Municipal da Saúde, nos últimos anos, também aumentou em mais de 50% a aquisição de preservativos masculinos; incrementou a compra de preservativos femininos; reduziu o índice de crianças infectadas por transmissão vertical, por meio de um conjunto de medidas; adquiriu Cabergolina (inibidor de lactação) para as gestantes soropositivo; aumentou a aquisição de medicamentos necessários para combater as infecções oportunistas e para as DST; implantou preenchimento facial para pessoas com lipoatrofia (em decorrência dos efeitos adversos da terapia antirretroviral); aumentou o acesso ao diagnóstico do HIV (incluindo a testagem rápida) e demais DST (pelo Protocolo da Abordagem Síndrômica); incentivou a atualização

dos profissionais de saúde; e institucionalizou a ajuda de custo para o trabalho de prevenção com agentes comunitários voluntários, respeitando o protagonismo dos atores sociais.

É inegável, também, a importante participação do movimento social (as ONGs) e do Conselho Municipal de Saúde no acompanhamento da política, na capacitação de Conselhos Gestores e, principalmente, no exercício incansável do diálogo entre as instâncias de governo e sociedade civil para melhor adequação de eixos diretivos de atenção às pessoas vivendo ou convivendo com aids em São Paulo. Ressalta-se aqui o acompanhamento rotineiro da Comissão Municipal de Aids, parceira legítima no enfrentamento dos desafios cotidianos do trabalho.

Na perspectiva da descentralização das ações e da competência municipal, destaca-se a importante participação dos profissionais de saúde. Estes que são os operadores cotidianos das diretrizes centrais e articuladores regionais no alcance da população, na integração das ações com a rede básica de saúde, hospitalar e demais equipamentos sociais. Para o melhor entendimento das características regionais e para garantia das metas pactuadas, o Programa Municipal de DST/Aids estabeleceu cronograma mensal de reuniões regionais, espaço privilegiado de planejamento e monitoramento conjunto com os serviços, as Supervisões Técnicas de Saúde e as Coordenadorias de Saúde. Esse processo, cujo aprendizado é uma construção permanente, visa à adequação das metas às realidades locais e, principalmente, o envolvimento dos níveis hierárquicos e administrativos da região.

No momento em que nos encontramos, traduzir em inquietude o que se chama hoje de cronicidade da aids é fundamental. Apesar da qualidade terapêutica ao longo dos últimos anos, favorecendo uma vida melhor às pessoas com o HIV, novas questões são colocadas, como os efeitos adversos da TARV, a mortalidade por aids ainda em patamares significativos, a complexidade cada vez mais alta exigida nas interconsultas, o controle das DST e a necessidade de novos modelos de prevenção – exemplos que justificam a mobilização dos profissionais de saúde. Talvez seja confortante, principalmente voltando-se à história, pensar a aids como “sob controle”, “doença crônica”, “conhecida” e que “não mata mais”. Mas vale lembrar que este discurso vigente em diversas circunstâncias corre o sério risco de levar à desmobilização, à despolitização e desarticulação de setores sociais e da saúde, além de minimizar o impacto necessário às pessoas para a adoção de práticas preventivas.

A Diversidade

A aids, como campo de reflexão sobre as vicissitudes do comportamento social e individual, tem trazido demandas de diversos grupos sociais e incorporado à sua agenda a visibilidade destes com suas especificidades. O Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo, desde 2002, no setor de Prevenção, colocou em cena as pessoas com deficiência. A princípio, por solicitação do próprio movimento, foram realizadas oficinas de qualificação de mulheres com deficiência física para ações educativas junto a seus pares. Em seguida, foi lançada a primeira edição do mate-

rial dirigido a essa população, inclusive, com versão em braile, intitulado “Cuidado = para todos”. Foram revisadas e refeitas mais duas edições desse material e incluiu-se também, na área de pesquisa, a demanda de um estudo sobre as condições de vulnerabilidade desse grupo.

A partir das dificuldades encontradas na definição de metodologia para esse tipo de estudo e pelos diferentes tipos de deficiência, contratou-se agentes de pesquisa – pessoas com deficiência física, auditiva e visual – para assegurar o protagonismo e favorecer a integração destes com os profissionais de saúde e usuários dos serviços. Para a inclusão das pessoas com deficiência, assim como para outros segmentos estigmatizados, é importante o sentimento de pertencimento, de acolhida e estabilidade na condição ambiental, incluindo-se aqui a experiência da relação dialógica, propositiva e interpessoal.

Outra estratégia que se revelou de grande alcance na re-significação do lugar do sujeito participativo e com acentuada ênfase na auto-estima foi a relação saúde e arte. O fazer artístico parece reformular o senso estético da realidade vivida pelos indivíduos e/ou grupos. Essa experiência ocorreu com a realização da peça teatral “Good Morning São Paulo – DHIVersidade”, em parceria com a Oficina dos Menestréis e integrando pessoas com deficiência, pessoas com aids, jovens, travestis, gays, mulheres, na sua maioria agentes de prevenção do Programa Municipal. Essa peça teve sua estreia por ocasião do Dia Mundial de Luta contra a Aids em 2007 e foi apresentada em outras quatro sessões, incluindo a abertura do VII Congresso Brasileiro de Prevenção das DST/Aids, em Florianópolis-SC, e as

comemorações dos 25 anos do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo (no Centro de Convenções Rebouças). A proposição da linguagem artística-cultural na pluralidade das expressões cotidianas proporcionou, aos agentes de prevenção, uma atitude mais crítica frente à sua realidade e uma solidária aproximação com o diferente.

A experiência com novas abordagens engendra outras estratégias de trabalho nos campos de atuação da prevenção. Nessa mesma perspectiva, elaborou-se alguns projetos com idosos, gays, população indígena, jovens em situação de rua e com imigrantes latinos, descritos no capítulo sobre Prevenção. Ainda na busca de explorar novos meios de alcance da população na área de prevenção, o Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo lançou o Projeto de Prevenção a Distância (PPD), que prevê a inclusão de temas ou slogans nos telecentros da capital, a veiculação de mensagens em televisores dos ônibus urbanos, a utilização da Rede São Paulo Saudável, entre outros, também mostrados neste livro no capítulo sobre Comunicação.

No PPD também foi inaugurada uma sede do Programa Municipal na comunidade virtual – Second Life (SL) – com base em estudo realizado com relação ao público visitante, faixa etária e número de acessos/mês. Com essas ferramentas de mídia, tem sido possível amplificar informações sobre saúde, serviços disponíveis e interação virtual com técnicos especializados na área. No SL também são lançadas campanhas de agenda municipal e realizadas exposições de trabalhos apresentados em congressos e de materiais editados pelo Programa.

Avanços e desafios da gestão

Poderíamos avaliar que alguns fatores são determinantes para o fortalecimento da gestão na área de DST/Aids. Em primeiro lugar, o grau de investimento alocado para o atendimento das necessidades da população nos níveis de promoção, prevenção, assistência e reabilitação. Nesse sentido, a partir da Política de Incentivo do Ministério da Saúde (2003), pela habilitação dos municípios para o recebimento dos recursos fundo a fundo por meio do PAM (Plano de Ações e Metas), houve um incremento na cobertura das ações e, em contrapartida, um aumento significativo de investimentos aplicados pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Os valores advindos do Fundo Nacional para o município totalizam R\$ 3.812.003,38, em 12 parcelas de R\$ 317.666,95. Esse aporte representa, aproximadamente, 8% do valor que a SMS aplica para aquisição de todos os insumos, equipamentos e recursos humanos necessários para atenção às pessoas com HIV/Aids nos serviços especializados do município.

Com a junção de recursos, profissionais qualificados, participação da sociedade civil e controle social, é possível constituir bases consistentes para a gestão. Na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo esse conjunto possibilitou, nos últimos anos, alguns importantes avanços:

- *Alocação de recursos para contratação de agentes de prevenção*

Destacamos a criação de mecanismos de execução financeira para investimento no recrutamento, formação e

remuneração de agentes de prevenção para atuarem junto a grupos mais vulnerabilizados na cidade de São Paulo. São jovens, mulheres, usuários e ex-usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, travestis e pessoas com deficiência que, por meio da educação entre pares, desenvolvem ações de prevenção às DST/Aids em suas comunidades.

O Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo investe, por meio do Sistema Único de Saúde, cerca de 16% do recurso total do incentivo fundo a fundo no recrutamento, formação e manutenção do quadro de agentes de prevenção. Em 2002, após seleção e capacitação dos primeiros agentes de prevenção, foi instituído um Termo de Voluntariado que não caracteriza vínculo empregatício, porém garante uma ajuda de custo no valor de R\$ 300,00 para despesas com alimentação e transporte durante a realização do trabalho de prevenção em campo. Esse recurso é repassado por meio da política de incentivo fundo a fundo, via Plano de Ações e Metas – PAM, com uma meta específica que garante a sustentabilidade dessas ações como uma política de governo para a prevenção.

A metodologia do trabalho com pares tem trazido conhecimentos importantes, especialmente quanto às questões objetivas/subjetivas presentes nas relações e práticas sexuais, auxiliando na construção de estratégias mais ligadas à vida e à cultura da população acessada e também na ruptura do paradigma prescritivo nas ações de prevenção.

- *Estrutura dos serviços de saúde*

Com relação à estrutura física dos serviços, todos,

em maior ou menor escala, foram reformados e reestruturados. O SAE Campos Elíseos, após um período em local provisório, retornou à sua antiga instalação, na Alameda Cleveland, em prédio tombado pelo patrimônio histórico, totalmente reformado e restaurado, sendo um dos principais serviços na atenção a travestis e profissionais do sexo da região central.

A reforma geral do Laboratório Nossa Senhora do Ó possibilitou a aquisição de novos equipamentos para realização de exames de última geração. A instalação do aparelho de Raio X no CR Santo Amaro tornou-o referência regional para a realização de exames radiológicos. A ampliação/reforma do SAE Santana em 170 metros quadrados atendeu a uma antiga reivindicação da região. A implantação da rede lógica em todos os serviços proporcionou melhor fluxo e agilidade na incorporação de procedimentos da SMS.

- *Aquisição de computadores, equipamentos odontológicos e médico-hospitalares, equipamentos de áudio e vídeo, medicamentos e insumos de prevenção foram prioridade para a melhor adequação dos serviços.*

- *Nenhuma solicitação de vaga para internação deixou de ser atendida, a partir do início da Central Reguladora de Leitos Municipal.*

- *A avaliação e a consequente aprovação dos Planos de Ação e Metas foram realizadas mediante oficinas de construção conjunta com membros do Conselho Municipal de Saúde e da Comissão Municipal de Aids e com representantes da Sociedade Civil e de Organizações Não-Governamentais.*

- *Realização mensal das reuniões da Comissão Municipal de Aids acompanhando o desenvolvimento das ações e metas deliberadas pelas Conferências Municipais.*
- *As principais estratégias de prevenção foram debatidas e formuladas por meio de GT OG/ONG com os segmentos envolvidos nos temas.*
- *Instituição do GOA (Grupo Operativo Assessor) composto por profissionais do Programa, dos serviços, das ONGs e convidados externos, para o debate de pautas prioritárias e democratização na tomada de decisão.*
- *Estabelecimento de convênios com ONG para realização de projetos de relevância para o acompanhamento dos principais desafios da epidemia.*
- *Estabelecimento, por pactuação com as instâncias responsáveis, do repasse direto de medicamentos antirretrovirais do Programa Nacional – MS – para o Almoxarifado Central da SMS.*
- *Definição de protocolos, fluxos e normatizações para Atendimento Domiciliar Terapêutico, Procedimentos em Hospital-Dia, Procedimentos Ambulatoriais, Atenção à DST, Controle da Transmissão Vertical, Preenchimento Facial, Prevenção, Pesquisas e Participações em Congressos.*
- *A produção de conhecimento científico elou de intervenção em serviços vem sendo rotineira, como demonstram as edições anuais do Inventário de Pesquisas em DST/Aids e a apresentação de trabalhos nos Congressos especializados nacionais e internacionais.*

Por fim, embora de modo mais sintético do que o merecido, vale o destaque à otimização do processo de trabalho com demais setores da SMS, às parcerias e à integração na consolidação da política de aids no município de São Paulo.

COORDENAÇÃO

Autora

Maria Cristina Abbate

Colaboração

Carlos Eduardo Goulart, Priscilla Paula Silva Vieira, Reinaldo Ferreira Sobrinho, Silvana Hengles

São Paulo

O Município na luta contra a Aids

ASSISTÊNCIA

A ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

A epidemia da aids apresentou-se, no início dos anos 80, como uma moléstia infecciosa de etiologia desconhecida, com progressão rápida, caracterizada pela queda da resistência imunológica e alta morbi-mortalidade. Rapidamente ela propagou-se, por contato sexual ou sanguíneo, entre adultos jovens, quase exclusivamente em determinados setores humanos-sociais, como homossexuais masculinos e usuários de drogas, ganhando um estigma que cercou a doença de preconceitos que ainda hoje cerceiam ações de prevenção e assistência.

Com a pronta iniciativa do serviço público de saúde e a participação e controle social, o Brasil começou a delinear

uma resposta para a epidemia, por meio de ações que visavam atender às necessidades de saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) que se tornaram destaque mundial. Passados mais de 25 anos do início da epidemia, podemos constatar muitas modificações, tanto na organização assistencial, como na evolução da aids.

A mudança das características de morbi-mortalidade da aids, bem como do perfil dos pacientes atendidos, modificou significativamente os paradigmas da Assistência, na medida em que aumentaram a sobrevivência e a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids. Assim, o setor de Assistência do PM DST/Aids de SP encontra-se organizado em várias áreas de trabalho, voltado para o aperfeiçoamento das suas ações e em permanente qualificação de seus recursos humanos.

A estruturação do SUS na cidade de São Paulo representou um salto qualitativo na assistência às DST/Aids, na medida em que a gestão em serviços de saúde passou a fazer parte do elenco de atividades a serem desenvolvidas no âmbito municipal. Todas as discussões técnicas do PM DST/Aids de SP levam em consideração os princípios do SUS, que dizem respeito à universalidade, equidade e igualdade na assistência e à participação popular.

A Assistência prestada às pessoas vivendo com HIV/Aids, na Rede Municipal de Saúde Especializada em DST/Aids de São Paulo (RME DST/Aids), tem como meta promover a melhoria da qualidade de vida. A rede é coordenada por diretrizes técnicas do PM DST/Aids de SP e estabelece estratégias locais de combate à epidemia. Ela

é constituída por 15 serviços ambulatoriais, distribuídos pela cidade em consonância com a evolução epidemiológica da doença. São mais de 50 mil pessoas matriculadas e cerca de 12 mil pacientes em uso de antirretroviral.

O cidadão que chega à RME DST/Aids de SP encontra acolhimento por meio de uma equipe multiprofissional, devidamente preparada para promover atenção integral de acordo com os avanços técnicos, científicos e sociais adaptados à realidade da cidade de São Paulo e a suas particularidades regionais.

Assistência às crianças expostas ou portadoras do HIV/Aids

A Assistência às crianças expostas e/ou portadoras do HIV/Aids é prestada por profissionais treinados, que fazem o acompanhamento do ponto de vista clínico/laboratorial, nutricional, seguindo o desenvolvimento delas e mantendo o calendário de vacinas atualizado. Além do calendário preconizado, as crianças expostas ou com HIV/Aids necessitam de vacinas especiais. Na sua maioria, elas adquirem o vírus por transmissão vertical e, quando têm alta da maternidade, saem com a consulta agendada em uma unidade de saúde especializada em DST/Aids do município de São Paulo, no prazo de 7 a 10 dias, com as devidas orientações para mãe-filho quanto à administração da Zidovudina oral (AZT), à não amamentação e à administração da fórmula infantil.

Atualmente, as crianças de 0 a 5 meses completos recebem a fórmula infantil (FI) destinada ao primeiro se-

mestre de vida. Dos 6 aos 12 meses, elas recebem a FI referente ao segundo semestre e as crianças de 1 a 2 anos recebem o leite integral. A FI dispensada para o primeiro semestre é adquirida com verba do Ministério da Saúde. Cada criança recebe 4 kg/mês. O quantitativo para o segundo semestre é de 4 kg/mês e para o segundo ano de vida é de 2kg/mês. A logística do leite está sob responsabilidade da Secretaria Municipal da Saúde e do PM DST/Aids de SP. As demais faixas etárias recebem o insumo do Departamento da Merenda Escolar (DME) da Prefeitura de São Paulo.

A dispensação de leite aos filhos de mães HIV+ foi iniciada em agosto de 2000, sendo o município de São Paulo o pioneiro nessa ação, corroborando para a redução da transmissão vertical, para a adesão ao acompanhamento e também para a melhoria das condições nutricionais. As crianças são orientadas por nutricionistas da RME DST/Aids de SP. Essas profissionais uniram-se e organizaram o Grupo de Estudos de Nutrição em Aids (GENA), que se reúne a cada 15 dias, com a finalidade de atualizar e inovar as orientações relativas à nutrição das PVHA. Entre suas atividades, as nutricionistas reunidas no GENA foram as responsáveis pela elaboração do “Manual de Orientação Nutricional em HIV/Aids”, do município de São Paulo.

Outra questão de grande relevância em relação à criança e ao adolescente com HIV/Aids é como levar ao conhecimento deles o seu diagnóstico. A revelação diagnóstica vem sendo estudada e pesquisada por vários profissionais. Existem correntes distintas sobre como abordar o tema mas, pode-se afirmar, não existem regras fixas ou

rígidas nessa abordagem, com relação à idade. A revelação deve ser feita por familiar, depois do processo ter sido discutido e planejado junto a um profissional que tenha bom relacionamento com a criança/adolescente. A confidencialidade deve ser assegurada.

A garantia de acesso aos antirretrovirais

Desde 1996, com a implantação da Lei Ministerial nº 9.313, como parte de uma das diretrizes do SUS, que considera a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, houve a possibilidade de que todas as pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) tivessem acesso à Terapia Antirretroviral (TARV), quando necessária, com o objetivo de reduzir a replicação viral, restabelecendo, dessa forma, o sistema imunológico. Esse acesso universal foi um dos pilares da diminuição da morbi-mortalidade relativa à aids, além da redução do número de internações (também nos Hospitais-Dia), para o tratamento das Infecções Oportunistas (IO).

Atualmente, 17 drogas, perfazendo um total de 30 especialidades farmacêuticas, compõem o elenco de medicamentos que, utilizados em combinações específicas, é denominado Terapia HAART (do inglês terapia antirretroviral altamente efetiva) ou mais comumente conhecido como “coquetel”. No Brasil, o Programa Nacional de DST/Aids – Ministério da Saúde (PN DST/Aids – MS) elaborou e aprimora continuamente, com a participação de diversos especialistas, os diferentes Consensos para TARV, cujos objetivos principais são definir as condutas

clínicas e terapêuticas consideradas mais seguras e eficazes à luz do conhecimento médico-científico atual. Eles estabelecem condutas que favorecem a logística de programação, aquisição, distribuição, dispensação e controle dos medicamentos, de forma a garantir que não haja interrupção do tratamento dos pacientes. (Consensos para Terapia Antirretroviral – MS)

Para organização da adequada movimentação dos insumos, o Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo criou o Núcleo de Controle Logístico de Medicamentos. Os processos de padronização, recebimento, armazenamento, distribuição e dispensação são continuamente aprimorados para acompanhar as evoluções tecnológicas e as necessidades que se apresentam, diariamente, no enfrentamento da epidemia. Somado a isto, um número crescente de pessoas vem utilizando os medicamentos: no início de 2001, a RME DST/Aids de São Paulo possuía 4.500 pacientes em uso de TARV e, hoje, mais de 12.000 pessoas são beneficiadas com os mais diferentes esquemas terapêuticos preconizados e com as drogas mais modernas.

Vários parceiros participam desses processos e garantem a sua efetividade: os externos (que não fazem parte da Secretaria Municipal da Saúde) e os internos (todos os serviços e setores subordinados à SMS). Dentre os parceiros externos, relacionamos o Programa Nacional de DST/Aids – MS, o Programa Estadual de DST/Aids da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e o Setor de Assistência Farmacêutica da SES/SP. Entre os parceiros internos estão setores do PM DST/Aids de SP, a Divisão de Suprimentos, o setor de Assistência Farmacêutica, a Comissão Farmaco-

terapêutica, o Almojarifado Central, as equipes administrativas regionais (Coordenadorias de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde) e as equipes técnicas da Rede Municipal Especializada em DST/Aids, em particular os técnicos dos serviços de Farmácia.

Os medicamentos ARV, bem como a Talidomida, são de fornecimento exclusivo do Ministério da Saúde, através de grades elaboradas pelo PN DST/Aids-MS. Os repasses são feitos em espécie, normalmente para as Coordenações Estaduais que, por sua vez, repassam aos municípios. Especificamente, em 2008, o PM DST/Aids de SP passou a receber os ARV diretamente do MS. Esse foi um acordo entre as três esferas governamentais que agilizou o fluxo de abastecimento, reduzindo o tempo de tramitação entre o MS e o município e os procedimentos burocráticos referentes a esses tipos de medicamentos, incluídos na lista C4 da Portaria nº 344/98 – MS e que necessitam de controle especial.

As informações de movimentação de medicamentos, fundamentais para um adequado ressuprimento, também sofreram modificações. As 16 Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM), termo que define os serviços de Farmácia que dispensam ARV, tiveram de passar por adaptações no que se refere à informatização, para que toda movimentação se fizesse de forma *on-line*, por meio do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), tanto gerencial quanto operacional. Através desse sistema, todos os níveis gerenciais (municipal, estadual e federal) conseguem avaliar o consumo dos medicamentos e utilizar

as informações para organização de atividades dentro de suas esferas de ação.

Para o PM, as informações sobre consumo de medicamentos, número de pacientes e estoque fornecem subsídios para a confecção das Grades Mensais de Abastecimento para as UDM. Além disso, a partir de setembro de 2008, através do sistema, as Maternidades e Unidades de Referência para Exposição (URE) foram caracterizadas como unidades consumidoras, o que facilitou os controles de estoque descentralizados.

Dentro da relação de medicamentos, além dos ARV, é importante destacar outros insumos que também são controlados pela logística municipal. Através da Portaria da Comissão Intergestora Bipartite nº 107/02, foram definidos os medicamentos utilizados no tratamento das Infecções Oportunistas (IO) e das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e suas respectivas responsabilidades de aquisição (estadual ou municipal). Pela complexidade do município de São Paulo, havia uma dificuldade para a administração de Ganciclovir, fornecido pelo PE DST/Aids – SES/SP na forma de frascos/ampola, que necessita para sua manipulação de câmaras de fluxo laminar devido sua toxicidade. Com o surgimento de bolsas prontas para uso, com a estabilidade físico-química preservada, foi possível a sua aquisição pelo PM DST/Aids – SMS/SP, o que facilitou o trabalho das equipes dos serviços de Hospital-Dia e de internação. Com as mudanças no fornecimento, adequações no recebimento e no armazenamento também foram necessárias. O Almoxarifado

Central da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, que recentemente já havia passado por inovações, adequou-se para essas atividades, implementando equipes e locais exclusivos para armazenar e distribuir os medicamentos ARV e para DST e IO.

As equipes dos serviços de farmácia – farmacêuticos e auxiliares – sempre se preocuparam com a Assistência Farmacêutica aos usuários, garantindo um atendimento qualificado e humanizado com o objetivo de propiciar uma adequada adesão ao tratamento. É importante ressaltar que hoje a aids é uma doença passível de controle, mas, para que se tenha uma resposta efetiva ao tratamento, necessita-se de um índice de adesão de aproximadamente 98%, o que indica que as pessoas devam utilizar os medicamentos em horários e doses corretas, respeitando as diferentes posologias, interações medicamento-medicamento e medicamento-alimento. Isso é bastante complicado quando se trata de tratamentos com múltiplas drogas e com inúmeros efeitos adversos. É nesse ponto que se encontra a dicotomia no que se refere ao tratamento. Com o advento da terapia HAART, as manifestações clínicas decorrentes da infecção pelo HIV tornaram-se menos frequentes e houve melhora substancial do prognóstico e da qualidade de vida dos indivíduos infectados. Todavia, a resistência viral, a toxicidade das drogas e a necessidade de alta adesão ao tratamento permanecem como importantes barreiras ao sucesso prolongado da terapia.

Prevenção secundária e terciária em virtude do uso de ARV

As alterações nos esquemas terapêuticos, o tratamento de diabetes e hipercolesterolemia, entre outros, são preocupações constantes e têm orientado a equipe multiprofissional a tomar decisões quanto ao acompanhamento das PVHA. Exames bioquímicos, orientações dietéticas e de atividades físicas são práticas de prevenção secundária constantes para se reduzir os efeitos adversos ao uso dos ARV. Mesmo com essas orientações, a lipodistrofia tem se caracterizado como a “nova cara” da aids.

O aumento da gordura visceral, adiposidade abdominal e na região cervical (dorso de búfalo ou giba), perda de gordura subcutânea nos membros superiores e inferiores com exposição das veias, e a redução da gordura facial, têm feito com que a PVHA seja identificada, levando a um isolamento familiar e social e a uma maior dificuldade de adesão à terapia. A lipodistrofia, principalmente facial, há tempos era uma preocupação dos serviços da RME DST/Aids de SP, tanto que alguns profissionais já preconizavam a realização de exercícios faciais e físicos, com objetivo de melhora do tônus muscular e conseqüente melhora do quadro.

A partir da Portaria 2.582 (MS, dezembro 2004), que autorizou procedimentos cirúrgicos para tratamento das alterações morfológicas da síndrome lipodistrófica em portadores HIV em TARV (lipoaspiração de abdômen e giba, implante de próteses e preenchimento facial com polimetilmetacrilato - PMMA) e de Portarias complementares (118 de 23/2/2005 e 02/2007 de 27/3/2007, MSP), com participação do Programa Nacional de DST/Aids, o

Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo realizou treinamentos de dermatologistas e cirurgiões plásticos para a utilização do PMMA na correção da lipoatrofia facial. Atualmente, seis serviços especializados em DST/Aids, da Rede Municipal Especializada de São Paulo, são referências para as PVHA que utilizam os serviços municipais de saúde e todos seguem protocolos pré-estabelecidos para esse procedimento.

Avaliações em grupos de pacientes, no pré e pós-preenchimento, são realizadas para identificar os usuários e avaliar o grau de lipoatrofia facial e os comprometimentos emocionais. Este trabalho tem a função de orientar os pacientes quanto a possíveis complicações, quanto ao procedimento, que este é corretivo e não estético, e quanto ao preenchimento, que é permanente mas necessita de retoques e cuidados após a infiltração. Até o final de 2008, foram realizados 1.190 procedimentos, atendendo um total de 699 pacientes. Foram feitos preenchimentos das regiões mais afetadas da face: região malar, com PMMA a 30%; e regiões mais “finas”, como temporal e pré-auricular, com PMMA a 10%.

O grau de satisfação dos pacientes em relação aos resultados dos procedimentos é altíssimo e a recuperação da auto-estima e do convívio social é notória, mas algumas questões ainda se colocam. Por isto, o PM DST/Aids de SP reuniu um grupo de trabalho especializado para avaliar e discutir esses pontos. A literatura mostra o problema do preenchimento e a utilização de substâncias imunomoduladoras, como o Interferon, terapia utilizada no tratamento das coinfeções pelos vírus das hepatites B e C, que

acarretam o aparecimento de granulomas tardios, de difícil correção. Apesar da casuística pequena, não houve relatos entre os pacientes da RME, mas isto necessita ser aprofundado com mais dados e discutido com os profissionais para estabelecer-se diretrizes específicas.

O número de homens que realizaram preenchimento facial para a correção da lipodistrofia é muito superior ao de mulheres (235 homens para 36 mulheres no ano de 2006, 208 homens para 38 mulheres no ano de 2007 e 126 homens para 39 mulheres no ano de 2008). Esse fato pode ser explicado pela incidência inicial dos casos de aids em homens ter sido superior, durante muitos anos, ou pela maior preocupação das mulheres com relação à lipodistrofia corporal.

Reestruturação do atendimento odontológico às pessoas vivendo com HIV/Aids

As manifestações bucais da infecção pelo HIV são frequentes e podem representar os primeiros sinais clínicos da doença, indicando o comprometimento imunológico. Portanto, o seu diagnóstico precoce interfere no tempo de evolução da doença. Desde o início da aids, muitas manifestações bucais foram relacionadas à infecção pelo HIV, entre elas, a candidíase pseudomembranosa, candidíase eritematosa, queilite angular, leucoplasia pilosa oral, gengivite, periodontite, Sarcoma de Kaposi, afta e herpes. A candidíase é a manifestação bucal oportunista mais frequente entre os pacientes soropositivos para o HIV. Frequentemente aparece como primeiro sinal da infecção e

reflete o declínio do sistema imunológico e o agravamento da doença.

A saúde bucal tem um papel importante no diagnóstico das manifestações oportunistas, no estadiamento clínico do paciente e no diagnóstico da infecção pelo HIV. Para tanto, o Cirurgião Dentista deve estar treinado e capacitado sobre as intercorrências dessas patologias, sabendo diagnosticá-las e tratá-las a contento. Indo ao encontro deste objetivo, o PM DST/Aids de SP, desde 2005, tem procurado reorganizar os serviços odontológicos da RME DST/Aids de SP, de forma a atender às necessidades bucais, não apenas as generalistas, mas também as especificidades odontológicas (periodontia, endodontia), investindo em recursos materiais e estruturais (reforma dos consultórios, aquisição de aparelhos odontológicos mais modernos), bem como na educação permanente dos profissionais. Com a necessidade da atenção à prevenção terciária, o PM DST/Aids de SP está implantando o serviço de próteses dentárias dentro da RME, para atender às lipoatrofias faciais.

Teste de resistência do HIV Genotipagem

No município de São Paulo, a assistência às PVHA iniciou-se na década de 80 e a prescrição de terapia acompanhou a história terapêutica do país, começando com monoterapia com AZT, posteriormente com duplateralapia e, nos anos 90, com a introdução do inibidor de protease, formando o famoso “coquetel” de três drogas antirretrovirais. Há, no entanto, um percentual de indivíduos no

município em falha terapêutica causada, principalmente, pela não adesão aos medicamentos antirretrovirais e pelas várias substituições terapêuticas no decorrer dos anos, acumulando, assim, códons de resistência.

Com o advento da terapia antirretroviral altamente potente (TARV) e o número crescente de casos de aids, os especialistas começaram a conviver com a dificuldade de substituir os esquemas antirretrovirais, principalmente em pacientes que usaram mais de duas combinações desses medicamentos. O teste de genotipagem HIV possibilita interpretar a sensibilidade ou resistência da droga antirretroviral cujo vírus está sendo exposto através de códons de resistência. A rede de genotipagem (Renageno) no município de São Paulo teve início em 2001 e permite que o médico assistente tenha nas mãos a análise do resultado do exame, baseado nas mutações particularizadas do HIV daquele paciente, com a sugestão das novas possibilidades de combinações feitas pelo MRG. O MRG também permite a discussão dos casos, com o médico assistente, mesmo em pacientes que não realizaram genotipagem pela Renageno.

Os exames são realizados no laboratório de referência em genotipagem, que no nosso caso é o Laboratório de Retrovirologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. O uso racional de novas classes de medicamentos foi otimizado com o auxílio da genotipagem, uma vez que os antirretrovirais de custo elevado e maior barreira genética variável, em momento oportuno, quando associados podem formar esquemas antirretrovirais altamente potentes. Em pacientes

pediátricos, para os quais o arsenal terapêutico é mais restrito, porém com acesso pleno aos testes de genotipagem, houve um ganho adicional, através da troca de experiências, promovidas por meio de reuniões entre prescritores e MRG, para discussão de casos, sedimentando, assim, as recomendações terapêuticas, bem como mantendo atualizado o grupo de pediatras que trabalham com crianças vivendo com HIV/Aids.

Esse trabalho se iniciou em 2001, quando os primeiros MRG foram treinados pelo Ministério da Saúde. Nessa ocasião, teve início a rede do município, com fornecimento dos testes mediante assessoria técnica aos 15 ambulatórios especializados no atendimento às DST/Aids e ao Hospital do Servidor Público Municipal. Desde então, até julho de 2008, tivemos 3.047 exames solicitados, dos quais 2.724 atendiam aos critérios preconizados pelo Ministério da Saúde, sendo, portanto, autorizados e realizados. Hoje, com a incorporação de novos medicamentos e a maior sobrevida dos pacientes, fica quase impossível imaginar o manejo dos antirretrovirais sem o auxílio dessa ferramenta de ajuda aos médicos assistentes.

Assistência hospitalar e central de vagas

Para entendermos o atendimento hospitalar às PVHA, devemos lembrar que as estratégias de assistência no Estado de São Paulo tiveram início em 1986, na esfera estadual, com a implantação de leitos específicos para aids, centralizados em Hospitais Estaduais que contavam com infraestrutura complexa e especializada. Ao município de

São Paulo, coube a missão da internação da maioria dos casos de menor complexidade.

Com a evolução da epidemia, nos deparamos, no ano de 2002, com um déficit de 94 leitos de aids no município de São Paulo, segundo levantamentos. Sabe-se, também, que 41% das internações ocorriam em um único hospital de infectologia. Em 2005, levantamento realizado pelo setor de regulação da SMS/SP mostrou a existência de 275 leitos municipais e estaduais em São Paulo, localizados junto ao Ministério da Saúde, para internação de portadores de HIV/Aids. Destes, 175 dispunham de acompanhamento diário e integral de infectologistas e 100 contavam com clínicos, com a possibilidade de interconsultas com infectologistas.

Diante da necessidade de implementar e otimizar a assistência hospitalar, foi instituída a Central de Regulação de Leitos de Aids, gerenciada pela Secretaria Municipal da Saúde, que regula os leitos estaduais locados no município de São Paulo, além dos leitos municipais. Essa central organiza a internação dos portadores de HIV/Aids em leitos com infraestrutura de maior ou menor complexidade, de acordo com cada tipo de agravo e sua necessidade descrita em protocolo clínico. Ao mesmo tempo, está sendo implementada, na rede municipal especializada DST/Aids, a realização de exames complementares em caráter de urgência. Essas medidas visam: redução do tempo de internação, maior resolubilidade, redução ou até negatização de déficit de leitos, racionalização da utilização dos equipamentos públicos e maior economia de recursos. A integração na rede municipal se dá dentro do contexto de

composição com outros setores técnicos da Secretaria Municipal da Saúde, que objetiva a atenção integral à saúde do cidadão de forma humanizada, respeitando a diversidade, a cidadania, os direitos humanos e os preceitos do SUS, sem perder o olhar sobre o panorama das DST/Aids no Município de São Paulo, com suas características regionais, que demandam estratégias de controle individualizadas. Na construção dessa política, os CTAs (Centro de Testagem e Aconselhamento), os CRs (Centro de Referência DST/Aids), os SAEs (Serviços de Assistência Especializada em DST/Aids) e os AEs (Ambulatórios de Especialidades em DST/Aids) apresentam papel preponderante, pois são a extensão regional do PM DST/Aids de SP, estando diretamente envolvidos com as estratégias regionais individualizadas de combate à epidemia. Essas unidades avaliam, continuamente, a assistência prestada aos portadores de DST/Aids na região e se necessário realizam treinamento, além de testagens, orientações e atendimento assistencial aos usuários SUS, compreendendo o atendimento ambulatorial, em hospital dia e domiciliar.

Hospital-Dia

O Hospital-Dia (HD) para pessoas com aids constitui-se em uma modalidade assistencial, cuja função é proporcionar tratamento de qualidade ao paciente, preservando os laços familiares e sociais, pois o mesmo não é afastado do convívio diário com a família e com a sociedade. Pelo viés técnico, ele reduz os possíveis riscos de infecção hos-

pitalar, de quadros depressivos, contribuindo também com a diminuição das internações hospitalares e a consequente ocupação dos leitos.

O PM DST/Aids de SP oferece o HD em 13 de nossas unidades, de segunda a sexta-feira, das 7 às 19 horas, e tem o objetivo de ampliar a implantação do Hospital-Dia para toda a rede especializada. Os HD da RME DST/Aids de SP permanecem abertos por 12 horas e contam com uma equipe multiprofissional preparada para prestar cuidados intensivos. A infraestrutura física mínima é composta de um aposento corretamente montado como sala de repouso hospitalar, com aparelhos e materiais médicos e de enfermagem. O HD realiza as atividades listadas a seguir:

Atividades terapêuticas

- *Administração endovenosa de drogas para tratamento de agravos oportunistas, antibióticos, hemoterapia, hidratação parenteral, etc.*

- *Administração de Pentamicidina inalatória ou endovenosa para *Pneumocystis Jirovecii*. Administração endovenosa de Ganciclovir para infecções por citomegalovírus.*

- *Administração venosa de Sulfametoxazol + Trimetoprim no tratamento da pneumonia por *Pneumocystis Jirovecii*, em casos de intolerância por via oral.*

- *Administração de antibióticos de uso endovenoso para infecções inespecíficas*

- *Imunoglobina endovenosa para crianças*

- *Hidratação parenteral*
- *Tratamento de infecções fúngicas com administração endovenosa de Anfotericina B.*
- *Outras drogas com outras vias de administração que requerem período de observação em leito.*
- *Assistência de enfermagem, psicológica, social, nutricional e farmacológica para o paciente e seus familiares.*

Atividades diagnósticas

- *Biópsias*
- *Punções*
- *Oftalmoscopia*
- *Endoscopias: gástricas, brônquica*
- *Coleta de exames como escarro induzido e culturas gerais poderão ser feitas no ambulatório do HD.*
- *Radiologia*
- *Eletrocardiograma*
- *Laboratório de análise de urgência*
- *Laboratório de análise de rotina*

As patologias mais frequentes entre os pacientes assistidos em HD são: astenia, debilidade e/ou caquexia, desidratação, pneumonias e outras infecções oportunistas.

Vale ressaltar que, apesar dessas patologias serem praticamente as mesmas que ocorriam por ocasião da implantação do HD, atualmente com o advento dos antirretrovirais, constatamos que os pacientes permanecem por menos tempo utilizando esse serviço, evoluem para alta com mais rapidez e com muito mais frequência que no período anterior. Complementa o correto funcionamento do HD a integração sistematizada com a rede hierarquizada de assistência ao paciente de Aids, com o aporte de retaguarda hospitalar no sistema público.

Assistência Domiciliar Terapêutica

A Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), implantada em 1995 no Brasil, constitui-se em modalidade assistencial diferenciada, com atendimento qualificado e multidisciplinar às pessoas vivendo com HIV/Aids. No atual panorama da epidemia de aids em nosso município, com o sucesso da terapia ARV bem conduzida e melhor sobrevida do paciente, se fazem necessárias a articulação e a pactuação tanto das equipes quanto da área de abrangência. Equipes de ADT deixaram de ser exclusivas e a área de abrangência foi redimensionada, tomando como base a otimização dos recursos públicos.

Baseado em princípios do SUS, como a integralidade e a equidade, o PM DST/Aids de SP vem concentrando esforços para implementação de ações de ADT e para o fortalecimento das equipes, principal meta a ser atingida. A discussão e a pactuação nas regiões nos conduziram à consolidação de reuniões mensais, desde 2006, com a finalidade de elaboração e organização de fluxos mais eficazes; elaboração (junta-

mente com o PE DST/Aids de SP e PN DST/Aids – MS) do manual de rotinas de ADT em HIV/Aids, do Ministério da Saúde; articulação com outras áreas do PM DST/Aids de SP e demais áreas da SMS; organização de rotinas da ADT; uniformização da forma de faturamento; interlocução com outros serviços de ADT no município de São Paulo; inclusão no Plano de Ações e Metas (PAM) de ações para implementação dessa forma de assistência e sua execução.

O I Encontro de ADT (Assistência Domiciliar Terapêutica) do Município de São Paulo ocorreu em maio de 2008 e consolidou o processo de fortalecimento dessa modalidade de assistência.

Acidente com material biológico

Os acidentes com material biológico ocorrem nos serviços de saúde em geral, atingindo decrescentemente auxiliares de enfermagem, auxiliares de limpeza, médicos e outros profissionais. O risco de transmissão ocupacional do HIV por exposição percutânea a sangue é de 0,3%, por exposição a membrana mucosa é de 0,09%, por exposição ao vírus da hepatite B pode atingir até 60% e ao vírus da hepatite C, de 1 a 10%.

A exposição ocupacional deve ser tratada como urgência, uma vez que a profilaxia ARV deve ser iniciada, preferencialmente, em duas horas após o acidente e, no máximo, até 72 horas, sendo a duração da profilaxia preconizada em quatro semanas. Esse agravo se tornou de Notificação Compulsória, feita através do SINAN NET.

Atualmente, a assistência inicial aos acidentados por materiais biológicos é realizada nos locais onde o acidente ocorreu. Posteriormente, seguindo protocolo da Secretaria Municipal da Saúde, durante os dias da semana, o acidentado será atendido nas unidades da rede municipal especializada DST/Aids-SP, onde se introduz a profilaxia com medicamentos ARV, quando necessário. Nos fins de semana, feriados e período noturno, essa assistência será realizada nos Hospitais Municipais e Estaduais de referência.

Organização das salas de vacina da RME DST/AIDS SP

É de conhecimento geral que as vacinas representam uma importante ferramenta para prevenção das doenças imunopreveníveis. Estudos têm evidenciado o valor da administração de vacinas em PVHA, o que tem contribuído para a melhoria de sua qualidade de vida e diminuição da morbimortalidade. A área de assistência do PM DST/Aids de SP tem supervisionado e organizado as salas de vacinas da RME (Rede Municipal Especializada) DST/Aids SP, de acordo com o que estabelece o Programa Nacional de Imunização, levando em consideração a recomendação das vacinas e imunobiológicos que devem ser oferecidos para imunodeprimidos. Nesse sentido, temos incentivado a vacinação das PVHA, bem como das crianças filhas de mulheres infectadas pelo HIV/Aids.

As coinfeções HIV/hepatite e HIV/tuberculose

Com o advento da terapia antirretroviral de alta potência, resultando em maior sobrevida dos infecta-

dos com HIV, observamos um aumento das doenças de evolução crônica como, por exemplo, as hepatites B e C. Por outro lado, pela alta prevalência da tuberculose no Brasil, a coinfeção vem tomando proporções preocupantes, de modo que nos últimos anos os Programas Nacional de Controle da Tuberculose e Nacional de DST/AIDS passaram a realizar ações conjuntas. Essa parceria conta com o apoio financeiro do Fundo Global. Para a execução dos recursos, 11 regiões e municípios foram selecionados, denominados municípios prioritários, e o município de São Paulo está incluído, não só pela sua casuística, mas também pela capacidade de executar as metas propostas pelo referido Fundo.

Segundo dados do Ministério da Saúde, das infecções associadas à aids mais frequentes, de 1982 a 2006, a tuberculose ocupa o segundo lugar, com 26%, sendo superada apenas pela candidíase (59%). Para termos uma noção da magnitude da coinfeção HIV/tuberculose, dados do Ministério da Saúde demonstram que uma média de 55% dos pacientes que fizeram diagnóstico de tuberculose nos últimos anos foram testados para HIV, conforme a recomendação do Programa Nacional de Controle de Tuberculose, com uma positividade de 12%. De acordo com as estimativas da OMS, o Brasil é o país com o maior número de casos de tuberculose na América Latina, com 96.000 casos novos estimados a cada ano (OMS, 2007).

Tanto as hepatites virais quanto a tuberculose pioram o prognóstico da aids, com impacto na mortalidade. Estima-se que, dos 11.000 óbitos por aids/ano, cerca de 3.000 estejam associados à tuberculose. O manejo dessas infecções

implica superação de muitos obstáculos. As drogas antirretrovirais tóxicas para o fígado potencializam o desconforto gástrico, mesmo quando usadas sem outras associações, dificultando a adesão ao tratamento. Soma-se a esse fato a toxicidade das drogas usadas no tratamento da tuberculose, ampliando o mal-estar e dificultando ainda mais a adesão. Em relação ao tratamento das hepatites, além dos efeitos adversos metabólicos e hematológicos, somam-se aqueles relacionados à saúde mental, uma vez que o interferon, principal medicamento no controle das hepatites virais, tem como um dos mais frequentes efeitos colaterais a depressão.

Esses achados são dificultadores da adesão, tão importante para o tratamento do HIV e das coinfeções. Nesse sentido, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo elegeu a RME DST/Aids SP para atender os portadores de hepatites, coinfectados com HIV ou não, visto que esses serviços contam com uma equipe multidisciplinar capacitada no acolhimento e manejo da adesão.

O manejo das hepatites no coinfectado com o vírus HIV deve focar aspectos diferenciados como:

1. Avaliar e considerar o grau de entendimento do usuário, informando-o sobre todos os passos a serem tomados, efeitos colaterais em linguagem individualizada, trabalhando a adesão.

2. Trabalhar com equipe de saúde mental com conhecimento específico e com olhar diferenciado para esses usuários.

3. Reconhecer e tratar a hepatite C na sua fase aguda, pois

sabe-se que o coinfectado apresenta maior tendência a cronicidade que o monoinfectado.

4. Reconhecer e tratar previamente a síndrome metabólica, pois essa condição leva a pior resposta ao tratamento da hepatite. Nesse caso, a equipe multidisciplinar mostra-se fundamental na adequação da dieta, na orientação de exercícios físicos e na introdução de hipolipemiantes e de antidiabéticos.

5. Cada paciente deve ser avaliado dentro da sua individualidade.

Educação permanente

A questão da qualificação profissional é de suma importância para a área de saúde. Principalmente quando nos referimos à assistência prestada às PVHA, visto que o saber sobre a Aids é dinâmico, processual e envolve conhecimentos novos a cada momento. Pensando nestas questões, o PM DST/Aids de SP, realiza, mensalmente, reuniões de educação permanente, com temas pertinentes, acolhendo as sugestões e necessidades dos profissionais da RME DST/Aids de SP.

O CONTROLE DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV E DA SÍFILIS

A aids e a sífilis constituem problemas importantes de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento. Ao lado disso, a transmissão vertical (TV) desses dois agravos mantém-se como um dos grandes desafios para as políticas públicas no setor de saúde. A transmissão vertical representa a principal via de infecção da população infantil pelo HIV e, no Brasil, essa forma de transmissão tem sido responsável por cerca de 90% dos casos notificados de aids em menores de 13 anos. No município de São Paulo, observa-se uma queda na prevalência de transmissão vertical do HIV em crianças expostas à transmissão perinatal que completaram o seguimento por 18 meses. Tal prevalência, de 8% em 2000, teve uma redução para 1% em 2006. O mesmo ocorreu em relação à sífilis congênita: a diminuição da incidência foi de 2,5 casos /1.000 nascidos vivos, em 2003, para 1,8 caso /1.000 nascidos vivos, em 2006.^[1]

Para o enfrentamento do controle da transmissão vertical (TV) do HIV, a Secretaria Municipal de Saúde, por meio do PM DST/Aids de São Paulo, trabalhou com a capacitação dos profissionais de saúde, com a agilização do fluxo e contrafluxo dos laboratórios e com a integração das unidades especializadas em DST/Aids e das materni-

[1] Boletim Epidemiológico de Aids/HIV/DST e Hepatites B e C do Município de São Paulo, Ano XII - nº 11, maio de 2008

dades. Outras medidas adotadas foram o investimento em informação, informatização e vigilância epidemiológica e a realização de parcerias e pactuações com a Secretaria de Estado da Saúde, conselhos de classes, universidades e sociedade civil, no sentido de envolver a rede de serviços, conveniada e privada. A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo implementou o atendimento à gestante, criando protocolos para o acompanhamento do pré-natal e a realização de exames de investigação diagnóstica.

A realização do teste HIV é preconizada no início do pré-natal e no terceiro trimestre da gravidez. Caso os exames não tenham sido realizados no pré-natal ou seu resultado tenha sido negativo, deverão ser feitos na admissão à maternidade, sob a forma de teste rápido. Quando detectada a soropositividade da gestante, deve ser iniciada a quimioprofilaxia, conforme orientações do Ministério da Saúde. Posteriormente, é feita uma consideração quanto à escolha do tipo de parto, à terapêutica utilizada durante o mesmo e à introdução do AZT para o recém-nascido. O aleitamento materno e o aleitamento cruzado são contraindicados, por aumentar o risco de transmissão.

Cabe à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, por meio do repasse de verbas do Ministério da Saúde, pela política de incentivo,^[2] comprar e prover a fórmula infantil para o recém-nascido/lactente exposto até os 6 meses de idade. Para além dessa política, a Secretaria de Saúde

[2] Portaria nº 2104/GM do MS/2002

fornece fórmula láctea, para crianças de até 1 ano, e leite em pó, para todas as crianças expostas de 1 até os 2 anos de idade. Foi elaborado um fluxograma que contempla desde a obrigatoriedade do oferecimento do teste HIV no pré-natal, até o encaminhamento imediato da gestante para a unidade de saúde especializada em DST/Aids e a tomada de medidas profiláticas para reduzir a transmissão viral.

A sífilis congênita

Existe um esforço global para eliminar a sífilis congênita como um problema de saúde pública, sendo este um dos três objetivos das Nações Unidas para o Desenvolvimento do Milênio. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), pelo menos meio milhão de crianças nasce a cada ano com sífilis congênita no mundo. A sífilis na gestante é responsável por outro meio milhão de natimortos e abortos, anualmente, uma vez que, em qualquer estágio da doença e da gestação, o *Treponema pallidum* pode ser transmitido ao feto, via placenta, levando ao aborto, natimorto ou à criança com sífilis congênita. Isto ocorre a despeito da detecção e do tratamento da sífilis, por procedimentos bem estabelecidos, serem possíveis de impedir a transmissão vertical.

A prevenção mais efetiva da sífilis congênita consiste em oferecer uma assistência pré-natal adequada a toda gestante. É preconizada a realização da sorologia para sífilis (VDRL) na primeira consulta do pré-natal, no início do terceiro trimestre da gravidez, além de sua realização em todas as parturientes, no momento da internação para

o parto ou abortamento. Orienta-se também a coleta do VDRL, no sangue periférico de todos os recém-nascidos de mães com sorologia reagente, no momento do parto. O diagnóstico adequado da sífilis congênita, além dos aspectos clínicos e epidemiológicos envolvidos, pressupõe o conhecimento quanto ao momento e a natureza da infecção materna, o título dos testes de mães e recém-nascidos, assim como sua interpretação sequencial. Consequentemente, a notificação do caso de sífilis congênita constitui um evento marcador da qualidade de assistência no pré-natal e um evento sentinela para desencadear investigação sobre os fatores que levaram à ocorrência da doença, o que resulta na melhoria da qualidade do pré-natal.

Embora tenha sido registrada uma tendência de diminuição do número de casos e da incidência da sífilis congênita, entre janeiro de 1998 e dezembro de 2007, 3.868 casos foram notificados. Para enfrentar o desafio da redução da TV do HIV e da sífilis, formou-se na Secretaria Municipal de Saúde, em 2003, um grupo de trabalho para definir e implantar ações com essa finalidade. Tal grupo foi composto pelas Áreas Temáticas da Criança, Mulher, DST/Aids, Assistência Farmacêutica, Assistência Laboratorial, Atenção Básica, Coordenação de Apoio ao Desenvolvimento da Gerência Hospitalar, Centro de Controle de Doenças da SMS e pelo Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo. Esse grupo e o Programa de Proteção da Mãe Paulistana, em 2 de agosto de 2006, foram nomeados de Comissão de Normatização e Avaliação das Ações de Controle da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congênita no Município de São Paulo. A Comissão tem

por objetivo definir, implantar, implementar, integrar e monitorar ações que visam a redução de transmissão vertical do HIV e da sífilis no município de São Paulo.

As principais ações instituídas foram o teste treponêmico confirmatório, sempre que o teste não treponêmico (VDRL ou RPR) resultar reagente, na primeira consulta, assim como no terceiro trimestre, e a elaboração da “Instrução técnica para a prescrição e a utilização de penicilinas e prevenção da sífilis congênita”, publicada em 2003 após submissão à consulta pública. Também foi elaborado e distribuído material gráfico composto de cartilhas e cartazes com fluxos de profilaxia do HIV e sífilis, para todas as unidades de saúde e maternidades públicas e privadas. Foram realizados encontros com os gestores de saúde, tendo como objetivo sensibilizar os diversos níveis dos serviços para a importância da redução da TV do HIV e da sífilis. Os encontros regionais (5 macrorregiões) envolveram Coordenadorias de Saúde, Supervisores, Gerentes de Unidades, Supervisões de Vigilância à Saúde e Organizações Sociais, para implementar os fluxos para o controle da transmissão vertical em toda a rede municipal.

Outras ações desenvolvidas foram:

- *Capacitação de profissionais de saúde responsáveis pelo pré-natal nas Unidades Básicas.*
- *Monitoramento, pelo PM DST/Aids de SP, das gestantes vivendo com HIV acompanhadas nos serviços especializados.*
- *Integração das unidades especializadas em DST/Aids com a Rede Mãe Paulistana*

- *Distribuição de inibidor da lactação (Cabergolina) para todas as gestantes com HIV/Aids acompanhadas na rede especializada em DST/Aids.*
- *Implantação da Visita Domiciliar às puérperas vivendo com HIV, na volta da maternidade, para auxiliar nos cuidados pós-parto.*
- *Revisão do pré-natal com ações integradas, Portaria 1657/2007 SMS.G., com a implementação do fluxo de exames, onde todos os resultados de sorologia do HIV e da sífilis reagentes são encaminhados tanto para a unidade de saúde como para a unidade de vigilância, para agilizar a notificação e o tratamento, com busca consentida da gestante.*
- *Apesar dos vários esforços e investimentos feitos para a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis no município de São Paulo, os dados ainda apontam para a necessidade de vencer alguns desafios, como tratamento de sífilis para os parceiros, captação precoce das gestantes para o pré-natal e atualização na assistência e notificação contínua dos profissionais da rede de atendimento público e privado.*

O grande desafio em relação à transmissão vertical é alcançar as metas de redução da TV do HIV para menos de 1% e eliminar a sífilis congênita (menos de 1 caso /1.000 nascidos vivos), até dezembro de 2009.

DST - DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Sem ser diferente de outras regiões do país, na cidade de São Paulo, que conta com aproximadamente 12 milhões de habitantes, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) são um grave problema de Saúde Pública. Quando não tratadas em tempo e de forma adequada, as DST podem evoluir para complicações mais graves, até óbito, e, além disso, são o principal fator facilitador da transmissão do HIV. Algumas DST podem ser transmitidas durante a gestação, causando consideráveis danos ao feto e, até mesmo, a interrupção da gravidez.

A coleta incorreta de dados epidemiológicos, a estrutura inadequada dos serviços de saúde, as relações entre os diferentes níveis de complexidade, as dificuldades dos profissionais em lidar com as DST, a não utilização racional da terapêutica disponível e dos exames laboratoriais, o reduzido alcance das ações de prevenção primária e a relevância dada às campanhas de educação em massa são agravantes que, aliados a outros fatores, dificultam o acesso da população ao diagnóstico correto e ao tratamento adequado que, dessa forma, quebrariam a cadeia de transmissão.

Levando em consideração todos esses aspectos, o Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo, desde agosto de 2006, conjuga esforços para efetivar ações, até então pontuais, para um efetivo controle das DST na cidade. As diretrizes do Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST/Aids, estabelecem um proto-

colo de atendimento multidisciplinar para o controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, com o intuito de envolver todos os níveis de atendimento ambulatorial e equipes administrativas em uma política de Saúde de forma regionalizada.

A utilização da metodologia de Abordagem Síndrômica para o tratamento das DST foi o principal instrumento dessa mobilização. Apesar das inúmeras restrições colocadas por profissionais, a sua segurança, eficácia e resolutividade são incontestáveis (MS, OMS). É importante ressaltar que, dentro dos fluxogramas apresentados, há a possibilidade de diagnóstico combinado, com o uso de sorologias (VDRL, hepatites B e C e HIV), teste de presença de amins (KOH) na secreção vaginal.

Outras metodologias também estão sendo estudadas para, de forma rápida, poder diagnosticar mais e com maior exatidão algumas DST. Várias ações vêm sendo implantadas e implementadas para que essa Política de Saúde possa ser consolidada e alcance seus objetivos. Com uma rede ambulatorial, de aproximadamente 500 serviços de saúde de atenção primária e especializada em DST/Aids, faz-se necessária a utilização de estratégias que possam atingir de forma integral os profissionais de saúde envolvidos no atendimento e solucionar as dificuldades encontradas.

Inicialmente, foram estabelecidos fóruns de discussão nas macrorregiões da cidade, para sensibilização dos profissionais e verificação de quais seriam as estratégias mais adequadas, em nível local, para o atendimento dos casos de DST. Foram envolvidas Coordenadorias de

Saúde, Supervisões Técnicas de Saúde, Supervisões de Vigilância em Saúde (SUVIS), além dos gerentes de Unidades Especializadas em DST/Aids, Unidades Básicas de Saúde, Programas de Saúde da Família e AMAs. Nesses encontros discutiram-se vários pontos importantes para a organização da Rede de Atenção às DST, entre os quais, citam-se:

1.Sensibilizar os níveis de Atenção Ambulatorial à Saúde para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de DST;

2.Estabelecer as Referências e Contrarreferências regionais para o atendimento dos casos de DST, envolvendo os níveis primários, secundários e terciários de atenção;

3.Efetivar os Serviços Especializados em DST/Aids como articuladores e referências regionais para o acompanhamento dos casos de DST e atender, por abordagem etiológica, quando necessário;

4.Implantar o Protocolo de Abordagem Síndrômica para o tratamento das DST nos níveis de Atenção Ambulatorial;

5.Estabelecer com a Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA) e as Supervisões de Vigilância em Saúde (SUVIS) a qualificação do exercício da Vigilância Epidemiológica nos níveis regional e local

Além da organização dos serviços para o atendimento, fez-se necessário elaborar uma forma de atualizar os profissionais de saúde que, geralmente, não se sentem aptos ou motivados para tratar de forma resolutiva uma

DST no momento da consulta, seja uma consulta com queixa específica ou quando se deparam com casos na rotina diária. Além do atendimento clínico, o acolhimento e o aconselhamento ficavam prejudicados. Dessa forma, o usuário poderia ficar constrangido em relatar sua queixa e, quando o fazia, frequentemente era encaminhado para serviços especializados em DST/Aids, gerando encaminhamentos desnecessários. Na pior das hipóteses, ele procurava outros locais (Farmácias e Drogarias) para a resolução do problema.

Com o intuito de alcançarmos o maior número possível de profissionais, sem atrapalhar a rotina diária das unidades de saúde com a saída para treinamentos presenciais, foi elaborado um material educativo na forma de CD ROM, por meio do qual os profissionais poderiam, de forma interativa, se atualizar e replicar o conteúdo entre seus pares. Esse material foi desenvolvido com o auxílio de especialistas na área e de forma que abrangesse os assuntos relacionados ao atendimento de uma DST. Foram incluídos os tópicos sobre acolhimento, aconselhamento e os fluxogramas para o atendimento de cada uma das síndromes. Além da distribuição para cada unidade de saúde, esse material está disponível no site do Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo, onde pode ser acessado. Devido à facilidade de uso e forma de apresentação, houve uma grande aceitação por parte dos profissionais e, em 2008, foi lançada a segunda edição ampliada do CD ROM, incluindo outros materiais didáticos relevantes. A forma de apresentação também foi alterada, colocando-se o conteúdo em um display de mesa, facilitando o uso durante o atendimento.

Entretanto, não basta uma rede organizada de referência e contrarreferência para o acompanhamento dos casos, sem os medicamentos necessários para o tratamento de cada uma das síndromes. Discussões foram realizadas junto à Área Técnica de Assistência Farmacêutica e Comissão Farmacoterapêutica para que os medicamentos estivessem disponíveis também na rede de Atenção Básica e fizessem parte da Lista de Medicamentos Essenciais e da Relação de Medicamentos Municipais. Hoje, esses insumos encontram-se em todos os serviços de saúde, nos diferentes níveis de atenção.

Os dados epidemiológicos relativos às DST, geralmente, não são tratados de forma sistemática na maior parte dos serviços de saúde, sendo de notificação compulsória somente a Aids, a sífilis congênita e a sífilis na gestante. Nas discussões regionais, junto às equipes de Vigilância Epidemiológica pactuou-se que as DST poderiam ser notificadas no SINAM (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), através do diagnóstico sindrômico. Mas, para que se tenha um controle mais efetivo dos dados, foi proposto que se estabelecessem Unidades Sentinelas para a coleta de dados e diagnóstico etiológico. Essas Unidades seriam escolhidas dentro das macrorregiões, após a avaliação de um questionário estruturado, em que se verificariam as unidades de saúde mais aptas e com melhor infraestrutura para a realização desses diagnósticos. O questionário foi elaborado em parceria com o setor de Informação do PM DST/Aids e o banco está sendo analisado, utilizando o programa EPI Info versão 3.2.2. Os dados preliminares mostram que ainda há dificuldades para a discussão da

abordagem sindrômica com os profissionais das unidades de saúde e para a organização de fluxos para o atendimento das DST.

Em relação à educação e às campanhas de massa utilizadas para alertar à população, além dos materiais disponibilizados nas unidades de saúde, o PM DST/Aids de São Paulo tem utilizado as novas tecnologias de informação e comunicação, nos trabalhos de prevenção a distância. Campanhas foram elaboradas e divulgadas nos Telecentros, nas televisões dos ônibus urbanos e na rede de televisão da Secretaria Municipal da Saúde, a Rede São Paulo Saudável. Isso aliado aos trabalhos diários dos agentes de prevenção (nos seus diversos grupos), aos trabalhos realizados regionalmente pelas unidades especializadas em DST/Aids e às ações em datas específicas: Semana Municipal de Prevenção ao HPV, Dia Nacional da Sífilis etc.

Das lições aprendidas durante esse período, verificou-se a importância de se realizar ações que sejam impactantes, de forma conjunta entre todos os níveis de atenção à saúde, para poder, de maneira ágil e resolutiva, controlar a epidemia de DST que avança no Brasil e no município de São Paulo. Além disso, é fundamental que as DST sejam colocadas em posição de destaque como um problema de saúde pública, o que deixou de acontecer após a epidemia de HIV/Aids. Desse modo, há que se trilhar um longo caminho para a implantação de uma política efetiva para a prevenção e controle das DST.

ASSISTÊNCIA

Autores

Alexandre César de Araújo, Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryscek, Elcio Nogueira Gagizi, Elcio Magdalena Giovani, Levi Pinheiro, João Lauzi Filho, Juliana de Oliveira Capelli, Maria Stella Barbosa Dantas, Marina Aragão Wahlbuhl Gonçalves, Orival Silva Silveira, Rosana Del Bianco, Zarifa Khoury

Transmissão Vertical

Autora

Marina Aragão Wahlbuhl Gonçalves

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

Autor

Elcio Nogueira Gagizi

São Paulo

O Município na luta contra a Aids

PREVENÇÃO

O TERRITÓRIO E A CONSTRUÇÃO DE INDICAÇÕES PARA O TRABALHO DE PREVENÇÃO [1]

Tecer políticas públicas sob o paradigma territorial significa que é na complexidade, vivacidade e dinamicidade das relações que se traçarão os caminhos e os objetivos das ações, e não no frio espaço burocrático das instituições; implica organização de mecanismos efetivos de participação na concepção, desenvolvimento e monitoramento das políticas. (VICENTE, Damares Pereira, 2008a)

[1] Este artigo é resultado das discussões, reflexões, dos grupos de trabalho, das reuniões com Gerentes dos Serviços da Rede Municipal Especializada em DST/Aids, dos encontros com os profissionais de saúde e agentes de prevenção, bem como dos documentos produzidos pela equipe de prevenção ao longo destes últimos anos.

As ações de prevenção às DST/Aids realizadas por profissionais de saúde e agentes de prevenção da Rede Municipal Especializada em DST/Aids da Cidade de São Paulo - RME-DST/Aids, ao longo destes últimos anos, buscaram aliar ações tradicionais a novas estratégias, construindo um modelo de prática preventiva, o qual tem no território o seu referencial. Essa diretriz visa à operacionalização focada e direcionada, ou seja, os dados epidemiológicos, os indicadores regionais, os recursos institucionais, as redes sócio-assistenciais e as características das pessoas que habitam e transitam por esta cidade é que irão fornecer o rol de informações fundamentais para a elaboração das ações de prevenção. Desse modo, a perspectiva territorial procura levar em consideração, quando do planejamento e execução das ações, o conhecimento da realidade local, da região, do bairro e do pedaço, pois são nesses diferentes territórios da cidade que as pessoas, de fato, vivem, ficam e amam.

Por entre imagens e mapas, medidas de lugares e entre lugares se encontra o desafio de melhor conhecer as cidades para melhor intervir no chão onde tudo acontece, onde se evidenciam as necessidades e afloram as potencialidades, onde se dão as relações do âmbito privado e público, onde os homens se encontram (KOGA, 2003, p. 30).

A ação preventiva, a qual por excelência é uma prática educativa, deverá pautar-se na potencialidade do encontro entre os homens, na prática dialógica, ou no que denominamos de ‘prevenção dialogada’^[2]. A prevenção

[2] ABBATE, MC. Prevenção: no lugar da tutela, o diálogo e o protagonismo. DST/Aids. A nova cara da luta contra a epidemia na Cidade de São Paulo. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde. DST/Aids Cidade de São Paulo: 2003, pp. 25-37.

dialogada é aquela que considera as experiências, tanto de profissionais de saúde e agentes de prevenção quanto dos usuários, propondo o diálogo em vez de uma escuta supostamente neutra e analítica. O princípio dessa metodologia é o desenvolvimento do protagonismo dos sujeitos no que se refere ao cuidado com suas vidas, em especial à saúde. Assim sendo, partimos do pressuposto de que a prevenção dialogada é uma ação educativa que acontece em um local e num tempo determinado, ou seja, é uma prática socialmente construída a partir de níveis distintos e específicos da realidade social.

A arte de fazer prevenção encontra-se justamente em conseguir articular as diversas estruturas da realidade social, sejam elas econômicas, culturais, institucionais, individuais, entre outras, identificando as vulnerabilidades e as potencialidades dos sujeitos. Desse modo, iniciando pelo referencial de território enquanto chão das complexas relações sociais e do pressuposto de uma ação preventiva pautada no diálogo, pudemos avançar de uma concepção de ‘populações mais vulneráveis’ para a apreensão dos contextos sociais que vulnerabilizam os sujeitos.

Nosso desafio enquanto equipe de prevenção foi ‘dar corpo’ aos saberes produzidos a partir da diversidade de práticas territoriais desenvolvidas na Rede Municipal Especializada em DST/Aids, sistematizando esses saberes e práticas em indicações para o trabalho de prevenção às DST/Aids. As ‘indicações da prevenção’, como ficaram conhecidas essas recomendações para o trabalho preventivo, puderam fornecer elementos conceituais e técnico-operativos para a ampliação das ações, assim como parâ-

metros para subsidiar os processos de avaliação. Portanto, do ponto de vista programático, foram firmadas as bases de uma prática preventiva, que considera o sujeito e suas condições objetivas de vida, rompendo, definitivamente, com a lógica normativa-prescritiva que por muito tempo pautou as ações de prevenção.

INDICAÇÕES PARA O TRABALHO DE PREVENÇÃO ÀS DST/ AIDS

Trabalho com agentes de prevenção em campo

O trabalho com agentes de prevenção iniciou-se no Brasil a partir da necessidade de contenção/prevenção da epidemia de HIV/Aids entre os usuários de drogas injetáveis (UDI), a exemplo de outros países. À época, essa modalidade de transmissão, além de importante, era de difícil abordagem, e justificou a implantação de ações diferenciadas de prevenção com essas populações. Historicamente, ausentes dos serviços de saúde, os usuários de drogas injetáveis demandavam novas formas de acesso pelos serviços e a metodologia utilizada foi a educação por pares^[3], ou seja, com usuários e ex-usuários de drogas que detinham o conhecimento dos territórios geográficos e subjetivos desses grupos.

[3] “Este termo é oriundo do inglês peers que significa pares, iguais. Educação entre pares é um termo utilizado para se referir à metodologia de trabalho desenvolvida e implementada por pessoas de um mesmo grupo populacional. Por exemplo: de adolescente para adolescente; de mulher para mulher” (UNESCO/UNAIDS, 2002).

A experiência com agentes de prevenção teve início no Brasil em 1989, no Estado de São Paulo, na cidade de Santos, e em Salvador, Bahia, em 1995. Em 1998 ocorreu a aprovação da primeira Lei que garantiu oficialmente essas ações. A introdução dessa metodologia implicou grandes batalhas culturais, políticas, institucionais e jurídicas e marcou o começo das atividades com agentes de prevenção com segmentos compreendidos, à época, como vulneráveis à infecção pelo HIV/Aids. O município de São Paulo pôs em prática esse método em 2001, com base em experiências acumuladas em outros municípios, que apontavam para a eficácia dessas ações no campo da prevenção. Inicialmente, apoiado num contrato verbal, o trabalho com agentes de prevenção continha algumas diretrizes consensuais entre os profissionais e os agentes, garantindo as regras mínimas necessárias para o desenvolvimento da prevenção em campo.

O trabalho com agentes de prevenção prioriza um processo contínuo que valoriza a iniciativa, a espontaneidade e a criatividade. Os agentes entram em contato com temas que têm a ver com suas vivências e a ação em campo busca valorizar o conhecimento que os mesmos possuem do território. O trabalho em campo e a convivência com profissionais de saúde e outros agentes possibilitam a troca de experiências e de informações, bem como contribuem para ampliar a consciência crítica e o protagonismo. O resultando desse processo é a participação ativa na comunidade e nos espaços de sociabilidade frequentados pelos agentes de prevenção.

O espaço da supervisão dos agentes de prevenção

buscava e ainda busca dar conta das difíceis situações de campo, que num primeiro momento eram completamente novas para os serviços e para os profissionais responsáveis pelos projetos, sem contar com qualquer formulação institucional que embasasse aquelas ações. Atualmente, a supervisão e os espaços de discussão coletiva procuram debater, além das situações vivenciadas em campo, temas como direitos humanos, relações de gênero, diversidade sexual, violência, exploração sexual, pluralidade cultural, entre outros. Desse modo, os agentes de prevenção vão construindo uma perspectiva mais ampla de sua atuação.

A RME-DST/Aids conta com 130 agentes de prevenção desenvolvendo ações extrainstitucionais por meio de projetos específicos dirigidos aos seguintes grupos populacionais: gays, homens que fazem sexo com homens (HSH), travestis, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis, jovens e mulheres. Ao longo desses anos, o sistema de monitoramento foi aprimorado por meio de planilhas e relatórios mensais e foram também definidas as indicações para cadastramento^[4] de agentes de prevenção, bem como para as ações de prevenção em campo.

Diretrizes para o cadastramento de agentes de prevenção

• Para o cadastramento de agentes de prevenção, os serviços da RME-DST/Aids deverão reconhecer a demanda de sua

[4] A relação estabelecida entre o Programa Municipal de DST/Aids e os agentes de prevenção não caracteriza vínculo empregatício, sendo, portanto, utilizado um instrumento jurídico denominado: “termo de voluntariado”.

comunidade e identificar pessoas com possibilidade de atuar junto a esse público.

- *Deverão ser selecionadas pessoas que residam ou atuem em pontos estratégicos da área de abrangência dos serviços.*
- *Os agentes deverão ser capacitados de acordo com as diretrizes de prevenção do Programa Municipal de DST/Aids da Secretaria Municipal da Saúde.*

O documento com as diretrizes para o cadastramento de agentes de prevenção inclui, ainda, a documentação necessária, a descrição do perfil, as habilidades esperadas, as atribuições, a necessidade de formação inicial e continuada e os critérios para desligamento do projeto.

Indicações da prevenção para trabalho em campo com pares:

- *As ações de prevenção dos projetos específicos deverão ser desenvolvidas em campo, ou seja, extrainstitucionalmente.*
- *O objetivo do trabalho com pares é o acesso às populações que apresentam dificuldades para entrar nos serviços e exercer o direito à saúde.*
- *Ao agente de prevenção cabe motivar as pessoas para acessar os serviços de saúde, promover ações educativas entre pares em campo e disponibilizar insumos de prevenção às DST/Aids.*
- *Os trabalhos de acolhimento, aconselhamento e oficinas sobre DST e Aids no próprio serviço ou em outras instituições de saúde deverão ser planejados e executados por profissionais de saúde, podendo ter a participação de agentes de*

prevenção, seguindo critérios definidos pelos interlocutores dos projetos.^[5]

- *As estratégias para abordagem e acesso a campo deverão ser discutidas em supervisão com os profissionais, respeitando a realidade e a linguagem da população a ser acessada.*

- *Aos agentes de prevenção não devem ser demandadas ações atribuídas a um profissional de saúde. É importante que os agentes de prevenção mantenham a identidade em relação a seu grupo e aos seus pares.*

- *Deve ser priorizado o acesso a campos ou grupos com significativo grau de exclusão, de difícil identificação e pouco acessados por parte dos profissionais de saúde.*

- *Realização de encontros para atualização do ‘mapa de percepção de vulnerabilidades territoriais’, visando à implantação e implementação de ações de prevenção de acordo com a realidade epidemiológica, social, econômica e cultural da população acessada.*

Mapa de percepção de vulnerabilidades territoriais (MPVT)

Foi concebido para ser utilizado por agentes de prevenção e profissionais de saúde dos serviços da Rede Municipal Especializada em DST/Aids. Elaborado para fa-

[5] Interlocutores dos projetos são os profissionais de saúde responsáveis nos Serviços pelo acompanhamento das ações desenvolvidas pelos agentes de prevenção, bem como pela supervisão desses agentes.

cilitar a identificação de locais onde se evidencia maior vulnerabilidade social, que favorece as DST e o HIV. O MPVT não se configura como um instrumento científico de coleta de dados. Ele tem como objetivo o registro das experiências das pessoas envolvidas no controle das infecções por DST/Aids e não dispensa o uso dos dados epidemiológicos. Ao contrário, é um elemento a mais para auxiliar no desenvolvimento das ações de saúde nos locais já identificados pela população.

A utilização do referido instrumento deve ser coletiva e adaptada às necessidades específicas de implantação de projetos e ações. Sua utilidade se refere à possibilidade de desenvolver ações que partam das situações reais, presentes num território, e não somente a partir de um planejamento técnico. O instrumento consiste no seguinte roteiro:

1) Identificar as principais características que podem definir o local como um espaço de vulnerabilidade social. Exemplo:

- *Pobreza- PB*
- *Violência doméstica - VD*
- *Violência Urbana - VU*
- *Tráfico e uso de drogas – TD*
- *Comércio sexual – CS*
- *Área ou local de “azaração” ou “pegação”*

2) Identificar os locais nos quais estão presentes uma ou mais dessas características.

3) *Identificar as principais barreiras para o desenvolvimento de ações nos locais.*

4) *Identificar a população que frequenta o local: crianças, jovens, adolescentes etc.*

5) *Identificar quem são as pessoas ou instituições que são referências para aquela população (ONG, trabalhos religiosos, associações, ou mesmo indivíduos que tenham uma inserção nos locais e que prestam auxílio à população).*

6) *Elaborar coletivamente propostas de ação.*^[6]

A utilização desse instrumental permite identificar os contextos que tornam as pessoas vulneráveis, ao mesmo tempo em que possibilita a construção coletiva das estratégias de ação. Conseqüentemente, não basta apenas mapear os contextos de vulnerabilidade às DST/Aids, é também fundamental a identificação das potencialidades de cada território. A indicação para uso do MPVT é que sua utilização conste de revisões contínuas, tendo em vista a dinamicidade das relações que se estabelecem nos territórios. A construção do projeto de intervenção, ou melhor, da prática educativa, não pode prescindir da apreensão da trama das relações sociais, pois sentimentos, valores, emoções e representações estão postos em ação constantemente no trabalho de prevenção.

[6] Esta definição do Mapa de percepção das vulnerabilidades territoriais – MPVT foi originalmente escrita no artigo intitulado: “DESVELANDO O TERRITÓRIO: uma contribuição para a implantação do SUAS”. 2008. 26p. (Mimeo)

Indicações da prevenção para disponibilização de preservativos

Em 2005, o Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo convidou profissionais dos serviços especializados para compor um grupo de trabalho que se denominou Gapre – Grupo Assessor de Prevenção. A tarefa desse grupo era refletir sobre a prevenção das DST/Aids no âmbito dos Serviços Especializados. A temática privilegiada na ocasião foi a questão da disponibilização de preservativos masculinos, principalmente os que eram destinados aos profissionais do sexo.

No decorrer dos debates, percebeu-se que havia necessidade de reformular algumas concepções, dadas as mudanças históricas, sociais, culturais e epidemiológicas da aids. Assim, solicitou-se aos profissionais dos serviços que respondessem à algumas questões relativas à disponibilização de preservativos masculinos quanto ao fluxo, distância e tempo para acesso, existência de placas informativas dos locais de entrega, necessidade de cadastramento, exigência de documentação, restrições por faixa etária, horários, regionalização, periodicidade e cota.

As respostas indicaram a existência de várias barreiras (físicas, humanas e institucionais) e originaram a formulação de INDICAÇÕES para essas ações:

- *Colocar os preservativos em locais facilmente acessíveis, próximos da porta de entrada do serviço de saúde;*
- *Desvincular a entrega de preservativos das ações educativas não demandadas pelos usuários;*

- *Valorizar positivamente a iniciativa de prevenção demonstrada pelos usuários. Não agir de forma a cercear a iniciativa dos usuários na busca de insumos de prevenção;*
- *Trabalhar na direção da incorporação dos preservativos às rotinas cotidianas das pessoas;*
- *Não atribuir outros valores aos preservativos;*
- *Diminuir, ao máximo, o tempo de espera e os passos para acessar os preservativos para não desmobilizar o indivíduo a dirigir-se ao serviço para obtê-los;*
- *Fornecer informações e indicações claras, objetivas e com linguagem acessível, utilizando placas ou cartazes;*
- *Não realizar cadastramento, coletar somente dados relativos a sexo e faixa etária;*
- *Não exigir documentação de identificação ou cartão do serviço de saúde;*
- *Buscar diálogo com crianças e adolescentes que procuram os Serviços, não dificultando o acesso aos insumos;*
- *Disponibilizar os preservativos durante todo o período de funcionamento do serviço de saúde;*
- *Não seguir critério de regionalização para disponibilização;*
- *Trabalhar com base na prevenção dialogada, não fixando cotas de preservativos e, sim, privilegiando o diálogo franco a respeito das questões da sexualidade.*

Na perspectiva de quebrar as barreiras ao acesso aos preservativos masculinos, fossem elas físicas, institucionais ou humanas, o Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo iniciou a distribuição de preservativos por meio de displays. Os displays são dispositivos em acrílico que acondicionam os preservativos masculinos, permitindo uma disponibilização discreta e anônima, sem determinar a quantidade a ser retirada. Embora a reposição dos preservativos precise ser garantida ininterruptamente, considere-se essa uma experiência de prevenção bem-sucedida no sentido da ruptura das barreiras de acesso ao preservativo.

Uma inovação trazida para disponibilização dos preservativos foi a inserção de displays em cada um dos andares da Secretaria Municipal da Saúde - SMS, em lugares estratégicos – hall de elevadores, – onde visitantes e trabalhadores, que contabilizam cerca de 8.000 pessoas/mês, podem ter acesso a esse insumo tão importante na luta contra as DST/Aids. A indicação é que nos Serviços os displays também sejam colocados em locais de fácil acesso, como, por exemplo, portarias e recepção.

Outros elementos fundamentais para o avanço da política de insumos foram o aumento da compra de preservativos masculinos e o início da compra de preservativos femininos pela SMS, fazendo com que as unidades de saúde da Atenção Básica possam também estar municiadas com esses insumos. O Programa Municipal de DST/Aids esteve presente em todo o processo de negociação com o setor de Suprimentos da SMS, ressaltando a importância dos insumos de prevenção estarem disponíveis na Rede Básica

de Saúde, sendo esse um instrumento central no combate à epidemia de aids e outras DST.

Além do acompanhamento no processo de compra, o PM DST/Aids monitora, mensalmente, a distribuição desses insumos para toda a rede municipal de saúde, podendo fazer indicações mais precisas sobre a disponibilização de preservativos em cada uma das unidades. Atualmente, o que está em pauta em reuniões com o setor de Suprimentos da SMS é a necessidade do aumento da compra de preservativos, levando em conta que as Unidades Básicas de Saúde são a porta de entrada dos usuários no SUS. Portanto, aliadas fundamentais na prevenção da epidemia de HIV e outras DST.

Implantação do Teste Rápido do HIV na RME-DST/Aids

Implantar o Teste Rápido Diagnóstico do HIV - TRD nos serviços da RME-DST/Aids foi uma estratégia do Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde e do Programa Nacional de DST/Aids.^[7] A partir da publicação da Portaria^[8] que regulamenta o uso dos testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV, o Ministério da Saúde tem reforçado a política de ampliação da testagem no Brasil. A Portaria

[7] O Teste Rápido Diagnóstico do HIV foi, inicialmente, implantado pelo Ministério da Saúde – PN DST/Aids, nas regiões do país em que um resultado de sorologia do HIV demora em média 6 meses, regiões estas que um usuário necessita pegar um barco, viajar até uma unidade de saúde mais próxima, o que leva em média 2 dias.

[8] Portaria no 34/SVS/MS, de 29 de julho de 2005.

prevê que a implantação ocorra após a capacitação de equipes técnicas por multiplicadores do Ministério, juntamente com o envolvimento das equipes locais. Segundo a portaria, podem compor as equipes técnicas profissionais de nível superior com formação na área de saúde.

A importância da implantação do TRD é ampliar o acesso ao diagnóstico precoce do HIV nos serviços da RME DST/Aids, contribuindo para o controle da epidemia de HIV/Aids na cidade de São Paulo. O TRD é uma técnica que possibilita a resposta ‘rápida’ ao diagnóstico; em média a pessoa tem acesso ao resultado em menos de 40 minutos, diminuindo, assim, as taxas de não-retorno dos usuários aos serviços. No início de 2006, técnicos da prevenção do PM DST/Aids de São Paulo e técnicos do Ministério da Saúde – PN-DST/Aids consideraram a possibilidade de implantação do TRD na cidade de São Paulo, o que representaria um avanço, pois, mesmo com um tempo curto de espera do resultado da sorologia para HIV, vários usuários não retornavam aos serviços, contribuindo para uma taxa de não-retorno por volta de 30%.

Ainda em 2006, técnicos do PM DST/Aids, juntamente com a equipe de multiplicadores do Ministério da Saúde, realizaram a capacitação dos profissionais para o diagnóstico da infecção do HIV por meio de testes rápidos. Essa capacitação, assim como as outras nove que se seguiram, foi feita na cidade de São Paulo. Na primeira, a estratégia utilizada foi a indicação de profissionais das cinco regiões da cidade (Norte, Sul, Leste, Sudeste e Centro-Oeste). Em 2007, o TRD estava implantado em cinco serviços, sendo um em cada região.

Ao longo de 2007, foram treinados mais 86 profissionais e implantado o TRD, paulatinamente, nos demais serviços da RME DST/Aids. A capacitação contou com o aprendizado da técnica do teste rápido e da discussão de temas, tais como acolhimento, aconselhamento, biossegurança, além das resoluções técnicas. Coube ao PM DST/Aids o monitoramento das ações do TRD, ou seja, a logística dos insumos – distribuição, remanejamento, controle de saldo e perdas – e o acompanhamento técnico dos testes, assim como dos profissionais que realizam a técnica.

Podemos apontar algumas facilidades da implantação do TRD. Uma delas é o fato de contarmos com 24 unidades especializadas em DST/Aids, constituindo, portanto, uma rede de serviços, que seguem as diretrizes e as orientações técnicas do PM DST/Aids. Outra vantagem é o fato de podermos contar com uma logística estruturada para distribuição de insumos. Quanto às dificuldades, a implantação de uma nova tecnologia gerou, inicialmente, resistências e situações de insegurança por parte dos profissionais, juntamente com a realização da técnica por profissionais que não são da área laboratorial. Esse problema foi equacionado na medida em que a prática foi sendo implantada.

Neste momento, o TRD está implantado nos 24 serviços da RME-DST/Aids e contamos com 110 profissionais habilitados para a execução da técnica. Em 2007 o TRD representava 7,43% da testagem sorológica para HIV. Em 2008, no período de janeiro a junho, ele foi responsável por

16% da testagem sorológica para HIV na RME DST/Aids. A partir da implantação do TRD, observamos que os profissionais de saúde têm se envolvido em um novo campo de trabalho, exemplo disso é a utilização do TRD em CTA Itinerante.^[9]

A partir desse processo de implantação, avaliamos que o TRD tem representado uma importante estratégia de ampliação do acesso da população ao diagnóstico do HIV, contribuindo para a diminuição da taxa de não-retorno, bem como possibilitado ao usuário uma acolhida imediata na rede assistencial. Ao final de 2008, a Secretaria Municipal de Saúde iniciou a implantação do teste rápido diagnóstico do HIV na Rede Básica de Saúde, o que representou um avanço fundamental no enfrentamento da epidemia do HIV/Aids na cidade, ao permitir uma ampliação significativa da testagem, não apenas nas unidades especializadas, mas junto a todos os usuários do SUS.

Projetos Específicos

O Programa Municipal de DST/Aids desenvolve trabalhos com as populações que aqui chamaremos de específicas, cujo potencial de vulnerabilidade frente à epidemia de aids e outras DST foi apontado nas resoluções da

[9] CTA Itinerante é uma estratégia na qual a equipe de profissionais dos CTA desloca-se até as comunidades, as quais possuem dificuldade de acesso ao Serviço.

II Conferência Municipal de DST/Aids de São Paulo.^[10] A partir dessas deliberações, coube ao PM DST/Aids a criação de estratégias de prevenção e assistência a essas populações, quais sejam: indígenas; idosos; imigrantes latinos em situação de vulnerabilidade; adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas; crianças, adolescentes e jovens em situação de rua; e pessoas com deficiência.

Foram elaboradas, para cada um desses segmentos populacionais, estratégias específicas de acordo com as suas realidades, do ponto de vista social, econômico e cultural, tendo como norteadores a prevenção dialogada e a noção de equidade. A elaboração dos projetos específicos partiu da compreensão das esferas nas quais estavam inseridas essas populações, entendendo os contextos que as vulnerabilizam frente à epidemia das DST/Aids. Segue um breve relato das experiências dos projetos piloto que foram desenvolvidos com cada um destes segmentos na cidade de São Paulo.

Populações Indígenas

A partir do ano de 2006, o PM DST/Aids passa a elaborar estratégias para o trabalho de prevenção junto às populações indígenas que vivem na cidade. As ações de prevenção foram desenvolvidas em conjunto com as lideranças indígenas. As etnias mais significativas, do ponto de vista

[10] A II Conferência Municipal de DST/Aids de São Paulo ocorreu nos dias 19, 20 e 21 de outubro de 2005.

demográfico, são os Guarani e os Pankararu. O entendimento da cosmologia de cada uma dessas etnias foi fundamental para a execução de um trabalho intercultural, o qual levasse em conta os saberes historicamente construídos por estas populações, ou seja, preservando suas concepções de saúde e doença. A partir desse ponto, foi possível elaborar estratégias de prevenção factíveis à visão de mundo desses sujeitos.

Em abril de 2007, ocorreu o “I Encontro de Cidades Latino-Americanas em DST/Aids e População Indígena”, que tinha como objetivo a troca de experiências entre profissionais de saúde de São Paulo e representantes das cidades de Rosário e Bogotá, a respeito dos trabalhos de prevenção das DST/Aids junto às populações indígenas. O resultado desse encontro foi a pactuação de ações para o nosso município. O encontro contou com a participação de profissionais de saúde e também dos próprios indígenas, que foram fundamentais no apontamento de caminhos possíveis para os trabalhos de prevenção e assistência às DST/Aids junto às suas comunidades.

A partir do encontro, foram realizadas capacitações dos AIS – Agentes Indígenas de Saúde – e das equipes multiprofissionais que atuam com essas comunidades, nas questões de prevenção e assistência. Foi implantado o protocolo de Abordagem Sindrômica das DST e feitas oficinas de sexualidade e prevenção das DST/Aids com diversos segmentos das comunidades indígenas. Outro objetivo foi a inserção de representantes das equipes de saúde que atuam com as comunidades indígenas nos treinamentos para a realização do Teste Rápido Diagnóstico do HIV,

sendo essa uma estratégia fundamental no enfrentamento da epidemia e na questão do diagnóstico tardio.

Idosos

O Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo desenvolve ações voltadas para a população idosa, visando levar informação sobre a importância da saúde sexual. Devido ao aumento da expectativa de vida da população e às inovações da indústria farmacêutica, houve uma significativa mudança no comportamento das pessoas acima dos 50 anos, o que torna a prevenção das DST/Aids cada vez mais relevante. Um fator que vulnerabiliza essa população é o mito da não sexualidade, fazendo com que esse segmento fique fora das ações de prevenção e, conseqüentemente, não busque o cuidado na hora de se relacionar sexualmente.

Desse modo, o Programa Municipal de DST/Aids vem buscando estratégias para enfrentar a epidemia de Aids e outras DST junto à população idosa. Em 2006, foi elaborado o material “Idade Não Traz Imunidade”, que visa informar a população idosa sobre os riscos de infecção pelo vírus HIV e a importância do cuidado consigo mesma, lembrando que a sexualidade humana não acaba ao envelhecer. Mesmo que alguns optem por não terem parceiros sexuais, é fundamental saber que a sexualidade é uma esfera essencial da vida dos seres humanos e que para amar é preciso cuidar!

Em 2007, foi estabelecida uma parceria entre o Pro-

grama Municipal de DST/Aids de São Paulo e a Secretaria Municipal da Habitação para a realização de um projeto piloto na Vila dos Idosos, empreendimento da Prefeitura voltado para idosos de baixa renda. O projeto constituiu-se de oficinas de sexualidade e cinema. Ou seja: além de discutir questões referentes à saúde sexual e à prevenção das DST/Aids, o grupo participou de oficinas de cinema, aprendendo a filmar, a fazer um roteiro, a dirigir e a editar um vídeo. O objetivo desses encontros foi a elaboração de um filme sobre a temática da sexualidade entre as pessoas idosas.

Esse projeto foi uma experiência muito interessante, inclusive do ponto de vista da intersetorialidade, pois foi possível dialogar a questão das DST/Aids para além do setor Saúde. Também foi muito rico poder discutir com pessoas mais velhas as questões sobre sexualidade, as quais mesmo entre elas, ainda eram cercadas de tabu.

Imigrantes Latino-Americanos

A imigração já é um fenômeno social global. As grandes metrópoles, por consequência, recebem diariamente grande contingente populacional dos países vizinhos, que vêm em busca de novas oportunidades. Na cidade de São Paulo, é claro, não é diferente. Se contabilizarmos apenas os imigrantes bolivianos, temos cerca de 150 mil homens e mulheres, dos quais cerca de 50 mil estão no Brasil ilegalmente. Esses imigrantes vêm, em sua maioria, para trabalhar em oficinas de tecelagem e costura e, infelizmente, sob regime de escravidão.

Essas novas configurações sociais, econômicas e culturais, trazidas pelo fenômeno da imigração, trazem também grandes desafios para as políticas públicas de uma maneira geral. Do ponto de vista da saúde, temos o dever de elaborar novas estratégias para essas populações e, por isso, o Programa Municipal de DST/AIDS de São Paulo passou a estabelecer parcerias com ONGs, equipamentos de proteção social e equipes do Programa de Saúde da Família - PSF, para juntos construirmos as estratégias de prevenção e assistência às DST/Aids.

A partir dessa demanda, foi elaborado um material com uma linguagem simples e objetiva, pois parte desses imigrantes tem escolaridade baixa. Ele foi escrito em português e traduzido para o castelhano por uma instituição que presta serviços de assistência a essa população, o que representou um grande ganho, pois o material foi pré-testado e teve a aprovação da população à qual se destinava.

O material é uma estratégia de divulgação dos serviços de saúde da Rede Municipal Especializada em DST/Aids, convidando os imigrantes a conhecer e a utilizar os serviços municipais, buscando informações, retirando insumos de prevenção e realizando testagem. É ressaltado que, para acessar os serviços de saúde da RME, não é necessário apresentação de documentos, pois pelo contrário, seria impossível promover ações de saúde dirigida a eles, aumentando a cobertura diagnóstica.

A parceria com equipes de saúde do PSF é fundamental para a realização desse trabalho, pois são esses atores que possuem acesso facilitado a essas comunidades, sendo essencial uma articulação para que as informações

sobre as questões relativas à prevenção das DST/Aids e ao direito à saúde cheguem a essas populações, já tão massacradas por toda a realidade à qual estão submetidas. O compromisso do PM DST/Aids, tendo como diretriz os princípios do SUS, é garantir que os serviços especializados estejam abertos a todos que habitam na cidade de São Paulo, pois nosso compromisso e dever é promover saúde, independentemente do contexto nos quais as populações que acessamos estejam inseridas.

Adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas

A integração entre a Fundação Casa (ex-FEBEM) e o Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo é uma resposta ao “Plano Operativo para Atenção à Saúde do Adolescente em Regime de Internação e Internação Provisória na Fundação Casa do Estado de São Paulo”.^[11] O objetivo dessa articulação foi estabelecer as referências e as contrarreferências entre a Rede Municipal Especializada de DST/Aids e a Fundação Casa (capital), garantindo a retaguarda para os adolescentes e jovens soropositivos para o HIV e aqueles com suspeita ou diagnóstico de DST. Outro ponto de integração tem sido a instrumentalização dos profissionais de saúde da Fundação Casa na prevenção e assistência às DST/Aids, bem como na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes em cum-

[11] Essa é uma diretriz estabelecida na Constituição, no SUS, no ECA, no SINASE e nas Portarias 340 (Ministério da Saúde) e 1.426 (Interministerial MS/SEDH/SEPM), ambas de julho 2004.

primento de medidas socioeducativas. Essas ações foram iniciadas no primeiro semestre de 2006, quando representantes da Fundação Casa e dos Programas Municipal e Estadual de DST/Aids promoveram reuniões sistemáticas procurando estabelecer a rede de atenção a esses jovens, em especial àqueles em medida de internação e semiliberdade. A partir dessa articulação, foi elaborado um mapa, por meio da técnica de geoprocessamento, identificando as unidades da Fundação Casa e as da RME DST/Aids. Em 2007, foi lançado um documento de recomendações para o trabalho de prevenção e assistência às DST/Aids nas unidades da Fundação Casa. Esse documento foi amplamente discutido por profissionais da RME-DST/Aids e da Fundação Casa, sendo divulgado eletronicamente e, posteriormente, por meio de uma publicação.^[12]

Foram realizados também dois encontros, objetivando a integração dos profissionais e o levantamento dos temas de interesse para capacitação, esta prevista para acontecer ainda em 2008. Constituímos um grupo de trabalho denominado ‘GT-Capacitadores’, formado por profissionais de ambas as instituições, contando com a colaboração de técnicos do Programa Estadual de DST/Aids. Coube a esse GT a responsabilidade quanto à elaboração, planejamento e execução da capacitação para os profissionais de saúde das unidades de internação e internação provisória sediadas na capital paulista.

[12] A publicação a qual nos referimos é intitulada: “Adolescentes e jovens: relatos e indicações”. Lançada em 1o de dezembro de 2007 pelo Programa Municipal de DST/aids da Cidade de São Paulo. Disponível em www.dstaids.prefeitura.sp.gov.br

Podemos concluir que ações conjuntas, envolvendo técnicos do Programa Municipal de DST/Aids e da Fundação Casa, têm atuado na efetivação do direito à prevenção e assistência às DST/Aids entre adolescentes e jovens em cumprimento de medida socioeducativa na cidade de São Paulo.

Crianças, adolescentes e jovens em situação de rua ^[13]

Tangram^[14] foi um projeto que envolveu o poder público e três organizações não-governamentais. Assim como no quebra-cabeça, a intenção do Projeto Tangram foi juntar diferentes peças – saúde, educação, projetos sociais e arte – para reduzir a vulnerabilidade às DST/Aids entre crianças, adolescentes e jovens em situação de rua no município de São Paulo. A proposta visou propiciar condições para que adolescentes e jovens pudessem agregar elementos para a construção de projetos de vida e, portanto, estivessem receptivos aos conteúdos de prevenção e à adoção de práticas sexuais seguras.

As atividades ofertadas foram: oficinas de *Hip Hop* (*rap, break e graffit*), de capoeira, de percussão nordestina e de fotografia, sessão pipoca (exibição de filmes), terapia

[13] Este texto é parte do artigo publicado originalmente sob o título: Ações de prevenção às DST/Aids para crianças, adolescentes e jovens em situação de rua. IN: “Adolescentes e jovens: relatos e indicações”.

[14] Tangram é um jogo milenar chinês, um quebra-cabeça em que sete partes de um quadrado podem ser rearranjadas para formar as mais diferentes figuras, com infinitas possibilidades. O tangram não possui solução; são inúmeras as figuras que podem com ele ser montadas

comunitária, oficinas de sexualidade e prevenção. Os profissionais envolvidos no Tangram participavam das discussões e dos fóruns que aconteciam na região, ou seja, estavam inseridos nas redes sociais, cujas pautas tinham como princípios a articulação, a garantia e a efetivação dos direitos de crianças e adolescentes.

O projeto previu ainda a capacitação de profissionais que atuam na área da infância e da juventude, tendo como foco principal as questões de prevenção das DST/Aids, vulnerabilidade, sexualidade, violência, família, aspectos jurídicos implicados na garantia dos direitos e deveres de crianças e adolescentes. O registro das ações foi realizado, por meio de relatórios e fotografias. Também foi produzido um vídeo-documentário, o qual apresenta alguns momentos das atividades desenvolvidas durante a execução do projeto com vistas a registrar a experiência vivida.

Recomendações sugeridas para o desenvolvimento de ações de redução da vulnerabilidade às DST/Aids entre crianças, adolescentes e jovens em situação de rua, com base nos resultados do Projeto Tangram:

- *Sensibilizar a equipe e os profissionais das UBS locais para assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à saúde de crianças, adolescentes e jovens em situação de rua;*
- *Garantir o direito ao atendimento em saúde de meninos e meninas, quando desacompanhados ou sem documentação;*
- *Construir um plano integrado de ação envolvendo os par-*

ceiros locais, tais como: saúde, educação, assistência social, cultura, esporte, ONG, entre outros;

- *Ofertar capacitação em temas de sexualidade e prevenção das DST/Aids às instituições e parceiros envolvidos;*

- *Favorecer a discussão e a reflexão de temas de sexualidade, prevenção das DST/Aids e uso de drogas, entre as crianças, adolescentes e jovens, por meio de atividades lúdicas e artístico-culturais;*

- *Possibilitar a participação de crianças, adolescentes e jovens no planejamento e execução das ações de prevenção às DST/Aids;*

- *Facilitar o acesso aos insumos de prevenção, tanto a crianças, adolescentes e jovens quanto aos profissionais que atuam na educação de rua;*

- *Rever os procedimentos em relação ao acolhimento e ao aconselhamento nos serviços especializadas em DST/Aids, procurando facilitar o acesso ao Serviço;*

- *Garantir agilidade na testagem sorológica, bem como no agendamento de consultas e exames, garantindo o tratamento das DST, o acompanhamento nos casos de HIV/Aids e suporte àqueles que necessitem de tratamento ARV (antirretroviral), com apoio da equipe multiprofissional;*

- *Participar das redes locais de garantia de direitos de crianças e adolescentes, procurando pautar a temática da prevenção e assistência às DST/Aids e, ao mesmo tempo, fortalecendo os espaços de discussão coletiva.*

Pessoas com deficiência - PcD

Desde 2002, o Programa Municipal de DST/Aids vinha empreendendo ações pontuais voltadas às Pessoas com Deficiência – PcD. A partir das demandas apresentadas na II Conferência Municipal DST/Aids de São Paulo, foi iniciado o projeto piloto com ações de prevenção e assistência às PcD.

A necessidade de maior conhecimento da vulnerabilidade das PcD demandou a realização de uma pesquisa, cujo objetivo foi a elucidação das interfaces entre o HIV/Aids e as pessoas com deficiência, publicizada em setembro de 2008.

A proposta dessa pesquisa foi identificar as condições de vulnerabilidade ao HIV/Aids entre as pessoas com deficiência visual, auditiva e física, visando subsidiar o planejamento de ações de prevenção, controle e ampliação do acesso desses segmentos ao conjunto dos serviços da RME-DST/Aids, inclusive à testagem sorológica para o HIV e hepatites B e C.

A realização dessa pesquisa, cujo título é “Pessoas com deficiência e HIV/Aids: interfaces e perspectivas”, ficou sob responsabilidade da ONG AMANKAY, parceira do PM-DST/Aids na execução deste estudo. De caráter exploratório e natureza qualitativa, ela contou com a participação de agentes de pesquisa. A seleção, capacitação e acompanhamento desses agentes foi feita por técnicos do PM-DST/Aids e da RME-DST/Aids de São Paulo.

A seleção dos agentes ocorreu em dezembro de 2006, a partir das indicações de diferentes atores e instituições,

tais como Conselho Municipal das Pessoas com Deficiência - CMPD, Secretaria Especial da Pessoa com Deficiência - SEPED, entre outros, e também por análise de curriculum vitae, enfatizando os seguintes aspectos:

- *Possuir deficiência visual, auditiva ou física;*
- *Inserção em movimentos sociais, grupos e atividades de socialização as quais incluíssem PcD;*
- *Interesse pelo tema, disposição para aprofundar conhecimentos;*
- *Boa capacidade de comunicação e interação;*
- *Atitude ética;*
- *Disponibilidade para participar da pesquisa.*

Foram selecionados quatro agentes de pesquisa, sendo dois com deficiência física, um com deficiência auditiva e outro com deficiência visual.

Em fevereiro 2007, foi realizada uma capacitação de 16 horas, na qual participaram os agentes de pesquisa e pessoas indicadas pelo Conselho Municipal das Pessoas com Deficiência. Os temas abordados foram: sexualidade, deficiência, direitos sexuais e reprodutivos, HIV/DST, modelos de prevenção, educação por pares e redução de danos associados ao uso de drogas.

A avaliação da capacitação demonstrou:

- *Quanto ao público-alvo: heterogeneidade do grupo, dificuldade na adequação dos conteúdos propostos, dificuldade de harmonização das necessidades de cada deficiência,*

principalmente visual e auditiva, e evidenciou a inexistência de material educativo específico.

- *Quanto ao conteúdo: as dúvidas e perguntas demonstraram que deveríamos ter optado por conteúdos mais elementares no campo da sexualidade e da prevenção, o que expôs a dificuldade de acesso a informações por parte desse segmento, evidenciando, por outro lado, nosso desconhecimento quanto aos saberes do grupo, sinalizando a necessidade e propriedade da realização de uma pesquisa.*

- *Quanto aos fatores de vulnerabilidade ao HIV/DST: foram apontados pelos participantes como sendo relevantes para as pessoas com deficiência os seguintes aspectos:*

No campo da vulnerabilidade individual: a dificuldade da negociação no uso do preservativo, rebaixamento da auto-estima, disfunção erétil, perda de autonomia, uso/abuso de álcool e outras drogas, dificuldade de acesso ao preservativo, a informações confiáveis e aos serviços de saúde.

Quanto à vulnerabilidade institucional: foi apontado que serviços de saúde, de um modo geral, possuem pouca ou nenhuma acessibilidade, falta de insumos adequados para a prevenção entre mulheres que fazem sexo com mulheres, impossibilidade da leitura das informações nas embalagens dos preservativos, da data de validade e do selo do Inmetro, especialmente para deficientes visuais.

As conclusões desse processo de capacitação apontam que embora nem todos os objetivos tenham sido atingidos,

a capacitação funcionou como aproximação aos conteúdos de sexualidade e prevenção das DST/aids, que deficiências sensoriais podem demandar maior tempo de trabalho e criação de novas estratégias, seja em função da dificuldade de comunicação com deficiente auditivo, seja pela necessidade de exploração tátil de insumos pelos deficientes visuais.

Outro ponto observado é a perda de autonomia ou sua recuperação, o que se mostrou fator determinante de vulnerabilidade, a ser considerado em futuras estratégias de prevenção e assistência.

Podemos concluir que durante a capacitação surgiram especificidades que modificaram a abordagem proposta, o que indica a necessidade de maior aproximação com esse segmento.

Assim sendo, oferecer qualificação técnica para as PcD atuarem enquanto agentes de pesquisa, além de representar oportunidade de formação e exercício profissional, facilita e enriquece as ações de prevenção, alinhando-as com a atual diretriz do movimento das PcD, no Brasil e em muitos países: *“Nada sobre nós, sem nós”*.

E, por fim ...

A tendência nacional de pauperização e feminização da epidemia de HIV/Aids e outras DST, a persistência na cidade de São Paulo de casos de aids na faixa etária de 20 a 49 anos de idade, a atenção, ainda necessária, aos usuários de drogas injetáveis e ao segmento de gays, outros HSH e

travestis, em especial os mais jovens, demandam por parte de todos nós, profissionais de saúde, a construção de novas abordagens de prevenção.

Os desafios para o enfrentamento da epidemia de aids estão postos no cotidiano dos profissionais da RME e do Programa Municipal de DST/Aids, na busca incessante de estratégias de prevenção, as quais possam fazer frente às tendências epidemiológicas e às rápidas mudanças comportamentais, de sociabilidade e tecnológicas da sociedade em que vivemos.

Podemos sintetizar as estratégias de trabalho, dizendo que a política de prevenção deve ser traçada com base nos dados empíricos que advêm da experiência dos profissionais de saúde, dos agentes de prevenção e dos próprios sujeitos da ação, sem prescindir, obviamente, dos dados epidemiológicos, socio-demográficos e da instrumentalidade de cada profissão.

PREVENÇÃO

Autores

Elza Maria Alves Ferreira, Juliana Castrillo Baracat, Marcos Veltri,
Meiga Maria Salerno Rosa, Sirlei Aparecida Rosa Alfaia

BIBLIOGRAFIA

ABBATE, Maria Cristina. Prevenção: no lugar da tutela, o diálogo e o protagonismo. DST/Aids: A nova cara da luta contra a epidemia na Cidade de São Paulo. São Paulo: Prefeitura Municipal da Cidade de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde. DST/Aids da Cidade de São Paulo: 2003, pp. 25-37.

AYRES, J. R. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. Interface. Comunicação, saúde, educação, v.6, nº11, p.11-24, agosto 2002.

KOGA, Dirce. Medidas de Cidades: entre territórios de vida e territórios vividos. São Paulo: Cortez Editora, 2003.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

BRASIL. Portaria Interministerial MS/SEDH/SEPM nº 1.426/2004. Brasília, 14 de julho de 2004.

BRASIL. Portaria Ministério da Saúde nº 340. Brasília, 14 de julho de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fique Sabendo: Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a Atenção Básica. Brasília, s/d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Bolso: controle das doenças sexualmente transmissíveis. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 34. Brasília, 28 de julho de 2005.

FUNDAÇÃO CASA. GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Plano Operativo para Atenção à Saúde do Adolescente em Regime de Internação e Internação Provisória na Fundação CASA do Estado de São Paulo. São Paulo, março de 2007.

FUNDAÇÃO CASA. GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Programa de Ação Integrada Saúde e Educação: Diretrizes para Elaboração do Plano Pedagógico das Unidades de Internação e Internação Provisória da FUNDAÇÃO CASA/SP. São Paulo, 2006.

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO, Secretaria Municipal de Saúde. Programa Municipal de DST/Aids. Indicações da prevenção para trabalho em campo com pares, versão atualizada em fevereiro de 2007. 1p. (Mimeo)

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO, Secretaria Municipal de Saúde. Programa Municipal de DST/Aids. Cadastramento de Agentes – Diretrizes, versão atualizada em fevereiro de 2007. 3p. (Mimeo)

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO, Secretaria Municipal de Saúde. Programa Municipal de DST/Aids. Ficha de cadastramento dos agentes de prevenção extrainstitucionais, versão atualizada em fevereiro de 2007. 1p. (Mimeo)

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO, Secretaria Municipal de Saúde. Programa Municipal de DST/Aids. Indicações para disponibilização de preservativos nos serviços especializados em DST/Aids, versão atualizada em fevereiro de 2007. 1p. (Mimeo)

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO, Secretaria Municipal de Saúde. Programa Municipal de DST/Aids. Sistematização das ações de prevenção e propostas para 2007. 5p. (Mimeo)

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO, Secretaria Municipal de Saúde. Programa Municipal de DST/Aids. Adolescentes e jovens: relatos e indicações. Lançado em 1º de dezembro de 2007.

UNESCO/UNAIDS. Aids: o que pensam os jovens – políticas e práticas educativas. Brasília: UNESCO/UNAIDS, 2002.

VICENTE, Damares Pereira. “Desvelando o território: uma contribuição para a implantação do SUAS”. 2008a. 26p. (Mimeo)

VICENTE, Damares Pereira. Indicações para disponibilização de insumos de prevenção das DST/Aids. 2008b (no prelo)

São Paulo

O Município na luta contra a Aids

INFORMAÇÃO

**INFORMAÇÃO SOBRE HIV/AIDS E OUTRAS DST NO
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

A análise dos dados epidemiológicos transforma números em informações. Essas informações são importantes para o monitoramento e identificação de tendências da epidemia de HIV/AIDS e outras DST. O reconhecimento da importância das informações estimulou o investimento na qualidade e em sistemas mais ágeis que facilitam o recebimento de dados, em prazos cada vez mais curtos, e com facilidade para a retirada de inconsistências. Dessa forma, a partir de janeiro de 2007, houve a substituição do SINAN Windows para o

SINAN NET, uma nova versão de plataforma de registro e análise de dados com funcionamento em rede.

O SINAN é a base para a publicação anual, desde 1997, do Boletim Epidemiológico de Aids/HIV/DST e Hepatites B e C do município de São Paulo. O boletim é resultado do trabalho de cooperação entre o Programa Municipal DST/Aids da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (PM-DST/Aids/SMS) e o Centro de Controle de Doenças/Coordenação de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CCD/COVISA/SMS).

O Boletim Epidemiológico de Aids/HIV/DST e Hepatites B e C do município traz um panorama da epidemia de HIV/Aids e outras DST em São Paulo. Observa-se tendência à diminuição do coeficiente de incidência de aids que em 1997 era de 44,1/100.000 habitantes e, em 2006 caiu para 23,8/100.000 habitantes. Outra observação importante é a manutenção da razão de sexo em 2/1 desde 1997, caracterizando a feminização da epidemia, uma vez que em 1985 a razão de sexo era 26/1. O predomínio de casos de aids persiste, proporcionalmente, na faixa etária de 20 a 49 anos de idade, mas há uma discreta tendência de aumento nos indivíduos com 60 anos ou mais, em especial no sexo feminino.

A partir de 2003, aproximadamente 50% dos casos de aids pertencem à raça branca. Se for considerada a somatória de negros e pardos, houve um aumento na proporção de casos nos últimos quatro anos, assim como uma diminuição na proporção de “ignorados” para ambos os

sexos, mostrando a melhoria da qualidade da informação. É possível afirmar que houve estabilização na proporção de casos de aids em homossexuais e aumento da proporção em heterossexuais no sexo masculino, com 24,8 % e 36,6% dos casos, respectivamente, em 2007. No sexo feminino, 75,2% dos casos de aids, nesse mesmo ano, ocorreram na categoria de exposição heterossexual.

A prevenção da transmissão vertical do HIV/Aids, com medidas como o diagnóstico precoce, contra-indicação de aleitamento materno e início precoce do AZT solução oral, foi fundamental para a tendência de queda persistente nas porcentagens de crianças infectadas, com apenas 1% em 2005. Desde 1996, com a utilização da terapia antirretroviral de alta potência, a aids vem caindo na classificação das principais causas de morte. Naquele ano, encontrava-se em 5º lugar, passando à 13ª posição em 2006 e à 17ª em 2007. O coeficiente de mortalidade foi de 6,0/100.000 habitantes em 2007, mantendo-se mais alto nas faixas etárias de 20 a 49 e de 50 a 59 anos.

Apesar da queda das taxas de mortalidade por HIV/Aids, a avaliação das causas de mortalidade por HIV/AIDS, principalmente dos óbitos precoces, é uma atividade contínua do PM-DST/Aids. Com esse objetivo foi criado o Grupo Técnico de Mortalidade (GT-Mortalidade), grupo assessor permanente, coordenado pelo Programa Municipal de DST/Aids e constituído por representantes do Programa Estadual DST/Aids, do CCD/COVISA, da Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo), do Programa de Aprimoramento de Informação de Mor-

talidade do município de São Paulo (PRO-AIM) e pelo Grupo de Incentivo à Vida (GIV).

Além do SINAN, o PM-DST/Aids/SMS dispõe de outras ferramentas para o monitoramento dos serviços de assistência da Rede Municipal Especializada em DST/Aids (RME-DST/Aids) e coleta do número de sorologias realizadas nos serviços de assistência e Centros de Testagem e Assistência (CTA) da RME-DST/Aids. O Sistema de Vigilância em Serviços (VIGISERV) permite o conhecimento das características de atendimento em DST/Aids e dos pacientes matriculados e em seguimento na RME – DST/Aids, instrumentalizando os serviços de assistência para definição de estratégias para a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos aos usuários da RME – DST/Aids.

Seguindo a tendência de necessidade de agilizar a coleta e análise de dados epidemiológicos, o VIGISERV está sendo reestruturado para permitir a linkagem com outras plataformas de dados, como o SINAN e o PRO-AIM, e facilitar seu uso funcionando em rede. As estatísticas mostram a quantidade de sorologias para HIV, hepatites e sífilis realizadas nos serviços da RME – DST/Aids, além de quantificar a taxa de não-retorno. O número de testes rápidos realizados nessas unidades a partir de 2007, ano da introdução dessa nova técnica nos serviços, também passou a ser monitorado com o objetivo de avaliar sua implantação. O teste rápido é uma importante estratégia para diagnóstico precoce do HIV/Aids.

As informações em saúde traduzem a eficiência das políticas de combate à epidemia de HIV/Aids e outras

DST e seu acompanhamento direciona a tomada de decisões baseadas nas mudanças de tendência da epidemia. Para melhorar a qualidade dessas informações, é fundamental o investimento em educação continuada, junto aos profissionais de saúde, para o preenchimento e uso adequado dos sistemas de informação.

INFORMAÇÃO

Autoras

Denise Brandão Assis, Maria Elisabeth Reis Lopes, Silvana Takahashi

São Paulo

O Município na luta contra a Aids

PESQUISA

A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE

A produção de conhecimento científico é importante ferramenta para a formulação de políticas de saúde. Os dados e informações obtidos por meio de pesquisas são essenciais no enfrentamento da epidemia de HIV/Aids e outras DST. O reconhecimento da importância das pesquisas estimulou o Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo a criar um setor específico de Desenvolvimento Científico para incentivar o desenvolvimento de pesquisas na rede municipal especializada em DST/Aids.

O objetivo do setor de Desenvolvimento é estimu-

lar a participação dos profissionais da RME em eventos científicos, normatizar a entrada de novos projetos e repassá-los para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, além de divulgar as experiências práticas e os desafios do dia a dia através de uma metodologia científica. Para tanto, o setor promove reuniões mensais com um grupo de interlocutores de pesquisa composto por um representante de cada unidade da RME de DST/Aids. Esse espaço possibilita também estabelecer uma ponte entre os pesquisadores internos da RME de DST/Aids e pesquisadores externos. Os interlocutores de pesquisa exercem um papel fundamental na discussão, análise e repasse para toda a comunidade das pesquisas desenvolvidas na RME.

Com o intuito de divulgar, publicizar e incentivar o trabalho desenvolvido em DST/Aids, o Programa Municipal de São Paulo, com o auxílio da rede municipal especializada, produz, anualmente, o Inventário de Pesquisa em DST/Aids, que conta com a participação de pesquisadores internos e externos. Nessa publicação encontram-se temas como: trajetória reprodutiva da mulher com HIV/Aids, correlação e diagnóstico de manifestações de Papiloma Vírus Humano (HPV) em genitália e cavidade oral, prevalência de necessidades especiais em pacientes portadores da infecção pelo HIV/Aids e impacto na qualidade de vida, pacientes de aids em terapia antirretroviral e resposta do sistema de saúde e qualidade de vida, fatores associados à alimentação saudável e atividade física em indivíduos vivendo com HIV/Aids, estudo de sobrevivência dos pacientes de aids no Brasil, entre outros.

O lançamento do Inventário de Pesquisas ocorre sempre no Seminário de Pesquisas em DST/Aids, anualmente. Esse Seminário tem o objetivo de divulgar e compartilhar as pesquisas realizadas na RME de DST/Aids e promover a interação entre pesquisadores, profissionais de saúde em geral e representantes da sociedade civil organizada. Ele é um espaço importante para devolução, análise e discussão dos resultados das pesquisas realizadas na rede municipal especializada com a comunidade.

Tendo em vista a mudança do perfil epidemiológico dos pacientes convivendo com HIV/Aids, faz-se necessária a elaboração de novas pesquisas que tragam informações que promovam a produção de conhecimento relevante para pensar ações de saúde. Nesse sentido, o Setor de Desenvolvimento Científico incentiva continuamente a atualização do conhecimento em HIV/Aids e outras DST a fim de construir práticas em saúde pública. Além disso, o PM DST/Aids de São Paulo estimula a participação dos profissionais da RME de DST/Aids em eventos científicos (congressos, simpósios, conferências, fóruns), na confecção de pôsteres e no patrocínio das apresentações orais.

CEDOC – Centro de Documentação em Aids

Pensando na democratização da informação e do conhecimento, no regaste e na preservação da memória histórica do enfrentamento da epidemia, no incentivo à pesquisa, no diálogo com a comunidade científica e na qualificação permanente da atenção à saúde da população, o Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo inau-

gurou, em 2003, o Centro de Documentação em DST/Aids Dr. David Capistrano Filho (CEDOC).

O CEDOC é uma unidade cooperante da BIREME (Biblioteca Regional de Medicina) da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que juntamente com seus Centros Cooperantes, vinculados ao Sistema Latino-Americano, exerce a função de coleta, seleção e processamento da literatura técnica-científica em saúde gerada em seus países de origem.

O CEDOC atende profissionais da rede de saúde, pesquisadores e o público em geral. As solicitações de levantamento bibliográfico ou consultas ao acervo podem ser feitas pelo endereço eletrônico mscddstaidsp@prefeitura.sp.gov.br ou cedocdstaidsp@prefeitura.sp.gov.br. A biblioteca do CEDOC também pode ser visitada e consultada de segunda a sexta-feira, na Alameda Cleveland 373, Campos Elíseos.

PESQUISA

Autores

Fernanda Cavallini Fernandes, Flavio Andrade Santos

São Paulo

O Município na luta contra a Aids

ARTICULAÇÃO

ARTICULAÇÃO, PARCERIA E CONTROLE SOCIAL

O início das respostas governamentais à epidemia de aids data do ano de 1983, com a criação do primeiro programa governamental de DST/Aids, no Estado de São Paulo. Essa origem teve como base a mobilização de grupos gays organizados, o movimento da reforma sanitária e os chamados “novos movimentos sociais”, que, além de contestarem a forte opressão vivida até então ou por questões de classe, também incluíam em suas lutas questões de práticas de cultura e de identidade. Foi a partir da união de diversos movimentos progressistas que a primeira mobilização social frente à epidemia da aids ocorreu, trazendo demandas sociais de base para os níveis dos municípios, dos estados,

antes mesmo da criação do Programa Nacional de DST/Aids, em 1985, e do Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo, em 1989. Através desses diversos movimentos, surgiram alguns dos princípios éticos e políticos que subsidiam as ações frente à epidemia até os dias atuais.

Já nos anos 90, vale ressaltar dois aspectos ligados à construção de respostas à aids no país, nos quais a presença das organizações da sociedade civil, mais especificamente das ONG's Aids, juntamente com as instâncias governamentais, teve papel fundamental: o financiamento do Banco Mundial ao governo do Brasil (que gerou uma nova era de parceria entre o Estado e a Sociedade Civil para a execução e implementação de centenas de projetos específicos) e a concessão de acesso gratuito e universal, na rede pública de saúde, aos medicamentos antirretrovirais. A partir do final dos anos 90 e início de 2000, ocorre o processo de fortalecimento de ações locais, nos estados e municípios, como uma prioridade central. É sabido que as ações frente à aids começaram nessas comunidades e foram fundamentais os ensinamentos dessas experiências para o desenvolvimento dos Programas de Aids (Nacional, Estadual e Municipal).

Com a criação dos Programas de Aids, o Brasil conseguiu avançar em alguns dos princípios básicos do movimento de reforma sanitária e de implantação do SUS, com a integralidade das ações de assistência e prevenção e a inclusão social, por meio do acesso universal aos medicamentos e aos serviços de saúde. A equidade em relação às classes sociais, grupos raciais ou étnicos, de gênero e grupos sexuais, como uma base conceitual para a formata-

ção de políticas de saúde eficazes e coletivas, coloca o Estado e a Sociedade Civil como parceiros (reconhecendo a possibilidade de eventuais tensões nessa parceria) para a construção de direitos em relação à saúde. No aspecto político, é importante ressaltar que o desenho inicial dos padrões de mobilização da sociedade civil para respostas à epidemia de aids foi determinado pela conjuntura de intenso movimento no contexto de redemocratização do Estado brasileiro.

Um dos aspectos dos Programas de Aids no Brasil, que podemos considerar como inovador, foi a criação de mecanismos para ampliar a participação de membros da Sociedade Civil Organizada - SCO, na elaboração de respostas sociais frente à epidemia da aids e na formulação de estratégias e ações que possibilitam a promoção e o protagonismo das pessoas vivendo com HIV/Aids nas políticas públicas de saúde.

O PM DST/Aids de São Paulo e a articulação com a Sociedade Civil Organizada

No Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo, a relação mais direta com as representações da Sociedade Civil Organizada, com as ONGs Aids e instâncias de controle social é realizada por meio do núcleo de Articulação com a Sociedade Civil Organizada. A área é o principal canal de interlocução com o Terceiro Setor (SCO) e o Segundo Setor (Setor Privado) e tem como objetivo desenvolver e consolidar estratégias de articulação e parceria junto aos vários setores sociais envolvidos no controle da

epidemia do HIV/Aids e na garantia de direitos humanos das pessoas que vivem com HIV/Aids.

Entre as ações do setor de Articulação com a Sociedade Civil do PM DST/Aids de São Paulo estão o apoio técnico e financeiro e também o incentivo à participação de representantes da Sociedade Civil em instâncias diversas, como Conselhos Municipais, Comissão Municipal de Aids, Conselhos Gestores, para que efetivamente façam (nos termos da Lei) o Controle Social do SUS. Compreendemos que a efetividade da resposta à epidemia é composta de esforços governamentais e não-governamentais, incluindo também outros atores como o setor privado, as universidades, as redes sociais locais etc., em todo o processo, desde a formulação, discussão e deliberação de políticas públicas, que visem a melhoria da qualidade de vida das PVHA, até da promoção e defesa dos Direitos Humanos.

Nos últimos 20 anos, vários avanços e conquistas para a proteção de direitos individuais e coletivos foram alcançados, no campo da prevenção, da assistência e dos Direitos Humanos das pessoas vivendo com HIV/ Aids. Entre esses, destacam-se as leis para o controle do sangue e hemoderivados, o oferecimento de sorologia para HIV e VDRL com aconselhamento para gestantes, direitos previdenciários, a não discriminação de pessoas vivendo com HIV/Aids e a Lei de Redução de Danos, diminuindo o estigma entre a população usuária de drogas injetáveis. Hoje, a política em torno dos direitos sociais e civis desempenha um papel fundamental na questão da aids, pela necessidade de garantias individuais e de assistência, diante do

contexto de desigualdade social em que se encontra grande parte das pessoas vivendo com HIV/Aids.

Parcerias com ONG's

Apesar das importantes conquistas e avanços, as ações de promoção da saúde, de prevenção das DST/HIV/Aids e de defesa dos Direitos Humanos das pessoas vivendo com HIV/Aids ainda nos apresentam grandes desafios. Um dos fatores que não podemos deixar de mencionar são os efeitos adversos da terapia antirretroviral, que acometem grande parte das pessoas que fazem uso dos medicamentos ARV. Para dar conta dessa questão e em cumprimento às deliberações da II Conferência Municipal de DST/Aids, realizada em outubro de 2005, o Programa Municipal de DST/Aids investiu na parceria com as Organizações Não-Governamentais, em especial para ações de prevenção secundária e terciária, com o intuito de minimizar e prevenir os danos causados pelos efeitos adversos dos medicamentos.

Um dos projetos em parceria é o “Malhação Vida Nova”, desenvolvido pela ONG Instituto Vida Nova Integração Social, Educação e Cidadania, desde 2006, na zona leste da capital. Com uma proposta inovadora na montagem de uma academia de ginástica, o “Malhação Vida Nova” oferece exercícios físicos aos usuários, devidamente supervisionados por profissionais da área de educação física, psicologia e fonoaudiologia. As aulas incluem hidroginástica e orientação nutricional, atendendo usuários das mais variadas regiões da cidade, em especial pessoas encaminhadas

pelos serviços municipais de saúde especializados da zona leste.

Outra ação similar tem sido desenvolvida na região sudeste, quando o GIV - Grupo de Incentivo à Vida iniciou, em 2001, o projeto “Corpo e Mente” nas dependências do Ambulatório de Especialidades Dr. Alexandre Kalil Yazbeck, em parceria com os profissionais do SAE Ceci e, à época, com o apoio do Programa Nacional de DST/Aids. O “Corpo e Mente” inclui exercícios físicos aeróbicos e anaeróbicos que ajudam na queima de gordura abdominal e das costas, aumentam a massa muscular de braços, pernas e nádegas, além de aumentar a imunidade, o que contribui para o resgate da auto-estima e cidadania da pessoa vivendo com HIV/Aids. Ao final do financiamento pelo Programa Nacional, o projeto continuou sendo desenvolvido com apoio do Programa Municipal de DST/Aids, até o final de junho de 2008, quando o GIV, por questões próprias, resolveu finalizar a parceria. Para não interromper e de modo a não causar prejuízos a seus participantes, o Programa Municipal de DST/Aids iniciou uma nova articulação, desta vez com a ONG Associação François Xavier Bagnoud do Brasil, para a continuidade das ações.

Na ação conjunta com os vários segmentos da Sociedade Civil Organizada, no primeiro semestre de 2008 o Grupo de Valorização de Trabalho em Rede - GVTR, a Associação SOS Saúde Mental Ecologia e Cultura e o Programa Municipal de DST/Aids, iniciaram uma parceria em um outro projeto no intuito de aproximar as religiões afro-brasileiras da rede municipal de DST/Aids para esta-

belecer uma rede de prevenção e assistência às DST/Aids e trocar conhecimentos entre os profissionais de saúde e a comunidade dos terreiros. Foram realizadas oficinas de capacitação em terreiro de Candomblé, onde reuniram-se profissionais de saúde da Rede Municipal Especializada em DST/Aids, sacerdotes, sacerdotisas e lideranças comunitárias para discutir os diferentes conceitos de saúde e doença.

Destacamos também as parcerias com as Casas de Apoio para Adultos Vivendo com HIV/Aids. Concebidas, a princípio, para serem espaços de acolhimento temporário para os pacientes de aids, o que acontece é que muitos desses locais tornaram-se espaços de permanência indefinida, ou por toda a vida, do paciente. O Ministério da Saúde estabeleceu a portaria 1824, de 2 de setembro de 2004, regulamentando o financiamento para as Casas de Apoio para Adultos, visando a reinserção social dos seus moradores. Esse foi o primeiro passo dos municípios rumo à descentralização dos recursos para OSC, até então sob a responsabilidade dos Programas Estaduais de DST/Aids. Esse processo permitiu alcançar uma maior proximidade com os dirigentes dessas instituições, para discutir e analisar individualmente as especificidades de cada instituição, resultando na elaboração coletiva de um plano de ação que, minimamente, garanta a melhoria da qualidade das pessoas que ali habitam. Entretanto, essa foi apenas uma primeira iniciativa, cujo teor da ação deverá ser ampliado através de um processo que promova a transitoriedade dos moradores, com suporte técnico e financeiro de outras instâncias, notadamente da área de assistência social.

Alicerce das ações governamentais e SCO

Um avanço que consideramos de grande importância na consolidação de Políticas Públicas no enfrentamento da epidemia do HIV/Aids na cidade de São Paulo ocorreu com a criação da Comissão Municipal de DST/Aids, em novembro de 2002. Composta por vários segmentos populacionais, a Comissão tem sido um importante canal de interlocução e controle social subordinado ao Conselho Municipal de Saúde, que é a instância máxima, legitimamente constituído para a elaboração, acompanhamento e implantação de políticas de saúde que atendam às necessidades da população em consonância com as diretrizes do SUS. Esse espaço tem propiciado ao Programa Municipal de DST/Aids instrumentos fundamentais na construção coletiva, como a elaboração do Plano de Ações e Metas, a melhoria na estrutura física e operacional dos serviços de especialidades em DST/Aids, além de contribuir no aspecto econômico financeiro, bem como na operacionalização de ações voltadas para a assistência e prevenção.

As relações estabelecidas na esfera governamental têm possibilitado uma atuação conjunta e respostas imediatas quanto às obrigações do Estado. A mobilização social das ONGs é importante, mas não pode ser considerada suficiente se não houver uma interlocução governamental. Nesse sentido, entendemos que os gestores públicos, no processo das interlocução com a sociedade civil, devem favorecer o conhecimento da dinâmica estatal. Um dos principais desafios do trabalho de articulação do gestor público com a sociedade civil consiste na promoção de discussões

locais, referidas por políticas também locais e para isso é necessária a inserção dos usuários nos Conselhos Gestores das unidades de saúde, desenvolvendo ações e projetos que não se limitem aos seus interesses individuais e, sim, propondo políticas que propiciem transformações sociais.

ARTICULAÇÃO

Autores

Cely Akemi Tanaka, Gilvane Casimiro da Silva, Marcos Blumenfeld Deorato

São Paulo

O Município na luta contra a Aids

COMUNICAÇÃO

DIÁLOGO E INTERAÇÃO NO ENFRENTAMENTO DAS DST/ AIDS

A Comunicação não se resume a um conjunto de instrumentos técnicos que ajudam na conectividade dos seres humanos, ou numa disciplina para especialistas da área. Ao fazer esta afirmação no livro “Desafios da Comunicação”,^[1] que debate o tema no mundo atual, Ladislau Dowbor menciona o conglomerado onde a telefonia (voz), televisão (imagem) e informática (informação) se articulam e constata que este conjunto cresceu de maneira a adquirir um papel absolu-

[1] DOWBOR, L, Desafios da Comunicação. Editora Vozes, Petrópolis, RJ, 2003, p.7

tamente central nas atividades humanas em geral. “O que está mudando não é a comunicação, é a sociedade. E a comunicação desempenha um papel-chave nessa transformação. Não é apenas uma área ou um setor de atividades: é uma dimensão de todos os setores, um vetor intensamente ramificado de transformação social.”

Para outro estudioso da área, Martín-Barbero,^[2] devemos estar conscientes de dois tipos de dinâmicas que movem as mudanças na sociedade: a incidência dos meios tradicionais e o impacto das novas tecnologias na vida em sociedade. Para ele, o que aparece como estratégico, mais que a intervenção dos meios, é a aparição de um ecossistema comunicativo. A primeira manifestação e materialização desse ecossistema comunicativo é a relação das novas tecnologias. Assim, a comunicação como um processo de interação social pode ser vista cada vez mais como um diálogo de muitas vozes, no qual o que se coloca é a superação da tradicional visão instrumental das tecnologias, para instaurar um discurso sobre o cenário e o ambiente em que atuam. O âmbito é o das “mediações” e não apenas o da “instrumentalidade tecnológica”.

É assim, em seu papel de mediadora, que deve ser pensada a Comunicação no Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo, no qual ela é também considerada como estratégica para o enfrentamento da epidemia do HIV/Aids e das DST. Isso significa que cabe a ela ser personagem

[2] SOARES, I, O. Metodologias da educação para Comunicação e Gestão Comunicativa no Brasil e na América Latina. In: BACCEGA, M.A., Gestão de Processos Comunicacionais. Editora Atlas, São Paulo, 2002, p.121

ativa no planejamento geral das ações, bem como em seus desdobramentos. Não se trata apenas de escrever, fazer materiais, divulgar, realizar eventos, assessorar com textos/palavras/imagens/ideias ou de apenas transmitir falas por meio de determinadas técnicas ou tecnologias. Trata-se de pensar e fazer em conjunto, de interação, de interagir, de intercomunicar.

O que dá o tom da Comunicação no Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo são os mesmos princípios gerais do Sistema Único de Saúde, o SUS, que orientam todas as ações do PM. Dentro do princípio de universalidade, temos como desafio dialogar com cerca de 11 milhões de habitantes, com toda a população da cidade de São Paulo, levando em conta que as DST/Aids não são uma questão restrita a um ou outro setor da sociedade. Dentro do princípio da equidade, outra tarefa é enxergar, em meio à população em geral, os vários segmentos sociais, suas especificidades, suas necessidades e suas vulnerabilidades frente às DST/Aids. Ao lado desses princípios, estão também a defesa do direito à saúde dentro de uma visão integral e o respeito ao controle social, aos direitos de cidadania, à diversidade e, em especial, aos direitos das pessoas vivendo com HIV/Aids.

“Uma verdadeira viagem de descobrimento não é encontrar novas terras, mas ter um novo olhar”.

Marcel Proust

Segundo Torquato,^[3] “por meio da comunicação, uma pessoa convence, persuade, atrai, muda ideias, influi, gera atitudes, desperta sentimentos, provoca expectativas e induz comportamento. Por meio da comunicação, uma organização estabelece uma tipologia de consentimento, formando congruência, equalização, homogeneização de ideias, integração de propósitos”.

No Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo, a Comunicação é uma área que atua lado a lado com as demais. O setor é composto por uma equipe de profissionais que executam suas tarefas técnicas mais específicas, mas a comunicação permeia todas as áreas e está incorporada nas atividades e ações desenvolvidas por todas elas.

Com as mudanças atuais na sociedade e os novos recursos de comunicação, um grande desafio dos dias atuais é saber enxergar com clareza o cotidiano e tratar a realidade e seus temas de um modo integrado e criativo. Isto significa, no caso do Programa Municipal de DST/Aids, que os vários instrumentos de comunicação têm de ser vistos como potencializadores das ações e políticas desenvolvidas para o controle das DST/Aids.

[3] TORQUATO, Gaudêncio. Cultura, poder, comunicação e imagem: fundamentos da nova empresa. Editora Pioneira, São Paulo, 1991, p. 161.

A Comunicação Interna

A Comunicação Interna-CI é uma parte das responsabilidades do setor, no sentido de comunicar e equalizar os objetivos e metas do PM DST/Aids e informar a todos os técnicos sobre as atividades cotidianas que são, em geral, em grande número. A CI é importante para posicionar papéis ou “afinar o discurso”, favorecendo a representação política de todos os técnicos do Programa Municipal nas diversas instâncias participativas. Atualmente, os veículos de comunicação dirigida que utilizamos são:

1. O Boletim Informativo “DSTaques da SemanAIDS”, de periodicidade semanal, que traz experiências, destaques da semana, principais notícias da mídia sobre DST/HIV/Aids e calendário de eventos. A edição do Boletim é feita pelo setor e tem como fórum de discussão e socialização de informações a reunião da Comissão Técnica Gestora – CTG, que acontece toda segunda-feira, liderada pela coordenação do PM DST/Aids.

2. A página da internet do Programa Municipal de DST/Aids, que é alimentada com todas as ações realizadas, materiais didáticos, artigos, reportagens e outras informações.

3. A Comunicação do PM DST/Aids também utiliza as ferramentas já existentes na Prefeitura Municipal de São Paulo, como a rede de comunicação Prodam que acessa os funcionários da Secretaria Municipal da Saúde e da Prefeitura, o site da PMSP, a intranet da Secretaria Municipal da Saúde, o Boletim “Pombo Correio” de responsabilidade da Coordenação de Recursos Humanos – CRH2 da SMS,

com colaboração multissetorial e os Telecentros. Os temas relacionados à área de DST/Aids também vem sendo veiculados pela Rede São Paulo Saudável, por meio de canais de televisão instalados em todas as unidades de saúde do município destinados aos cidadãos (Canal 1) e aos profissionais de saúde (Canal 2), e pela rede de TV instalada nos ônibus municipais.

Eventos

“Se você não sabe para onde está indo, provavelmente acabará em outro lugar”.

Dr. Laurence J. Peter e Raymond Hull

No Programa Municipal de DST/Aids, os eventos têm um papel fundamental como instrumentos de comunicação. Fazer evento não é só fazer festa. É chamar a atenção para um assunto, um tema de importância, chamar para uma lembrança coletiva. Um evento é um veículo de comunicação dirigida aproximativa – permite aproximação física entre público e organizador – e envolve um grande número de pessoas nas diversas fases do seu planejamento e organização, além de facilitar o intercâmbio entre o PM DST/Aids e os mais diversos públicos. O evento faz uso da “capacidade sinérgica da qual dispõe o poder expressivo no intuito de engajar pessoas numa ideia ou ação.”^[4]

[4] GIÁCOMO, Cristina. Tudo acaba em festa. Scritta Editorial, São Paulo, 1993, p.45

A organização de eventos exige o devido cuidado com o planejamento, a concepção logística e visual, o cerimonial e protocolo, a realização e a avaliação. Promover encontros, intercâmbio de informações e integração entre os diversos setores envolvidos com as DST/Aids (público interno e externo), dentro desse processo de planejamento e organização, é mais uma das atribuições do setor de Comunicação. Todos os eventos são tratados conforme suas particularidades, necessidades e características próprias. Independentemente de sua dimensão, é fundamental sua boa qualidade.

O início do processo de organização de eventos no Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo é a elaboração do PAM – Plano de Ações e Metas e o planejamento anual e semestral da área, com a discussão coletiva de um calendário. A partir daí, tendo como base as comissões organizadas de acordo com os temas, é feito o preenchimento de um formulário que orienta uma série de providências da área de Comunicação, em relação a materiais, recursos físicos e humanos, equipamentos, orçamentos e contatos.

A divulgação do evento tem uma importância fundamental. Mesmo sendo dirigido a um público específico, a publicização de sua realização e a divulgação de seus conteúdos são feitas de um modo amplo, para a informação permanente de um maior número de pessoas. A divulgação dos eventos do Programa Municipal de DST/Aids é feita, em geral, via convite eletrônico (utilizando o mailling institucional, atualizado periodicamente), por meio da rede Prodam, no site do PM e por releases para a imprensa, entre outros.

O sucesso de um evento contribui para o reconhecimento e a credibilidade das ações do PM DST/Aids de São Paulo diante da opinião pública. Para tanto, todos os seus passos devem estar previstos numa listagem e devem ser acompanhados durante todo o processo, do planejamento ao encerramento e avaliação do evento. O PM DST/Aids realiza cerca de 120 eventos/ano, considerando campanhas de prevenção, seminários, simpósios, conferências, fóruns, estandes treinamentos, oficinas e reuniões de todos os tipos. Todos os eventos são registrados oficialmente no Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde - CEFOR, órgão da SMS, criado em 1990 com o objetivo de formar e desenvolver trabalhadores da área da saúde, visando à valorização pessoal e profissional e à constante melhoria da qualidade da assistência ao usuário. Durante os anos de 2005 a 2008, somamos cerca de 10 mil participantes nesses eventos.

A realização de **Campanhas de Massa** também é mais uma das atividades do setor. O Brasil foi um dos primeiros países a deixar de associar as campanhas de DST/Aids com a morte, passando a dar destaque para a prevenção (uso do preservativo), a informação e o respeito aos direitos humanos e à diversidade. Fatores fundamentais, como dados epidemiológicos e a participação da sociedade civil, pautam o processo de construção de uma campanha, que tem o objetivo de dar visibilidade e fomentar ações de prevenção, assim como sensibilizar para a mudança de comportamento.

Algumas campanhas fazem parte do calendário nacional ou internacional e outras são apenas do município

de São Paulo. As campanhas fixas acontecem durante o Carnaval, no Dia dos Namorados, durante as Paradas do Orgulho GLBT, na Semana Municipal de Prevenção ao HPV, no Dia Nacional de Combate à Sífilis e no Dia Mundial de Luta contra a Aids. Datas relacionadas a determinadas populações (jovens, negros, mulheres, indígenas) e ocasiões como campeonato de futebol, feiras culturais, entre outras, também são utilizadas para as campanhas de massa. Nos últimos anos, algumas parcerias estratégicas foram fundamentais na realização dessas campanhas, como veículos de comunicação, empresas de preservativos, SPTuris, Liga das Escolas de Samba, Associação da Parada GLBT, Oficina dos Menestréis, Federação Paulista de Futebol, Agência de Notícias da Aids, Programas Nacional e Estadual de DST/Aids, Organizações da Sociedade Civil, entre outras.

Também consideradas evento, mas com especificidades diferentes (educação continuada), as ações de formação e qualificação, de **Educação Permanente**, fazem parte da rotina do setor que assegura o suporte técnico para a realização dos mesmos. As capacitações objetivam fortalecer, repassar ou reciclar conhecimentos para gestores e técnicos da Rede Municipal Especializada em DST/Aids, buscando a qualidade da atenção.

Ainda nessa área, a criação de um programa de **Banco de Dados** vem possibilitando o registro e o arquivo da memória dos eventos. O programa emite relatórios que permitem resgatar a quantidade de eventos realizados por período, a participação de técnicos e palestrantes, fornecedores, assim como a avaliação de cada um. O Programa

Municipal de DST/Aids de São Paulo também é parceiro de eventos realizados por diversas instituições, assegurando apoio logístico, técnico e financeiro. Também é de responsabilidade do setor de Comunicação, a manutenção e operacionalização de recursos físicos e materiais (data show, laptop, telão, projetor de slide, máquinas fotográficas, filmadoras, tripés, banners institucionais, confecção de kits para participantes, entre outros).

Produção de materiais

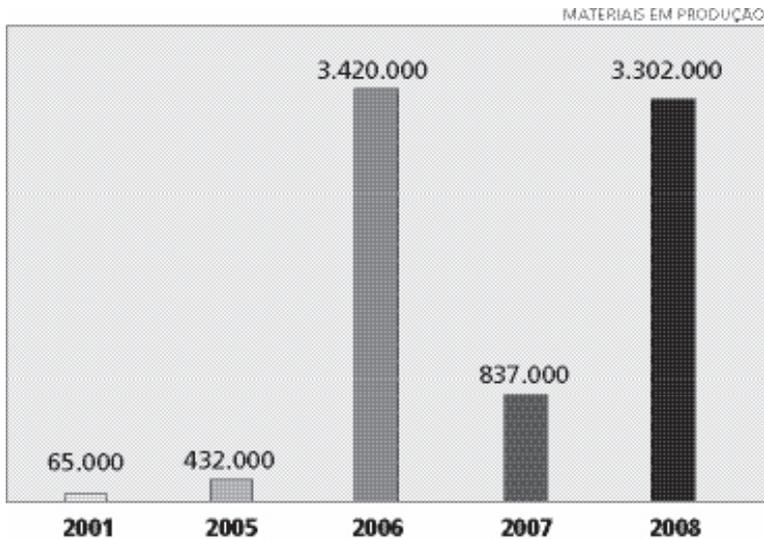
“Decência e boniteza de mãos dadas – a ética ao lado sempre da estética”

Paulo Freire

A criação, a elaboração, a supervisão, a revisão e a produção editorial de materiais institucionais são outras atribuições do setor de Comunicação. Sempre em busca da qualidade da informação e de atender às necessidades de cada público, partimos da discussão coletiva da mensagem que queremos para dar início ao processo de criação. Os materiais produzidos pelo setor totalizam cerca de 80 diferentes peças por ano, entre folhetos, cartazes, manuais, fluxogramas, livros, boletins, inventários, CD, vídeos, pôsteres, logotipos e materiais específicos de campanhas e projetos de prevenção.

Um componente importante na produção das peças de comunicação é o respeito à diversidade e o uso de linguagens

acessíveis ao público alvo. A criação também é dirigida para um uso integrado em diversas mídias, do impresso às vinhetas de televisão, passando por mensagens via internet e outros meios. Os materiais produzidos pelo Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo estão disponíveis na internet, no site do PM. Eles podem ser reproduzidos, respeitando-se o conteúdo, a criação artística e os devidos créditos.



A integração das mídias e a prevenção a distância

Cada vez mais as mídias se constituem “como um dos dispositivos instituidores do espaço público, na medida em que, pela sua ação ritualística e cotidiana, as mídias

vão não só anunciando a noção de realidade, mas convertendo-se, elas mesmas, como lugar pelo qual a realidade não só passa por elas, mas também se faz nelas”^[5]. As mídias modernas permitem o acesso plural de ofertas de mensagens a uma pluralidade de indivíduos.

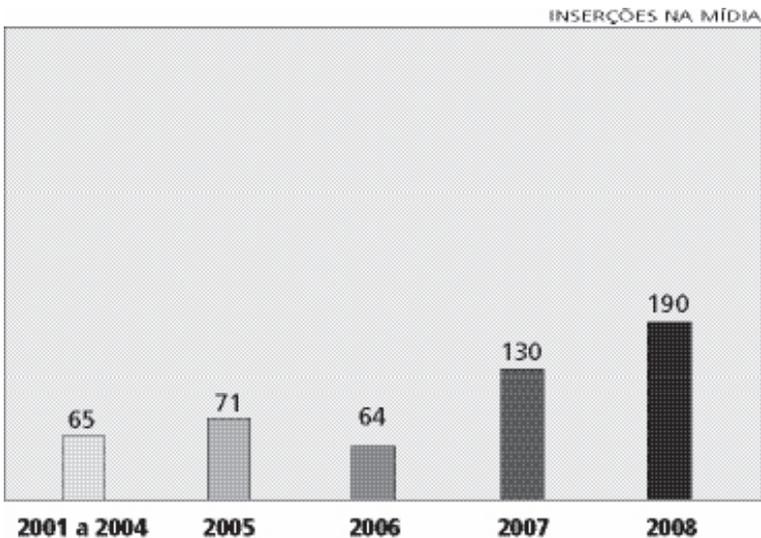
A força dos grandes meios de comunicação de massa, sediados em grande parte na cidade de São Paulo, é fundamental para a luta contra a Aids. Por isto, a relação com a grande imprensa por meio de *releases* regulares, objetivos e claros, e o atendimento permanente a todas as pautas e veículos, bem como o contato aberto – e sempre pautado pelo respeito mútuo – com os profissionais de imprensa, são pontos de destaque para o Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo.

Os grandes veículos de comunicação são fontes de informação e pesquisa para a população em geral e, em especial, para os militantes e pesquisadores da causa da aids. “A imprensa irradia para a sociedade um saber sobre o mundo que produz memória”. Por isso, ao lado da inserção constante em rádio, jornal e televisão, é fundamental que as mensagens transmitidas possam ser interpretadas de maneira correta. O cuidado com os dados, com o atendimento às informações demandadas e o respeito à verdade são prioridades.

Poder contar com profissionais da área de comunicação, das várias mídias, como parceiros e aliados no en-

[5] FAUSTO NETO, Antonio. Mídia impressas – estudo sobre a Aids. Coleção Comunicação. São Paulo, Hacker Editores, 1999, p. 16 e 19.

frentamento da epidemia do HIV/Aids é também uma proposta sempre presente nas ações do Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo. Várias atividades realizadas já puderam contar com nomes como Jairo Bouer, Boris Casoy, Regina Volpato, Heródoto Barbeiro, Roseli Tardelli, Neide Duarte, Paulo Bonfá, Silvia Poppovic, entre outros. Essa parceria adiciona qualidade profissional, motiva a participação das pessoas e cria uma dinâmica nova de discussão e de trabalho. Mais do que isto, ela também contribui para que esses profissionais estejam sempre renovando e apurando o olhar frente aos desafios que a epidemia do HIV/Aids apresenta para toda a sociedade.



Ao lado da grande mídia, merece atenção a necessidade de inovar nas tecnologias e métodos de comunicação

para atingir diferentes públicos. As novas tecnologias têm uma característica de agilizar a captação, a transmissão e a distribuição da informação, por meio da digitalização e da comunicação em rede. A utilização dessas tecnologias permite a transmissão de conteúdo de forma prática e didática, além de atingir um público maior. É uma forma alternativa para superar limites de tempo e espaço. As novas tecnologias estão associadas à interatividade, quebrando um modelo tradicional de comunicação, no qual a informação é transmitida unidirecionalmente.

Uma das principais ferramentas de comunicação a distância é o **site** do Programa Municipal de DST/Aids. Ele é um instrumento de contato, divulgação e troca de informação para os serviços especializados em DST/Aids, parceiros, OSC, ONG, profissionais de saúde e público em geral. O **Fale-conosco**, acessado pelo site, é uma importante ferramenta de interatividade com os diversos públicos. Por meio dele, recebemos reclamações, elogios, opiniões e, principalmente, dúvidas em relação às DST/HIV/Aids de toda parte do país.

Desde dezembro de 2007, o Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo mantém também uma sede no Second Life, ambiente virtual e tridimensional que simula aspectos da vida real, no endereço **MLBR Anhangabau 140,116,37**. A opção pelo uso dessa ferramenta se deu como uma experiência rica de utilização de uma nova linguagem junto ao público jovem. Na sede virtual do Second Life, os visitantes acessam informações sobre as DST/Aids, participam de eventos e estabelecem diálogos, numa atividade de prevenção a distância. De janeiro a novembro de 2008,

foram cerca de 15 mil visitas à sede virtual, onde as pessoas puderam conhecer o local e retirar cartões com informações reais de prevenção às DST/Aids. Durante os quatro dias de carnaval, cerca de 4.000 visitantes participaram das atividades no mundo virtual.

No mês de dezembro de 2008, em comemoração ao Dia Mundial de Luta contra a Aids, o filme “A Vida de Tereza”, sobre prevenção às DST/Aids, foi exibido pelo Programa Municipal de DST/Aids no Second Life. Várias palestras também foram realizadas, em parceria com o professor Gilson Schwartz, da Cidade do Conhecimento da USP e do Centro Cultural Bradesco no Second Life. O PM DST/Aids de SP participou também da comitiva virtual brasileira que esteve presente na inauguração da ilha Karuna, um espaço internacional dedicado à prevenção e divulgação de pesquisa sobre a Aids no Second Life, um projeto financiado pela Biblioteca Nacional Médica dos Estados Unidos.

Entre os novos meios de Comunicação, a criação da Rede São Paulo Saudável, da Secretaria Municipal da Saúde, com uma programação de televisão voltada para o público usuário dos serviços de saúde e outra destinada aos profissionais de saúde do município, é uma nova frente que se abre, com desafios e possibilidades. A partir do Dia Nacional de Combate à Sífilis, realizado em outubro, o Programa Municipal de DST/Aids deu início a atividades de formação profissional a distância, por meio de palestras e outras ações educativas via TV.

A produção de materiais para públicos específicos e com linguagens adequadas, a implantação de mecanismos

de acessibilidade a pessoas com deficiência visual no site do PM DST/Aids de São Paulo, a formação de agentes de prevenção com domínio em Libras – Linguagem Brasileira de Sinais para atuação ao lado de pessoas com deficiência auditiva, o desenvolvimento de uma ação integrada junto ao público dos Telecentros, são algumas novas tarefas que se colocam para a área de Comunicação, sempre tendo em vista o desafio maior que é a contribuição efetiva para o enfrentamento das DST/Aids e a garantia da atenção à saúde da população de nossa cidade.

COMUNICAÇÃO

Autores

Celia Regina de Souza, Luciana Oliveira Pinto de Abreu,
Pedro Zavitoski Malavolta, Roberto Ramolo, Sueli Aparecida
Cardeal