

PLANO ESTRATÉGICO 2017- 2020

PROGRAMA ESTADUAL IST/AIDS SP

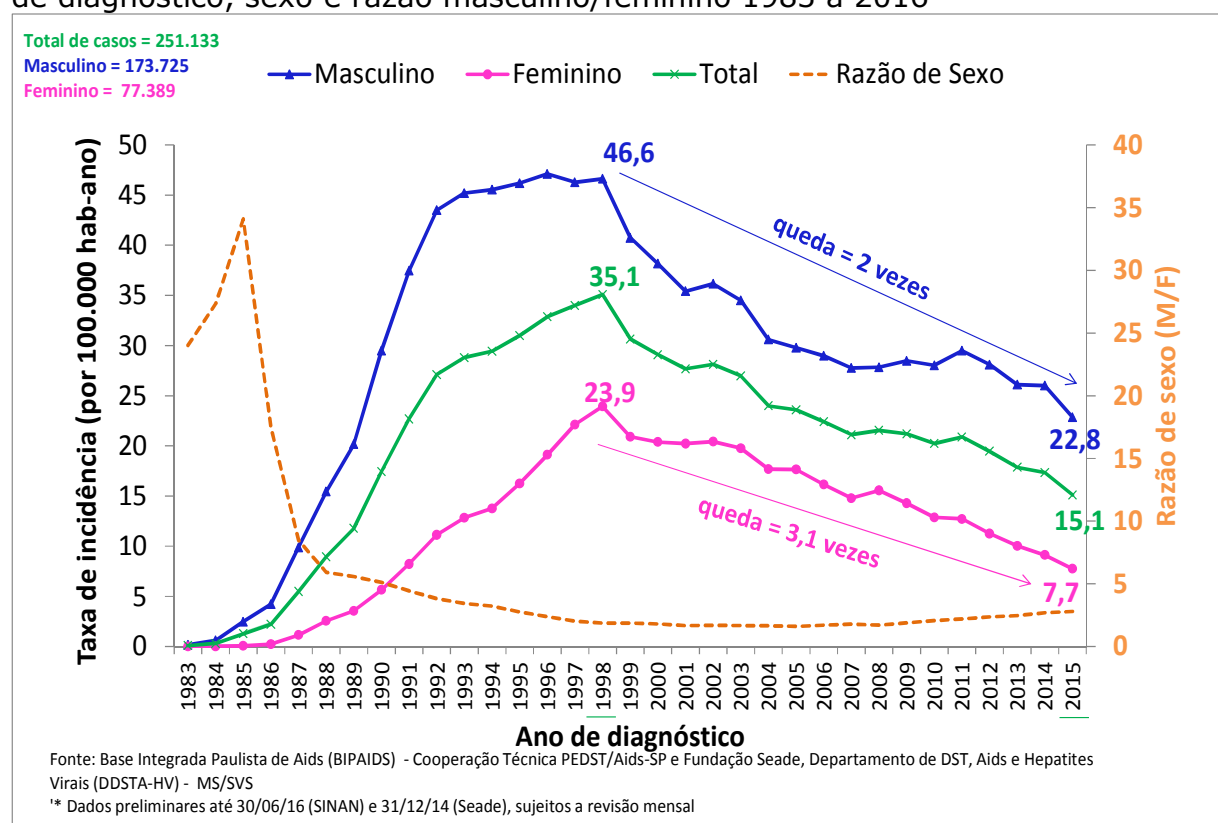


CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

No estado de São Paulo, no período 1980 a 30 de junho de 2016 foram registrados **251.133** casos de aids¹. A taxa de incidência (TI²) da doença foi reduzida em cerca de **32,6%** nestes dez últimos anos, de **22,4 em 2006** para **15,1** casos por 100 mil habitantes-ano (hab-ano) em **2015**. Sendo que, no mesmo período, a queda da TI foi bem maior entre as mulheres que correspondeu a **52,5%** (de **16,2** para **7,7** por 100.000 hab-ano) comparada aos homens que foi de **21,4%** (de **29,0** para **22,8** por 100.000 hab-ano).

A razão de sexo (número de homens para uma mulher), que vinha apresentando declínio desde 1986, passou a crescer a partir de 2008, passando de dois homens para uma mulher, em 2010, para **2,8/1**, em **2015** (Figura 1).

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

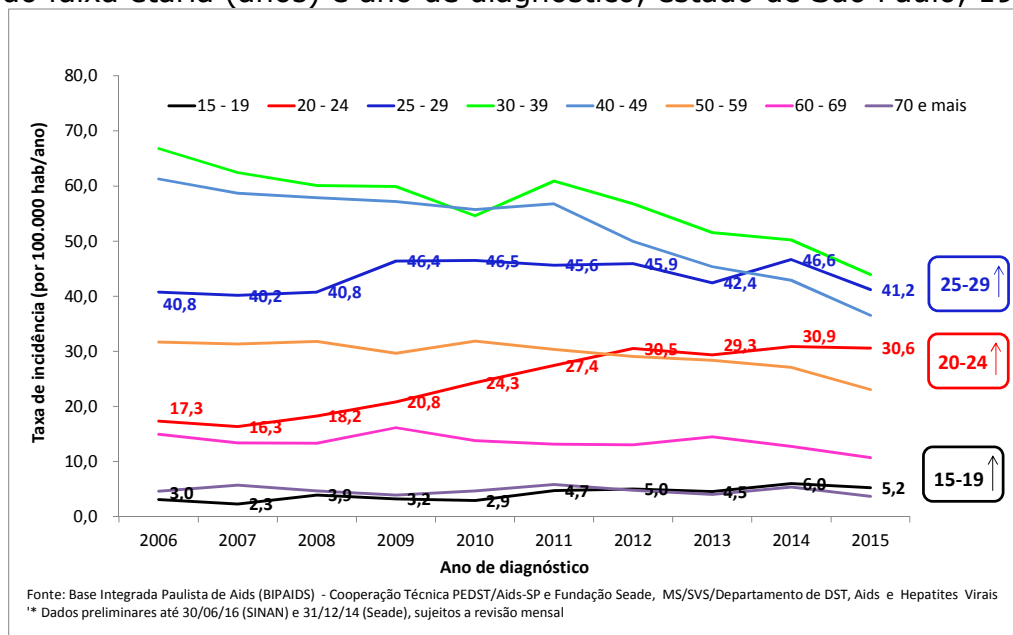


No período de 2006 a 2015 ocorreu redução da TI, porém entre os jovens do sexo masculino de 15 a 19 anos de idade a incidência de casos de aids passou de **3,0** casos em **2006** para **5,2** em **2015**; entre aqueles com 20 a 24 anos, houve elevação de **17,3** para **30,6** por 100.000 hab-ano, respectivamente. Em **2006** ocorreram **367** casos de aids em homens de 15 a 24 anos e em 2015, foram **622** casos (Figura 2).

1 Aids - Síndrome da Imuno Deficiência Humana

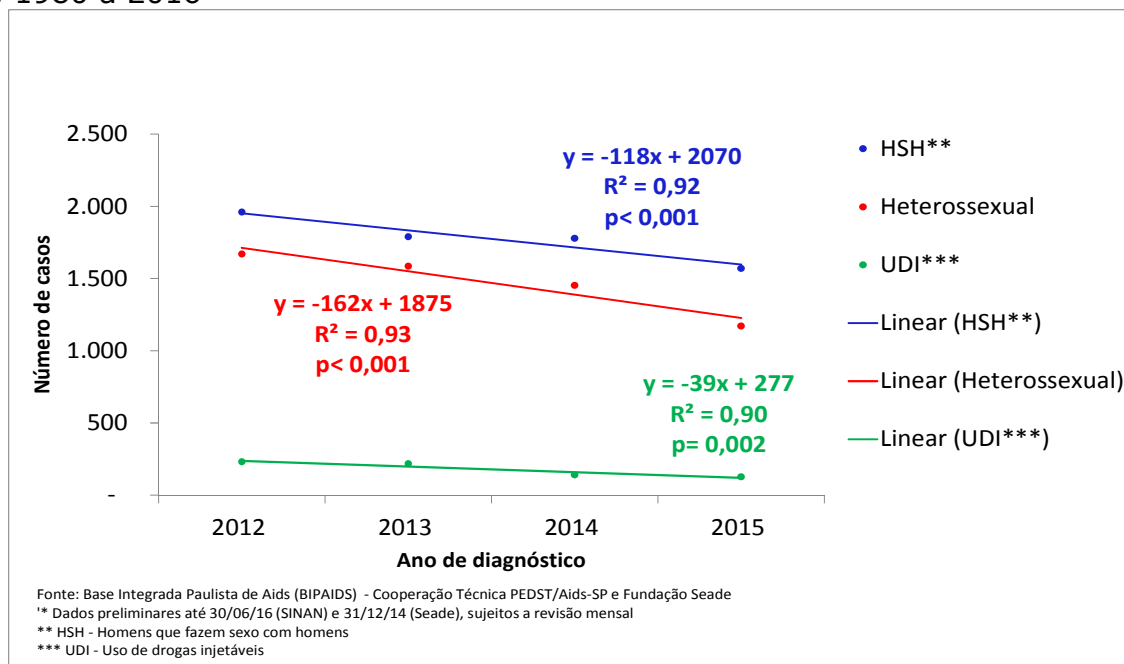
2 TI - Taxa de Incidência

Figura 2. Taxa de incidência de aids (TI) por 100.000 habitantes-ano*, em homens segundo faixa etária (anos) e ano de diagnóstico, estado de São Paulo, 1991 a 2016*



Na figura 3, observa-se que a partir de 2012, a epidemia tem mostrado tendência de queda do número de casos entre homens que fazem sexo com homens (HSH³), velocidade de 118 casos/ano. A tendência da aids entre os casos de homens heterossexuais e usuários de drogas injetáveis foi de queda de 162 casos/ano e 39 casos/ano, respectivamente, a partir de 2012.

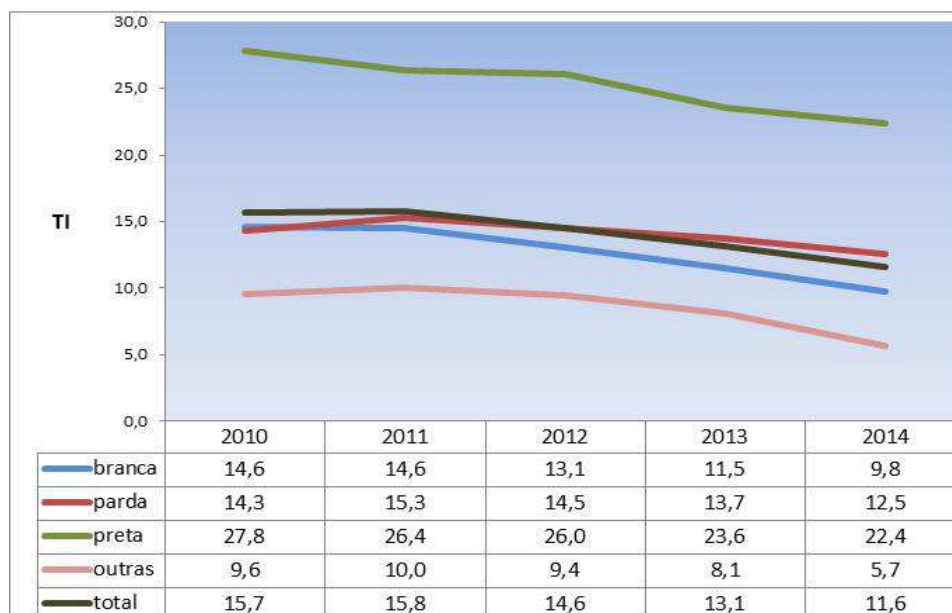
Figura 3. Tendência dos casos notificados de aids com 13 anos de idade ou mais do sexo masculino, segundo categoria de exposição e ano de diagnóstico, estado de São Paulo, 1980 a 2016*



Os números relacionados à distribuição de raça/cor no estado de São Paulo tem se modificado ao longo dos anos, muito em função do aprimoramento da coleta dessa informação. Neste quesito se observa que a incidência de aids em pretos e pardos é sempre maior do que em brancos para ambos os sexos (24,3 casos por 100 mil habitantes pretos; 13,8 pardos e 12,4 brancos em 2012. No total de casos acumulados, enquanto a proporção de brancos cai de 64,2% para 52,7% de 2006 para 2015, a de pretos aumenta de 9,2% para 10,3% e, entre pardos aumenta de 20,6% para 32,0%, no mesmo período.

Os números relacionados à distribuição de raça/cor no estado de São Paulo tem se modificado ao longo dos anos, muito em função do aprimoramento da coleta dessa informação. Neste quesito se observa que a incidência de aids em pretos e pardos é sempre maior do que em brancos para ambos os sexos (22,4 casos por 100 mil habitantes pretos; 12,5 pardos e 9,8 brancos em 2014 (Figura 4).

Figura 4. Taxa de incidência de aids por 100 mil habitantes-ano(TI)**, segundo raça/cor e ano de diagnóstico***, estado de São Paulo - 2010 a 2014



Fonte: SINAN⁴ - Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual IST⁵/Aids-SP (VE⁶-PE⁷/IST/Aids-SP)

Nota: *** Dados preliminares até 30/06/16, sujeitos a revisão mensal;

**Utilizada projeção populacional da Fundação Seade e aplicada proporção de raça/cor IBGE-Censo 2010;

* amarelos e indígenas.

Com relação à escolaridade dos casos de aids, no período de 2011 a 2014, observa-se (Figura 3), tendência estável para "nenhuma escolaridade", de "1 a 3 anos" e "12 anos e mais de estudo"; e tendência decrescente para as categorias de "4 a 7 anos" e de "8 a 11 anos" de estudo para ambos os sexos.

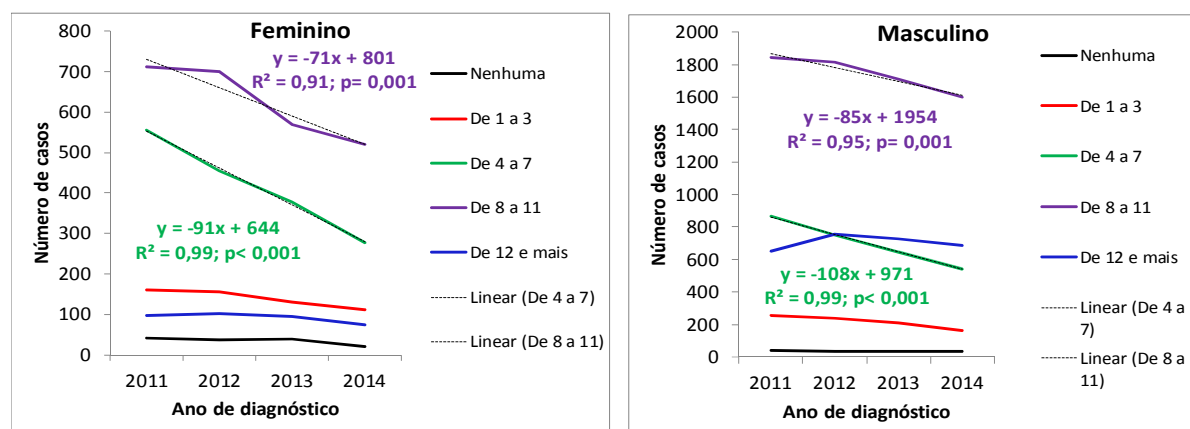
4 SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

5 IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

6 VE – Vigilância Epidemiológica

7 PE –Programa Estadual

Figura 5. Tendência dos casos notificados de aids em indivíduos com 19 anos de idade ou mais, segundo sexo, escolaridade e ano de diagnóstico, estado de São Paulo, 1980 - 2015*



Fonte: Base Integrada Paulista de Aids (BIP/AIDS) - Cooperação Técnica PEDST/Aids-SP e Fundação Seade, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDSTA-HV) - MS/SVS
 ** Dados preliminares até 30/06/15 (SINAN) e 31/12/13 (Seade), sujeitos a revisão mensal

Os casos de aids do sexo masculino apresentam número mais elevado de anos de estudo e, quanto maior a escolaridade, mais expressiva torna-se essa diferença entre os sexos. A média de escolaridade masculina e feminina não se diferencia para as categorias com "nenhuma" escolaridade e de "1 a 3 anos de estudo". Entretanto, quando se compara as médias de escolaridade de "8 a 11 anos" e de "12 anos e mais de estudo", observa-se que essa diferença é de 2,8 a 7,6 vezes maior para o sexo masculino.

A distribuição espacial dos casos no estado de São Paulo mostra variações importantes. O município de São Paulo e as regiões correspondentes aos Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE⁸) da Capital, Santo André, Mogi das Cruzes, Franco da Rocha, Osasco, Araçatuba, Assis, Barretos, Bauru, Botucatu, Campinas e Franca concentram 70% dos casos notificados até 2015. As TI em 2014 nas regiões variaram de 8,6 no GVE de Itapeva a 23,8 casos por 100 mil habitantes-ano no GVE da Capital.

Referente ao ano de 2015 sete GVE apresentaram as taxas de incidência de aids por 100 mil habitantes-ano maiores que a média do estado de São Paulo (15,1): Capital (20,9), Barretos (20,6), Santos (20,2), Presidente Prudente (19,0), São José do Rio Preto (18,2), Caraguatatuba (18,0), e Ribeirão Preto (18,0).

Para melhor observação dessa distribuição convém analisar também o que ocorre com os municípios. Naqueles 145 incluídos na política de incentivo para as ações em IST/Aids, estão concentrados 221.565 dos casos de aids notificados até junho de 2014, ou seja, 93,7% da epidemia do Estado. Em 51 desses municípios a TI foi maior que a média do Estado, 16,1 casos por 100 mil habitantes-ano em 2013. Entre esses municípios

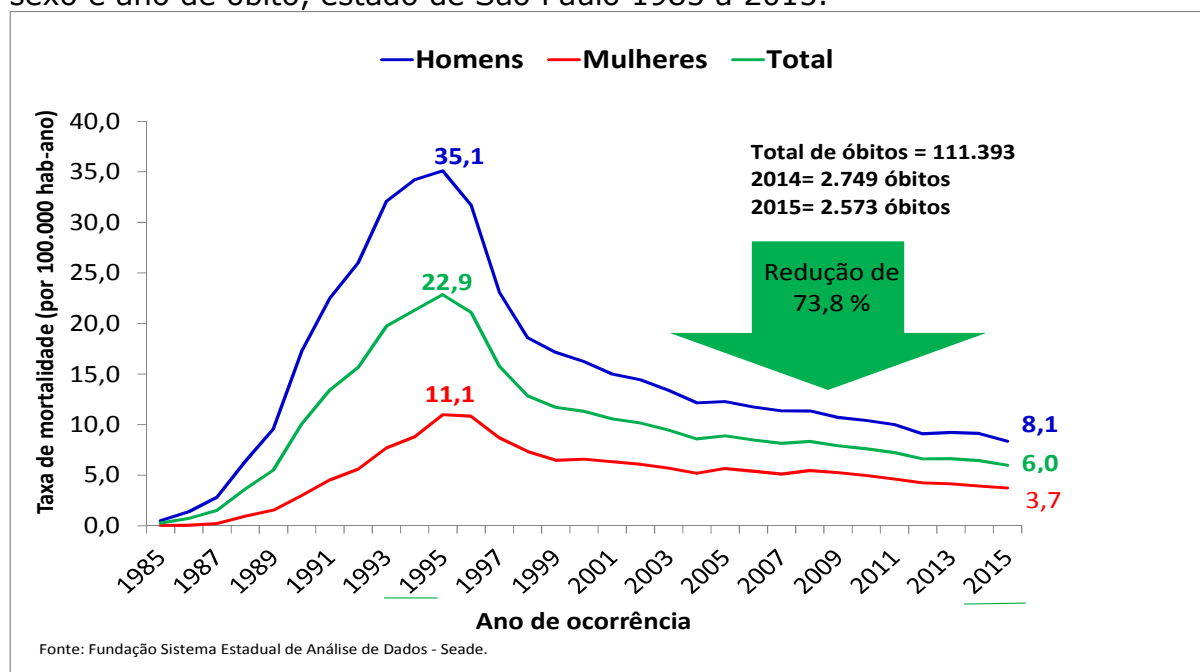
8 GVE – Grupo de Vigilância Epidemiológica

prioritários, os municípios de Capivari, Caraguatatuba, Barretos, Mirandópolis, Batatais, São José do Rio Preto, Votuporanga, Jardinópolis, Santos, Tatuí e Itanhaém, foram os que apresentaram as maiores incidências em 2012 (uma vez e meia a duas vezes maiores que a média do Estado).

Para melhor observação dessa distribuição convém analisar também o que ocorre com os municípios. Naqueles 145 incluídos na política de incentivo para as ações em IST/Aids, estão concentrados 221.565 dos casos de aids notificados até junho de 2014, ou seja, 93,7% da epidemia do Estado. Em 51 desses municípios a TI foi maior que a média do Estado, 16,1casos por 100 mil habitantes-ano em 2013. Entre esses municípios prioritários, os municípios de Capivari, Caraguatatuba, Barretos, Mirandópolis, Batatais, São José do Rio Preto, Votuporanga, Jardinópolis, Santos, Tatuí e Itanhaém, foram os que apresentaram as maiores incidências em 2012 (uma vez e meia a duas vezes maiores que a média do Estado).

A taxa de mortalidade (TM⁹) por aids se manteve praticamente estável em 2012, 2013 e 2014 (6,6 por 100 mil em 2012 e 2013 e 6,4 por 100 mil em 2014). Entretanto em 2015 ocorreu uma queda para 6,0 por 100 mil hab-ano. Ocorreram 2.573 óbitos em 2015, cerca de sete por dia, no estado de São Paulo. De 1995, ano da maior TM (22,9 por 100 mil habitantes) para 2015 observou-se uma redução de 73,8%.

Figura 6. Taxa de Mortalidade (TM) de aids por 100 mil habitantes-ano, segundo sexo e ano de óbito, estado de São Paulo 1985 a 2015.

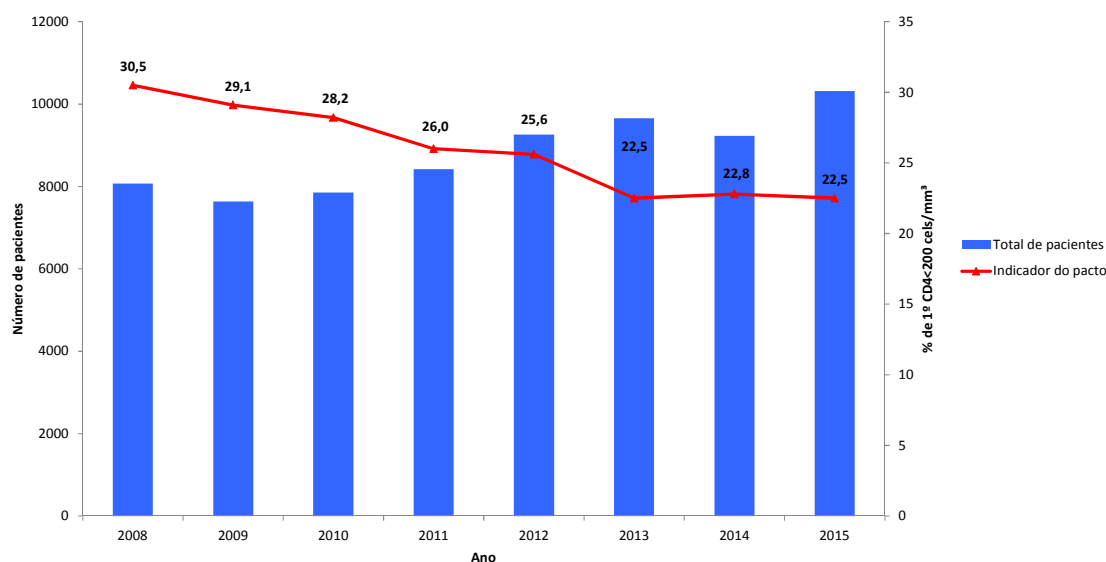


Um importante indicador do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP¹⁰)/Sispacto, ¹¹a primeira contagem de células T-CD4 ¹²realizada pelos portadores do

9 TM – Taxa de mortalidade
 10 COAP - Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
 11 Sispacto – Sistema de Pactuação de Indicadores

HIV permite acompanhar a situação na série histórica. Quase metade dos portadores de HIV do estado de São Paulo (42%) chegou aos serviços, entre 2003 e 2006, com a contagem de linfócitos T-CD4+ abaixo de 200 células/mm³, o que revela acesso tardio aos serviços de saúde. Esta taxa em 2008 foi de 30,5% e no ano de 2015 foi de 22,5%, revelando, portanto uma queda de 26,2%.

Figura 7. Total de soropositivos para o HIV com 15 anos e mais de idade segundo realização de contagem de CD4 e CD4 menor que 200 células/mm³ - indicador do Sispacto, estado de São Paulo, 2008 a 2014*.



Fonte: Departamento DST/Aids e Hepatites Virais (acessado em 25/07/2016) <http://www.aids.gov.br/dadosCOAP>

Um dos mais importantes resultados da constituição da base integrada paulista de aids (Bip aids¹³) é o conhecimento do número de pessoas vivendo com aids a cada ano ao atualizar a situação de vida dos casos notificados, a partir da subtração do total de casos de aids de cada ano, pelo respectivo número de óbitos do ano adicionando-se o resíduo de casos vivos do ano anterior. Obteve-se, portanto, a estimativa de **121.773 pessoas vivendo com aids até 30/06/2016**.

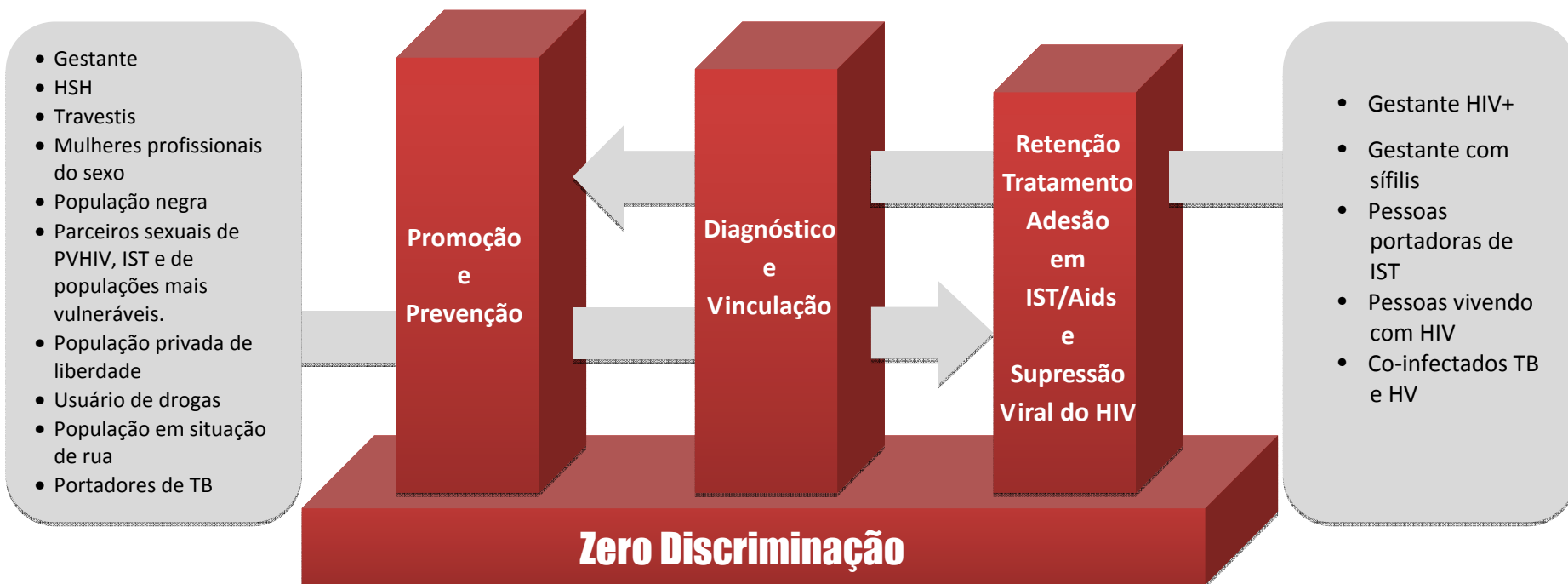
O impacto da introdução dos antirretrovirais tem aumentado sobremaneira a prevalência de pessoas vivendo com aids e trazido novos desafios, que merecem políticas públicas específicas. Destes, adolescentes e adultos jovens que adquiriram a infecção por transmissão vertical necessitam abordagem quanto à revelação diagnóstica, saúde reprodutiva e sexualidade. Aqueles que estão envelhecendo com aids, necessitam de serviços que acolham suas demandas de saúde, associadas ou não à aids. Portanto, é necessária a readequação dos serviços, diante do número crescente de pessoas sobre seus cuidados e a complexidade desses novos problemas.

12 T-CD4 – T Linfócitos; C célula

13 Bip aids - Base Integrada Paulista de Aids



Plano Estratégico do Programa Estadual IST/Aids de São Paulo



PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E VALORES:

PRINCÍPIOS DO SUS¹⁴:

- Universalidade, regionalização, hierarquização, equidade, integralidade e participação social.

DIRETRIZES:

- Resposta baseada em evidências e respeito aos Direitos Humanos;
- Inovação e melhoria da qualidade;
- Humanização: Ampliação da clínica e gestão participativa.

VALORES:

- Ética, solidariedade, cidadania, transparência, compromisso e respeito à diversidade.

VISÃO

- Ser um Programa de Saúde reconhecido nacional e internacionalmente pela inovação da resposta e sucesso no controle das IST/HIV/Aids, pela redução da discriminação das pessoas mais vulneráveis e vivendo com HIV¹⁵ e pelo trabalho articulado em rede intra e intersetorial.

MISSÃO DO PROGRAMA ESTADUAL IST/AIDS-SP

- Diminuir a vulnerabilidade da população do Estado de São Paulo às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e HIV/Aids; prevenir novas infecções; promover a qualidade de vida das pessoas afetadas, reduzir o preconceito, a discriminação e os demais impactos sociais negativos das IST/HIV/Aids, em consonância com os princípios do SUS.

OBJETIVO GERAL:

- Reduzir novas infecções, morbimortalidade e discriminação por IST/HIV.

ESTRATÉGIAS 2017 – 2020

1. Consolidar a Rede de Cuidado em IST/Aids no estado de São Paulo.
2. Aprimorar e integrar a produção e análise das informações clinico-epidemiológicas e disseminar conhecimento sobre IST/Aids.
3. Ampliar o acesso à prevenção das IST/HIV junto às populações mais vulneráveis, com ênfase em jovens gays, em parceria com as organizações governamentais e da sociedade civil.
4. Ampliar o acesso ao diagnóstico precoce do HIV e a vinculação dos casos diagnosticados.
5. Ampliar a retenção, tratamento antirretroviral e supressão viral nas Pessoas Vivendo com HIV – PVHIV.¹⁶
6. Qualificar tecnicamente a Rede de Atenção Básica para enfrentamento das IST/Aids.
7. Eliminar a Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis.
8. Contribuir para a redução do estigma e discriminação com vistas a atingir a Zero Discriminação.
9. Aprimorar os processos de gestão participativa.

¹⁶ PVHIV – Pessoas vivendo com HIV

1. Consolidar a Rede de Cuidado em IST/Aids no Estado de São Paulo.

Indicador da estratégia: Número de regiões com Plano pactuado em CIR¹⁷/CIB¹⁸.

Metas 2018:

- 1.1** Até dezembro de 2017, ter realizado oito oficinas de consolidação da Rede em quatro regiões do Estado.
- 1.2** Até dezembro de 2018, oferecer suporte técnico para 100% das regiões de saúde do Estado e seus municípios para consolidação da Rede de Cuidados IST/Aids.
- 1.3** Até dezembro de 2018, ter acolhido os novos coordenadores de 100% dos municípios com mudança de coordenação do Programa de IST/Aids.
- 1.4** Até dezembro de 2018, ter estruturado um curso de formação didático/pedagógica para os profissionais da Coordenação Estadual e das quatro regiões prioritárias para a consolidação da Rede.
- 1.5** Até dezembro de 2018, monitorar dentre os 145 municípios qualificados para a política de incentivo a definição de profissional responsável pela coordenação, implementação, gerência, avaliação e acompanhamento das Ações em HIV/Aids e outras IST no Município.

2. Aprimorar e integrar a produção e análise das informações clinico-epidemiológicas e disseminar conhecimento sobre IST/Aids.

Indicador da estratégia: Percentual de "ignorados" na categoria de raça/cor.

Indicador da estratégia: Percentual de "ignorados" na categoria de escolaridade.

Indicador da estratégia: Percentual de "ignorados" na categoria de exposição.

Metas 2018:

- 2.1** Até dezembro 2018, aumentar de 70 para 75% o número de casos notificados pelo HIV.
- 2.2** Até dezembro de 2018, aumentar a investigação de óbitos por aids nos municípios com taxa de mortalidade (TM) de aids acima da média do Estado, de 55 para 75% dos municípios.
- 2.3** Até dezembro 2018, implantar a ficha de investigação de sífilis adquirida em 10% do total de casos notificados no ano.
- 2.4** Até dezembro/2018, aumentar o monitoramento do *gap*¹⁹ de tratamento através do SIMC²⁰, pelos serviços que concentravam a maior parte do *gap* do Estado, de 55% para 90%.
- 2.5** Até dezembro de 2018, ter levantado os requisitos para a inserção da vigilância do HIV no Sistema de Informação e Vigilância em Saúde no Estado de São Paulo – SIVESP²¹.

17 CIR - Comissão Intergestores Regional

18 CIB - Comissão Intergestores Bipartite

19 GAP - quebra de continuidade

20 SIMC – Sistema de Monitoramento Clínico

21 SIVESP - Sistema de Informação e Vigilância em Saúde no Estado de São Paulo

2.6 Até dezembro de 2018, divulgar, para 100% dos interlocutores de IST/Aids dos GVE,²² coordenações municipais de IST/Aids e organizações da sociedade civil com cadastro na Coordenação Estadual, os artigos publicados em revistas científicas indexadas referentes a:

1-Dissertações de mestrado ou teses de doutorado de profissionais da Coordenação Estadual de IST/Aids e de outros que sejam disponibilizadas ao CRT²³:

2-Estudos/pesquisas desenvolvidas no CRT ou apoiados pelo CRT

2.7 Até dezembro de 2018, incentivar 100% dos municípios e GVE a divulgarem estudos, pesquisas e trabalhos apresentados em congresso sobre IST/Aids desenvolvidos localmente e publicados em revistas científicas ou BEPA²⁴.

3. Ampliar o acesso à prevenção das IST/HIV junto às populações mais vulneráveis, com ênfase em jovens gays, em parceria com as organizações governamentais e da sociedade civil.

Indicador da estratégia: Número de municípios que colocaram na PAM ações específicas para população jovens gays

Indicador da estratégia: Número de municípios que realizaram ações de prevenção específicas para a população de jovens gays.

Metas 2017:

3.1 Até dezembro de 2018, criar e divulgar duas novas tecnologias em prevenção das IST/Aids centradas na população de jovens gays.

3.2 Até dezembro de 2018, apoiar a implementação da estratégia de prevenção combinada em 100% dos municípios prioritários.

4. Ampliar o acesso ao diagnóstico precoce do HIV e a vinculação dos casos diagnosticados

Indicador da estratégia: Percentual de diagnóstico tardio.

Indicador da estratégia: Percentual de portadores vinculados aos serviços.

Metas 2018:

4.1. Até dezembro de 2018, reduzir de 22,5 para 21,75 % o diagnóstico tardio de infecção pelo HIV.

4.2. Até dezembro de 2018, aumentar a proporção dos portadores do HIV vinculados de 82,9% para 84,7%.

²² GVE – Grupo de Vigilância Epidemiológica

²³ CRT – Centro de Referência e Treinamento em IST/HIV/Aids

²⁴ BEPA – Boletim Epidemiológico Paulista

4.3. Até dez de 2018, ampliar de 48% para 60% o número de CTA que ofertem os 4 testes rápidos (HIV, Sífilis, Hepatites B e C, preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante e PEP²⁵ sexual no serviço. (total = 73/152)

FONTE CADASTRO DE UNIDADES DE TESTAGEM Observação= Contabilizamos como oferta de PEPsexual referir oferta no cadastro e ter registro de dispensa de ARV²⁶ PEP Sexual no SICLOM²⁷ em 2016.

5. Ampliar a retenção, tratamento antirretroviral e supressão viral nas Pessoas Vivendo com HIV – PVHIV.

Indicador da estratégia: Porcentagem de *gap* de tratamento.

Indicador da estratégia: Porcentagem de PVHIV em tratamento com Carga Viral detectável.

Metas 2018:

5.1 Até dezembro de 2018, elaborar e divulgar um documento com estratégias que visam promover a retenção ao serviço e adesão ao tratamento.

5.2 Até dezembro de 2018, diminuir o *gap* de tratamento antirretroviral atualizado de 45% para 30%.

5.3 Até dezembro de 2018, manter em 90% a taxa de supressão viral das PVHIV em uso de terapia antirretroviral.

5.4 Até dezembro de 2018, ampliar em 25% o acesso aos tratamentos para Hepatite C em PVHIV.

5.5 Até dezembro de 2018, aumentar em 20% o diagnóstico e tratamento da Tuberculose Latente em PVHIV.

Linha de base: numero de casos de TB²⁸ Latente em PVHIV, registrados no banco de TB Latente do estado, em 2016.

5.6 Até dezembro de 2018, alcançar cobertura vacinal contra o HPV²⁹ em PVHIV de 09 a 26 anos em pelo menos 10%.

6. Qualificar tecnicamente a Rede de Atenção Básica para enfrentamento das IST/Aids.

Indicador da estratégia: Número de municípios participantes de qualificação técnica em IST para a Rede Básica.

Metas 2018:

6.1. Até dezembro de 2018, elaborar um curso EAD³⁰ e outras estratégias de qualificação em parceria com Atenção Básica para manejo da sífilis adquirida, em gestante e congênita.

25 PEP - Profilaxia Pós-Exposição

26 ARV – Antiretroviral

27 SICLOM - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

28 TB - Tuberculose

29 HPV - Papiloma Vírus Humano

- 6.2. Até dezembro de 2018, incentivar a testagem para HIV e sífilis entre mulheres nos diversos momentos da Atenção Básica em 100% dos municípios.
- 6.3. Até dezembro de 2018, aumentar em 10% o número de municípios que notificam a sífilis adquirida.
- 6.4. Até dezembro de 2018, capacitar os Articuladores da Atenção Básica, Interlocutores de IST/Aids, Interlocutores das Secretarias de Educação e representantes de municípios para implantação da estratégia "Juntos na Prevenção" nas quatro regiões prioritárias para consolidação da Rede de Cuidados.
- 6.5. Até dezembro de 2018, pelo menos 50% dos municípios adquiram Ceftriaxona 500 mg, IM, conforme PCDT³¹-IST, 2016; para tratamento de pacientes com queixas de corrimento uretral e cervicite por gonorreia.
- 6.6. Até dezembro de 2018, aumentar a cobertura vacinal contra o HPV em 10% para meninas de 09 a 14 anos.

7 Eliminar a Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis.

Indicador da estratégia: Taxa de incidência de sífilis congênita. ($\leq 0,5$ caso por 1000 nascidos vivos)

Indicador da estratégia: Taxa de incidência de casos de infecção pelo HIV por transmissão vertical. ($\leq 0,3$ casos por 1000 nascidos vivos e/ou taxa de transmissão vertical $< 2\%$)

Metas 2018:

- 7.1. Até dezembro de 2018, ter teste rápido HIV em 100% das maternidades SUS do Estado.
- 7.2. Até dezembro de 2018, ter teste rápido de sífilis em 50 % das maternidades SUS do Estado.
- 7.3. Até dezembro de 2018, atingir cobertura de 92% no tratamento com antirretroviral para as gestantes com HIV.
- 7.4. Até dezembro de 2018, atingir uma cobertura de 89% no tratamento com penicilina para as gestantes com sífilis no pré-natal.
- 7.5. Até dezembro de 2018, atingir uma cobertura de 55% no tratamento com penicilina para parceiros sexuais de gestantes com sífilis no pré-natal.
- 7.6. Até dezembro de 2018, atingir uma cobertura de 92% de pré-natal em gestantes com sífilis.
- 7.7. Até dezembro de 2018, atingir uma cobertura de 95% de pré-natal em gestantes infectadas pelo HIV.

8 Contribuir para a redução do estigma e discriminação com vistas a atingir a Zero Discriminação.

30 EAD – Ensino de Educação a distância

31 PCDT - Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas

Indicador da Estratégia: Percentual de serviços de saúde, dos municípios prioritários, com o nome social implantado.

Indicador da Estratégia: Número de municípios monitorados com o quesito raça/cor.

Meta 2018:

8.1 Até dezembro de 2018, dar visibilidade ao quesito raça/etnia na epidemia de Aids com vistas à redução do racismo institucional, em 100% das regiões de saúde.

8.2 Até dezembro de 2018, ampliar de 50 para 145 o número de municípios que implantaram o nome social nos serviços de saúde.

8.3 Até dezembro de 2018, realizar uma campanha para redução do estigma e discriminação para PVHIV.

8.4 Até dezembro de 2018, ter criado e divulgado 02 campanhas focadas em Direitos Humanos para prevenir as IST/aids nas populações mais vulneráveis.

9 Aprimorar os processos de gestão participativa.

Indicador da estratégia: Número de municípios com participação das organizações da sociedade civil em IST/Aids nos espaços de controle social.

Metas 2018:

9.1 Até dezembro de 2018, apoiar a participação das organizações da sociedade civil e trabalhadores para o fortalecimento do controle social em 100% das regiões de saúde do estado de São Paulo.

9.2 Até dezembro de 2018, fortalecer a gestão participativa em IST/Aids em 100 % dos municípios prioritários para consolidação da Rede de Cuidados.