

Seminário de Capacitação em HIV:
Aprimorando o Debate III

**Cuidado e Assistência
Integral às pessoas vivendo
com HIV/aids – a experiência
do Programa de IST/Aids
de São Paulo.**

Rosa de Alencar Souza
Maria Clara Gianna
Emi Shimma
Artur Kalichman



Apresentação

O Projeto Aprimorando o Debate III, realizado pela ABIA, prevê a organização de quatro seminários de capacitação nas regiões Sul e Sudeste do Brasil no ano de 2019. O objetivo é estimular e aprimorar o conhecimento multi-setorial e multidisciplinar sobre vários aspectos da epidemia do HIV e da AIDS no país por meio do envolvimento de setores governamentais, acadêmico e também da sociedade civil organizada.

Os quatro seminários previstos no Projeto Aprimorando o Debate III têm a missão de abordar temas como mobilização, participação social e sustentabilidade das ONGs; estigma, discriminação, pânico moral e violência estrutural; prevenção, redução de danos e sexo mais seguro; assistência e acesso aos medicamentos.

Esta publicação oferece uma contribuição sobre a conjuntura em relação ao “Cuidado e Assistência Integral às pessoas vivendo com HIV/aids - a experiência do Programa de IST/Aids de São Paulo”, tema do 4º Seminário de Capacitação em HIV realizado em Porto Alegre. O texto foi elaborado por Rosa de Alencar Souza, Maria Clara Gianna, Emi Shimma e Artur Kalichman. Ao convidá-los para assinarem esta publicação, a ABIA chama a atenção para a experiência emblemática de São Paulo na resposta à AIDS, que se destacou pelas inovações implementadas no âmbito do tratamento. Antes de 1996, por exemplo, já garantiam o acesso universal às pessoas que vivem com HIV. Também criaram os primeiros laboratórios dedicados às pessoas trans, além da integralidade do tratamento. Num país carente de bons resultados em saúde pública, ao registrar esta experiência, esperamos inspirar pessoas e serviços de outras regiões do país.

Boa leitura!



Introdução e histórico

Há quase 40 anos cuidamos de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA). No início da epidemia, não havia medicamentos eficazes. Atualmente, contamos com um arsenal de drogas potentes, testes rápidos para HIV, além de um leque de possibilidades no campo da prevenção.

Aceitamos com entusiasmo o convite para elaborar este texto que serve de subsídio à discussão sobre assistência às Pessoas Vivendo com HIV e aids (PVHA). Foi uma tarefa instigante e desafiadora. Uma vez que estamos desde o final dos anos 80 e início da década de 90 à frente da coordenação de IST/Aids do estado de São Paulo nos pareceu apropriado conduzir este debate a partir deste lugar, o de profissionais da gestão e assistência do CRT DST/Aids-SP. É desta perspectiva que elaboramos este texto.

O Programa de Aids de São Paulo foi criado em 1983 como resposta a uma reivindicação enviada à Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP) por representantes do movimento homossexual paulista sobre um novo problema de saúde que afetava sua comunidade. O reconhecimento da legitimidade dessa demanda, bem como de seus portadores, e a proposta de envolvê-los na elaboração das respostas a serem dadas denotam uma postura ética inclusiva e não discriminatória da SES-SP. A conjuntura política de redemocratização e o contexto institucional na gestão Montoro/João Yunes (1983-86), marcado pelo espírito da redemocratização e da reforma sanitária, davam as condições para a elaboração de propostas comprometidas com a promoção da cidadania e dos direitos humanos.

Dessa forma, o surgimento do Programa de Aids em São Paulo tem como disparador uma demanda comunitária, uma resposta construída na medida do possível, com a participação dos demandantes e não a partir de uma decisão tecnocrática isolada tomada por técnicos ou políticos.

O trabalho em equipes multiprofissionais no cuidado dos pacientes, a criação do primeiro Disque-Aids, a articulação com a comunidade nas ações de suporte social e prevenção foram estratégias utilizadas desde o início do programa.



Vários sentidos e propósitos presentes no princípio da integralidade fazem parte da identidade do Programa de Aids da SES-SP. Este surgiu na mesma época que o Programa Integral de Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, que também contou em sua elaboração com participação dos sujeitos implicados na questão.

O Programa de Aids buscava, além de articular técnicos e comunidades afetadas, integrar as ações de prevenção, assistência e vigilância epidemiológica destacava-se pelo caráter multiprofissional no que diz respeito a assistência individual.

A criação do CRT Aids em 1988 permitiu atualizar essas experiências e aprofundar os vínculos entre as estratégias de gestão do cuidado individual e da gestão dos serviços e da rede que produz e oferta esse cuidado, operando a partir de uma mesma e nova plataforma tecnológica e institucional, com potencial para lhes conferir ainda mais alcance e eficácia. Essa vinculação e articulação da gestão do cuidado individual e da sua gestão programática ou em rede é, desde então, uma marca da instituição e um desafio que a qualifica positivamente, dando grande legitimidade técnica e política ao trabalho do CRT Aids nesses dois campos.

Adicionalmente, como pôde ser visto pela implantação do Hospital-dia e pela consolidação do seu ambulatório, o CRT Aids também atua desenvolvendo e testando novos arranjos tecnológicos e modelos de atenção, pois tratava-se de cuidar de pessoas e descentralizar o cuidado para uma epidemia na época ainda muito desconhecida e grave, em um contexto que interpelava os profissionais de saúde demandando disponibilidade, coragem, criatividade e ao mesmo tempo resignação.

A articulação dos diferentes níveis de gestão do cuidado no CRT Aids faz com que o forte vínculo e responsabilização no trabalho assistencial também esteja presente na atuação programática. Nessa dimensão da gestão da rede de cuidado, o vínculo e a responsabilidade eram estabelecidos com o conjunto das pessoas afetadas pela epidemia no Estado, com os serviços e parceiros regionais, municipais e federais, governamentais e não governamentais envolvidos na construção da resposta programática e, no limite, com o conjunto da sociedade, por tratar-se de um sério problema de saúde pública.

Entre 1988 e 1992, com a coordenação e o suporte do CRT Aids, ocorreu o primeiro grande ciclo de expansão e descentralização da rede de cuidado em aids



no Estado de São Paulo. Esse primeiro ciclo teve como contexto a pressão colocada pela rápida expansão da epidemia e do número de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), demandando acompanhamento nas grandes cidades do Estado, e a progressiva incorporação da assistência individual e de seu acesso universal por meio das Secretarias Estaduais, iniciadas com as Ações Integradas em Saúde (AIS), em 1983, aprofundada com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, e, finalmente, garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988.

Esse ciclo teve vetores e suportes predominantemente estaduais. Embora o Programa Nacional de Aids já existisse, nesse período inicial, e até o final de 1991, não veio dele nenhum suporte financeiro, técnico ou político para esse movimento. Da mesma forma, com exceção de alguns serviços dos municípios de Santos e São Paulo, que já contavam desde 1989 com Programas Municipais de Aids, a maior parte da rede assistencial já existente ou criada nesse ciclo estava sob gestão estadual ou das Universidades. Enquanto a equipe da Vigilância Epidemiológica do CRT Aids fazia a gestão e a articulação com as regiões e os serviços, o ambulatório e o HD do CRT Aids funcionavam como referência técnica e campo de treinamento prático para as equipes dos serviços que iam sendo estruturados ou consolidadas.

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

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

Em 1995, o CRT DST/Aids consolida-se como sede da Coordenação do Programa Estadual de DST/Aids. Em 1996, o CRT DST/Aids passa a ser vinculado à Coordenação dos Institutos de Pesquisa (CIP), órgão então responsável pela definição das políticas de saúde pública no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde. Com a mudança de estrutura ocorrida na Secretaria de Estado da Saúde em 2005, a Coordenação dos Institutos de Pesquisa passou a chamar-se Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD).



Durante toda a década de 90, a Coordenação do Programa do CRT-DST/AIDS continuou priorizando o investimento na estruturação de uma rede de serviços descentralizada, na perspectiva de ampliar o acesso dos portadores de DST/HIV/AIDS a atenção à saúde.

Para cumprir este objetivo o CRT DST/AIDS apoiou política, técnica e financeiramente através dos recursos dos Planos Operacionais Anuais previstos no acordo de empréstimo do Banco Mundial, os municípios na implantação/implementação dos serviços, através da aquisição de equipamentos médico-hospitalares, criação e melhoria da infraestrutura de apoio diagnóstico e prestação de assistência nas diversas modalidades de serviços.

Esta implantação/implementação de serviços também se deu de forma importante a partir da elaboração de projetos pelos municípios e instâncias regionais com apoio dos técnicos da área de assistência da Coordenação do Programa Estadual e importante indução financeira do Ministério da Saúde. Neste período vários ambulatórios especializados foram adequados com aquisição de mobiliários e implantação de atividades de Hospital-dia, que consistia na estruturação de local com cadeiras longarinas, macas, escadas e suporte de soro que possibilitava a administração de medicamentos endovenosos para profilaxias das infecções oportunistas, nos locais onde não existiam hospitais-dia ou a demanda/necessidade não justificava a implantação desta modalidade assistencial. Aliado a elaboração, avaliação e financiamento dos projetos, vários treinamentos para equipes multidisciplinares foram realizados numa parceria entre o programa estadual de São Paulo e Programa Nacional de IST/Aids.

O CRT DST/Aids contava com um interlocutor do Programa de Aids em cada uma das instâncias regionais da SES-SP, e eram estes interlocutores que articulavam as questões programáticas com os municípios e serviços em suas bases regionais. Com a estruturação dos Programas Municipais e a intensificação da sua participação na construção e execução das ações de resposta à epidemia no Estado, o CRT DST/Aids acabou por criar espaços de articulação que reuniam interlocutores regionais e Coordenadores dos Programas de Aids dos Municípios prioritários. Além destes, também participam dos fóruns de gerência da Rede de Cuidados os representantes das ONGs e Rede de PVHA.

Todo este processo resultou na implantação/implementação no estado de SP de 200 serviços especializados que acompanham PVHA, com outras DST (que passaram a ser denominadas em 2018 de infecções sexualmente transmissíveis, IST) e mais recentemente as pessoas com hepatites virais, 32 hospitais-dia, 30 Serviços de Assistência Domiciliar Terapêutica, 149 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e 802 leitos públicos e privados (filantrópicos) destinados à assistência de pessoas vivendo com HIV/AIDS e cerca de 300 leitos em casas de apoio. Nas tabelas 1 e 2 estão descritos a distribuição dos Serviços de Assistência Especializada (SAE), segundo a unidade gestora. Nota-se que 85% dos serviços estão sob gestão municipal e a grande maioria é ambulatorio exclusivo de assistência especializada para PVHA, IST e hepatites virais (SAE) e ambulatorios de especialidades.

TABELA 1- Número e proporção de serviços de acordo com o tipo de unidade gestora, São Paulo, 2016.

GESTÃO	n	%
Secretaria de Estado da Saúde	12	6,1
Secretaria Municipal de Saúde	166	84,3
Universidade pública	7	3,6
Universidade privada	2	1,0
Ministério da Saúde	3	1,5
Consórcio intermunicipal	2	1,0
Organização Social	2	1,0
Outros	3	1,5
Total	197	100

Fonte: Qualiaids, 2016



TABELA 2- Número e proporção de serviços de acordo com o tipo de serviço inserido, segundo Qualiaids, 2016.

TIPO DE SERVIÇO	N	%
Ambulatório exclusivo de assistência especializada a pacientes com HIV/ Aids, IST e hepatites virais (SAE)	82	41,6
Ambulatório especializado em moléstias infecciosas	44	22,3
Ambulatório de assistência especializada a pacientes com HIV/aids, IST e Hepatites Virais inserido em um serviço de atenção básica (Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde ou ESF).	17	8,6
Serviço de atenção básica (Unidade Básica de Saúde, Centro de Saúde ou ESF) que acompanha pacientes com HIV/aids.	15	7,6
Ambulatório de assistência a várias especialidades (ex.: dermatologia, urologia, psiquiatria).	15	7,6
Ambulatório de hospital	14	7,1
Outros	10	5,1
	197	100

Fonte: Qualiaids, 2016

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

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



de vida, da expectativa de vida. As PVHA tratados de forma oportuna podem ter a mesma expectativa de vida de pessoas HIV negativas.

Neste contexto, as PVHA acabarão por procurar apoio, tratamento e cuidados dos quadros agudos (agudização da comorbidade) em prontos-socorros, UPA, Hospitais e para as condições crônicas (comorbidade) em UBS, ambulatórios de especialidades, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Atenção Psicossocial para pessoas em uso de álcool e drogas) CAPS-AD, entre outros pontos de atenção. Tal cenário fortalece a necessidade de cuidado mais integrado com a atenção primária e os demais pontos de atenção, os quais devem estar preparados e articulados com o SAE para garantir o cuidado integral em rede.

O acesso à terapia de alta potência (TARV) conquista inequívoca dos movimentos sociais, profissionais e gestores do SUS por um lado muda o panorama da epidemia e transforma a infecção pelo HIV/aids em doença de longa duração, impacta de forma decisiva na qualidade de vida e longevidade das PVHA, por outro coloca estas pessoas em contato com uma produção de cuidado fragmentado e mais voltado para as condições/doenças agudas vigente no SUS.

O trabalho com a Atenção Primária (APS)

O trabalho com a rede básica como espaço de desenvolvimento de ações de prevenção e assistência às DST/Aids se consolidou nos anos 2000.

O Estado de São Paulo em dezembro de 1999 torna obrigatório o oferecimento de testes para a detecção do vírus HIV e da sífilis em todo pré-natal realizado pelos serviços de saúde pública ou privado.

Este trabalho é marcado pela incorporação da tecnologia de aconselhamento e oferta de testagem, principalmente para as gestantes e parceiros e para casos novos de tuberculose.

A diretriz do MS de expansão do seguimento das PVHA segundo critérios de estratificação de risco na AB e a mudança no protocolo de tratamento das PVHA em 2013, ampliando a oferta de tratamento para todas as pessoas diagnosticadas coloca novos desafios para os programas dos estados e municípios.



Vários estados incorporam esta diretriz, entre eles destacamos o Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Diferente de outros estados, São Paulo que havia constituído uma ampla rede de serviços especializados, opta por manter o seguimento das PVHA nos serviços especializados e avançar no cuidado compartilhado com a AB em relação ao tratamento das comorbidades, ações de apoio à retenção e adesão ao seguimento e tratamento com ARV, além de trabalho nas etapas de promoção, prevenção, diagnóstico e vinculação.

As mudanças ocorridas após a incorporação da TARV, com o aparecimento das comorbidades (hipertensão, diabetes e dislipidemia) aproximaram os serviços especializados dos da AB, motivados pela maior expertise destes últimos no manejo destas morbidades. Entretanto, os SAE apresentam outras dificuldades que precisam ser equacionadas, entre elas destacamos: reposição de pessoal, capacitação profissional e inclusão no processo de regulação regional.

Neste cenário, a necessidade de aprimorar o cuidado às IST/AIDS, além de fazer o enfrentamento do incremento na incidência de casos de sífilis congênita, fez com que a Coordenação do Programa Estadual discutisse junto a Secretaria Estadual da Saúde - São Paulo (SES) a criação de uma Rede de Cuidados em IST/HIV/Aids e Hepatites Virais a exemplo de outras redes temáticas que foram lançadas pelo Ministério da Saúde a partir de 2011 (rede cegonha, urgência e emergência, saúde mental, etc..).

A Rede de Cuidados em IST/HIV/Aids e Hepatites Virais

Em de 23 de fevereiro de 2015, a Secretaria de Estado da Saúde, através da resolução nº 16, institui a Rede de Cuidados em IST/HIV/Aids e Hepatites Virais com objetivos de qualificar a Atenção Básica, fortalecer os serviços especializados e reorganizar a assistência Hospitalar para às IST/HIV/Aids e HV.

Para viabilizar a implementação desta rede de cuidados foi criado através de Deliberação CIB - 67, de 2014, o Grupo Técnico Bipartite Central (GTC). O GTC elaborou termo de referência com as diretrizes gerais para implementação da rede e apoia e monitora o processo de consolidação da Rede.



O Projeto QualiRede

O Projeto para “Qualificação da Rede de Cuidados em IST, HIV/Aids e Hepatites Virais em Regiões Prioritárias dos Estados de Santa Catarina e São Paulo” denominado Qualirede, é parte importante deste esforço para qualificar a implementar a Rede de Cuidados em IST/HIV/AIDS e Hepatites Virais no estado. O projeto foi desenvolvido a partir de uma ampla parceria envolvendo o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pesquisadores de outras universidades, os programas Estaduais de IST/Aids e Hepatites Virais de SP e SC, a coordenação de Atenção Básica da SES-SP e os Departamentos de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, HIV/Aids e Hepatites Virais, além da coordenação da Atenção Básica, do Ministério da Saúde.

No estado de São Paulo, o projeto apoiou a elaboração de planos regionais de qualificação e implementação da rede em quatro Regiões de Saúde (Grande ABC, Alto Tietê, Baixada Santista e Registro). Utilizou o modelo Qualirede de contínuo do cuidado que incorpora as etapas de promoção, prevenção e adesão ao modelo tradicional e desenvolveu uma metodologia para orientar a consolidação da rede para o Estado.

Para cada etapa do contínuo do cuidado são estabelecidas finalidades e prioridades para os agravos sífilis adquirida, na gestação e congênita infecção HIV/Aids e hepatite C.

Entre os principais resultados do projeto Qualirede destacamos:

1. Formação dos Grupos Técnicos Regionais (GTR) com coordenação conjunta pelos Departamentos Regionais de Saúde (DRS), Grupos de Vigilância Epidemiológica e representação dos municípios e da sociedade civil.
2. Articulação da Rede no âmbito das Regiões de Saúde com pactuação em Comissões Intergestores Regionais (CIR).
3. Elaboração de Planos Regionais de Qualificação da Rede de Cuidado.
4. Fortalecimento da articulação entre os serviços especializados e a Atenção Básica.



5. Disponibilização de indicadores locais sobre a atenção em Sífilis na Gestação, HIV/Aids e Hepatite C subsidiando o planejamento regional.
6. A importância do apoio presencial aos GTR pelos profissionais dos programas de IST/Aids e hepatites virais.

Esses resultados subsidiaram o estabelecimento de diretrizes e a metodologia para a consolidação da rede de cuidados nas outras Regiões de Saúde do estado.

A gestão da Rede de Cuidado das PVHA

A partir de seu arranjo tecnológico e institucional, o CRT DST/Aids teve um papel central, tanto na consolidação do desenvolvimento de novas modalidades assistenciais (SAE, HD, CTA, ADT) quanto na estruturação de uma rede composta por esses serviç os, configurando um modelo de atenção às PVHA no SUS-SP. A partir da convergência de propósitos e sinergia de ações com o MS, o Programa de Aids de SP teve e forneceu suporte para que esse modelo de atenção fosse implementado em todo país durante os anos 1990 e 2000.

Pode se dizer que a estruturação regional da rede no SUS-SP; sua gestão compartilhada entre MS, estado e municípios, com forte importância da instância regional; o uso de protocolos clínicos, e as propostas de atenção integral no cuidado das PVHA marcaram um Modelo de Atenção que tinha desde seu início as características centrais das Rede de Atenção   Saúde propostas pelo MS em 2010.

Porém, no período posterior   publicação da Portaria N  4.279, criando as Redes no âmbito do SUS, o Modelo de Atenção em HIV/AIDS passou por novos desafios e questionamentos. A proposta do MS de maior protagonismo da AB no acompanhamento das PVHA, já incluída na Portaria de 2010, foi assumida de maneira mais explícita a partir de 2013. Este contexto criou um espaço de debates inédito entre o Programa Estadual de São Paulo e o MS sobre o papel dos diferentes pontos de atenção e sobre o modelo criado para o cuidado das PVHA.

Esse modelo de atenção alcanç o em São Paulo resultados satisfatórios no que diz respeito ao acesso aos serviç os e   TARV, e na dimensão biomédica do cuidado. Os desafios atuais são a manutenção e reforço da rede frente às novas demandas



trazidas por estratégias como o 90, 90, 90 e a prevenção combinada, e maior qualificação na oferta de cuidado integral em HIV/AIDS em todos os seus pontos de atenção.

Em relação ao papel da atenção básica na rede de cuidado às IST/HIV/aids é preciso qualificar a AB para as atividades de prevenção e diagnóstico da infecção pelo HIV e, principalmente, para alcançar a eliminação da TV da sífilis e a diminuição da sua transmissão sexual, uma demanda inadiável de saúde pública que já apresenta dificuldades importantes para sua realização.

A implantação das atividades de prevenção combinada, incluindo a ampliação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), também aponta a necessidade de reforço dos CTA como ponto de atenção privilegiado para a incorporação das novas tecnologias biomédicas de prevenção e ampliação do acesso as mais tradicionais como a camisinha e o tratamento das IST.

A implantação do modelo de atenção em HIV/AIDS em vários estados da federação apresenta maiores dificuldades de efetivação nos aspectos de cobertura, regionalização e acesso à TARV. Na perspectiva da estruturação das Redes e linhas de cuidado, cabe ao estado e a seus municípios a avaliação da melhor opção para ampliar a cobertura e o acesso a TARV: implantar o acompanhamento das PVHA na AB ou reforçar e capacitar a rede de CTA e SAE para este fim ou, ainda, uma combinação das duas estratégias?

Na maior parte das cidades brasileiras, a prevalência da infecção pelo HIV é inferior a 0,5%, sendo maior apenas em populações em vulnerabilidade. Estas populações estão mais sujeitas a preconceitos e discriminação na sociedade, e em serviços de saúde. Por essa razão, as PVHA têm medo da quebra de confidencialidade, casos se tratem em instituições próximas às suas residências.

A capacitação das equipes para o manejo clínico das PVHA, incluindo as tecnologias biomédicas e os aspectos existenciais mais amplos, bem como a logística necessária para o funcionamento dos serviços, demandarão investimentos importantes e muita articulação gerencial. Deve-se também levar em conta que o MS não está aportando novos recursos financeiros para a implantação dessas novas atividades na AB. Além disso, serviços que acompanham poucas PVHA tendem a ter menor qualidade e pior relação custo-benefício.



Uma estratégia de organização regionalizada dos serviços que atuem como referência para um conjunto de municípios parece mais adequada do que envolver o conjunto das unidades da AB de todos os municípios no acompanhamento das PVHA. Apenas como parâmetro, no estado de São Paulo existem SAEs para o acompanhamento de PVHA em cerca de 150 dos 645 municípios. As diferentes estratégias utilizadas devem ser objeto de estudos acadêmicos e em serviço, para avaliar seus resultados em termos da melhoria do cuidado às PVHA e para orientar possíveis mudanças de curso.

No caso de São Paulo, as estratégias apontadas na Resolução que instituiu a Rede de Cuidados em 2015 explicitam a opção de manter e aprimorar o modelo de atenção desenvolvido para o cuidado em HIV/AIDS. Assim como a criação do CRT, a publicação que instituiu a Rede atualizou e incorporou várias estratégias e propostas orientadas pela busca da integralidade construídas ou adotadas pelo Programa de DST/AIDS e no SUS para o cuidado das PVHA.

O processo de elaboração, negociação e publicação do documento que instituiu a Rede de Cuidados em DST HIV/Aids e Hepatites Virais no SUS-SP demonstrou também o alcance da efetivação das propostas orientadas pela integralidade na dimensão da gestão programática da rede de cuidado. Esse processo, realizado em parceria com outras instâncias da SES-SP e com o COSEMS, evidenciou também maior consolidação da estratégia de ampliar a pactuação nas instâncias formais do SUS, sem prejuízo dos espaços de articulação criados no âmbito do Programa.

A participação de um representante do Fórum de ONG/Aids no grupo de trabalho de implantação da Rede é outro exemplo de práticas de participação social na gestão. É um dispositivo inovador que responde às demandas do movimento social que não existe nos grupos condutores de outras redes da SES-SP. Nesse sentido, também é importante salientar a menor permeabilidade dos espaços formais de gestão e regulação do SUS a estratégias comunicativas de negociação e a pautas marcadas pela busca da integralidade, o que aponta para questões e novos desafios na gestão da rede de cuidados nessa nova conjuntura.



A gestão do cuidado integral e o acompanhamento longitudinal das PVHA

As PVHA têm múltiplas e singulares necessidades de saúde expressas e vividas que deverá ser sempre o foco, o objeto, a razão de ser, de cada serviço de saúde e do “sistema” de saúde. Para diferentes pessoas em diferentes momentos há necessidades diferentes de vínculos, do consumo de determinadas tecnologias de saúde e de construção da autonomia. O que deve corresponder a um conjunto de práticas, habilidades e saberes que são articulados pelos profissionais de saúde na oferta de cuidados a esses usuários. O cuidado da PVHA requer novas habilidades para o cuidado e os serviços concebidos para tratamento de agudos terão que ser reformulados, novas questões emergiram como os efeitos colaterais do uso prolongado dos antirretrovirais como a síndrome lipodistrófica, as comorbidades, as coinfeções e o envelhecimento das PVHA

As comorbidades como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) doenças renais e outras começam a ocorrer mais cedo nas PVHA do que naquelas sem infecção por HIV, pois estão associadas à imunossupressão, uso dos antirretrovirais e envelhecimento.

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

A própria terapia antirretroviral, em razão de sua complexidade, da diversidade de medicamentos e suas interações, requer apoio técnico permanente, na forma de atualizações constantes aos profissionais de saúde envolvidos com a prescrição e a orientação para sua utilização. Do mesmo modo, as questões relativas ao desenvolvimento de medidas de estímulo à adesão aos serviços e à TARV continuam sendo prioritárias para intervenção e devem ser objeto de ações contínuas e duradouras. Prescrições de alta qualidade e adesão à terapia antirretroviral assegurada são condições fundamentais para a eficácia e efetividade da política de



atenção aos portadores de HIV/AIDS e certamente contribuirão para o fortalecimento da política de saúde em IST/HIV/AIDS no Estado.

Tal cenário fortalece a necessidade de cuidado mais integrado com a atenção primária e os demais pontos de atenção, como pronto-socorro UPA e Hospitais os quais devem estar preparados e articulados com o SAE para garantir o cuidado integral em rede.

Entre outros pontos a serem aprimorados estão: as ações de aconselhamento para os portadores de HIV/AIDS nos aspectos relacionados à prevenção secundária, à sexualidade, concepção-contracepção, efeitos colaterais dos medicamentos, ações de redução de danos dirigidas usuários de drogas e as necessidades dos portadores de HIV/AIDS acometidos de outros sofrimentos mentais.

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

Acabar com a epidemia de AIDS exigirá acesso ininterrupto ao tratamento por tempo indeterminado a milhares de pessoas, sistemas de saúde e sistemas comunitários fortes e flexíveis, proteção e promoção de direitos humanos.

Para atender a esta necessidade será necessário realizar mudanças importantes no jeito de produzir saúde, articular gestão, clínica e participação social nos espaços de produção de saúde no SUS

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

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



Recentemente evidências científicas robustas indicaram que naquelas PVHA que alcançam carga viral indetectável o vírus deixa de ser transmitido em relações sexuais. Fato que ficou internacionalmente conhecido como I=I ou do inglês U=U.

Esta novidade traz impacto positivo na vida das pessoas vivendo com HIV/aids sob vários aspectos. Pessoas que vivem com o HIV podem sentir-se confiantes de que, se tomarem seus medicamentos adequadamente e tiverem carga viral indetectável o vírus HIV não será transmitido para seus parceiros sexuais, o que reforça a adesão ao tratamento e, em especial, as pessoas vivendo com HIV/aids sorodiferentes que desejam ter filhos.

Além disso, uma correta percepção do nível de transmissibilidade tem potenciais efeitos positivos sobre a sorofobia (estigma) e sorofobia internalizada (autoestigma), direitos sexuais e reprodutivos, testagem, vinculação aos serviços de saúde e adesão ao tratamento.

Reflexões Críticas e desafios para o cuidado das PVHA

Em relação à produção do cuidado a alta rotatividade, tanto de RH como das gerências, traz obstáculos à implantação de estratégias mais democráticas de gestão dos serviços, de processos e de arranjos entre as equipes multiprofissionais, que propiciem a produção de um cuidado mais integral de seus usuários. No caso concreto do cuidado das PVHA, é cada vez maior o peso e a importância das intervenções biomédicas no tratamento – e recentemente também nas estratégias de prevenção da epidemia – ainda que as propostas incluídas na publicação da Rede de Cuidados em IST/HIV/AIDS e HV incorporem muitos arranjos e dispositivos oriundos das propostas da Clínica Ampliada e da teoria do Cuidado. A articulação desse conjunto de intervenções tecnológicas duras em práticas e arranjos mais comunicativos das equipes de saúde na produção de um cuidado integral continua sendo um dos maiores desafios a enfrentar no sentido da melhoria da qualidade de vida das PVHA e para a resposta à epidemia.

Outro aspecto que pode comprometer o cuidado das PVHA é o risco de “tecnificação” do cuidado e de redução das ações a partir do monitoramento da



efetividade dos programas centrados na “Casca da do Cuidado Contínuo” e no alcance da meta 90, 90, 90.

É importante considerar que uma parte não desprezível das pessoas que vivem com a aids ou já apresentam a doença no momento do diagnóstico, necessitam de acesso a internação e à serviços com maior densidade tecnológica, além de suporte social.

A implementação de políticas de afirmação de gênero voltadas para saúde integral da população LGBTI, que favoreçam a inclusão e a redução das vulnerabilidades social, individual e programática relacionadas a saúde destas pessoas é outro aspecto que deve ser considerado para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids.

Atualmente, as interpelações e desafios enfrentados pelo CRT DST/Aids, por essa Rede de Cuidado e pelo Modelo de Atenção em HIV/AIDS em São Paulo e em todo país são os mesmos desafios enfrentados pelo SUS, para o sucesso em sua missão de promover saúde integral e cidadania.

No cenário nacional faz-se necessário a avaliação singularizada de cada estado na busca de soluções que propiciem o acesso e a qualidade da assistência, considerando o direito ao sigilo e confidencialidade das PVHA, a flexibilização da territorialização, assim como o cuidado multiprofissional e integral.



Bibliografia consultada:

CRT-DST/Aids – 30 anos. BEPA especial. 2018; 15 (175-176): 3-122. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/coordenadoria-de-controle-de-doencas/publicacoes/edicoes-em-pdf/edicoes-2018>

Secretaria de Estado da Saúde (SP), Centro de Controle de Doenças, Programa Estadual de DST/Aids, Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. Nota Técnica nº 01/2019/RT-PE-DST/AIDS/SES-SP. Dispõe sobre a orientação de casais sorodiferentes quanto à reprodução. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaidssp/homepage/destaques/nota-tecnica-n-012019crt-pe-dstaidsses-sp?>>

Secretaria de Estado da Saúde (SP), Centro de Controle de Doenças, Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. Diretrizes para implementação da rede de cuidados em IST/HIV/Aids, Manual de gestão da rede e dos serviços de saúde. São Paulo (SP); 2017. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaidssp/rede-de-cuidados-em-isthivaids-e-hepatites-virais/arquivos-para-download>>

Kalichman, Artur Olhovetchi. A integralidade no cuidado das pessoas vivendo com HIV e AIDS: a experiência do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS da SES-SP [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina; 2016 [citado 2019-09-11]. doi:10.11606/T.5.2016.tde-20062016-143445.

Teixeira PR. Políticas públicas em AIDS. In: Parker R. (org.) Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; ABIA, 1997. p. 43-69.



ABIA

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
INTERDISCIPLINAR DE AIDS

Av. Presidente Vargas nº 446 – 13º andar – Centro – RJ – CEP: 20071-907
Tel. 21 2223-1040 – e-mail: abia@abiids.org.br

Nosso site

www.abiids.org.br

Visite também:

Observatório Global de Políticas de AIDS (GAPW, sigla em inglês): www.gapwatch.org
Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual (GTPI): www.deolhonaspontes.org.br

Observatório de Sexualidade e Política (SPW, sigla em inglês): www.sxpolitics.org
Projeto Diversidade Sexual, Saúde e Direitos entre Jovens: www.hshjovem.abiids.org.br

Apoio:

Brot
für die Welt

