Artur Olhovetchi Kalichman

***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 apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências

Programa de: Medicina Preventiva
Orientador: Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho
Mesquita Ayres

São Paulo

2016

Artur Olhovetchi Kalichman

***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 apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências

Programa de: Medicina Preventiva
Orientador: Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho
Mesquita Ayres

São Paulo

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

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 / Artur Olhovetchi Kalichman. -- São Paulo, 2016.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres.

Descritores: 1.HIV 2.Síndrome da imunodeficiência adquirida 3.Integralidade em saúde 4.Assistência à saúde 5.Narração 6.Atenção à saúde 7.Regionalização

USP/FM/DBD-048/16

Agradecimentos

Diz-se que a gratidão é a maior virtude, talvez por isso os agradecimentos venham logo no início da tese embora, geralmente, seja a última parte a ser escrita. Eu tenho sem dúvida muitos agradecimentos a fazer.

Inicialmente gostaria de agradecer a minha mãe e meu pai. Uma gratidão existencial mais ampla pelo amor e suporte, mas também aquela que diz respeito diretamente a esta Tese. Eles me ensinaram o gosto pela música, pelas artes plásticas, cênicas e pela leitura. Mostraram-me também desde cedo o papel da política na vida das pessoas, as injustiças e desigualdades sociais. Meu pai ajudou a desenvolver meu senso estético e minha mãe, professora de história, um sentido ético de estar no mundo que orientam minhas escolhas profissionais e acadêmicas.

Pode parecer estranho afirmar que não há palavras, após escrever uma tese inteira. Mas a afirmação faz sentido no que diz respeito a como expressar minha gratidão pelo meu orientador, Prof.Dr. José Ricardo Ayres. Não saberia dizer o que é maior, o seu conhecimento acadêmico ou a forma generosa como ele se põem a disposição de seus alunos para compartilhar esses saberes e nos instigar a conhecer mais. Uma combinação de paciência e assertividade e uma clareza a respeito do objeto e da tese a ser desenvolvida que foram fundamentais para me guiar no processo e no produto final dessa empreitada acadêmica. Assumo como minha a responsabilidade pelos problemas e limites deste trabalho e sei que eles seriam bem maiores sem os aportes intelectuais e o suporte prático de meu orientador.

Chego agora aos amigos e companheiros de jornada no Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS da SES-SP e no Programa de DST/AIDS em todo Estado de São Paulo. Sem dúvida, cometeria muitas injustiças e omissões se resolvesse nomear todas as pessoas que foram e são importantes na construção dessa história e, particularmente, deste trabalho acadêmico que pretende ser uma de suas narrativas.

Assim, agradeço especialmente aos colegas do CRT, aos interlocutores Regionais do Programa de DST/AIDS da SES-SP e aos Coordenadores Municipais e técnicos dos Programas de DST/AIDS que foram entrevistados para a elaboração desta tese. Eles representam esse conjunto enorme de pessoas trabalhando dentro do SUS que junto com aquelas afetadas pela epidemia ou vivendo com HIV/AIDS e suas organizações na sociedade fazem acontecer a resposta à epidemia em São Paulo.

Porém, não poderia deixar de agradecer a algumas pessoas com quem venho trabalhando ou trabalhei de forma mais próxima no CRT e com quem venho aprendendo e muito durante todo este período.

Começo agradecendo minha querida amiga e chefe Maria Clara Gianna. Trabalhamos juntos desde o primeiro dia que entrei no CRT. Na verdade nos conhecemos na época de graduação no movimento estudantil, eu no Rio de Janeiro e ela em São Paulo. Depois, teve participação no convite para que eu fosse para o CRT em 1988. Durante esse período trabalhamos na Equipe de Vigilância Epidemiológica, na Coordenação do Programa e na Diretoria Técnica do CRT. Clara tem uma capacidade de trabalho invejável, é acolhedora, transparente e bastante assertiva. Adicionalmente, tem uma sabedoria prática impressionante e uma intuição fina e aguçada para entender com profundidade e ajudar a resolver situações e problemas complexos tanto pessoais como de trabalho. Tenho muita sorte e sou muito grato, pois não poderia querer ou ter uma parceria de trabalho melhor do que essa que desenvolvemos ao longo de todos esses anos.

Agradeço também a Rosa de Alencar Souza que desde 2011 está na diretoria técnica do CRT dividindo comigo o trabalho de coordenação adjunta do Programa de DST/AIDS em SP. Rosa está no CRT desde seus primeiros anos de funcionamento, inicialmente como médica consultante, mas devido a suas várias habilidades e competência técnica logo ocupou funções gerenciais tendo sido por muitos anos a diretora da gerência de assistência integral à saúde. Tenho aprendido muito com ela nessa convivência e trabalho cotidianos na diretoria técnica e agradeço também pelo suporte durante o período de realização deste trabalho acadêmico.

Gostaria de agradecer também e muito a Alexandre Domigues Grangeiro. Alexandre já estava no CRT quando eu lá cheguei, na verdade já estava trabalhando no Programa de AIDS desde alguns anos antes da estruturação do Centro. Trabalhamos juntos na equipe de vigilância epidemiológica e na diretoria técnica do CRT, de onde saiu para o Programa Nacional de DST/AIDS do qual se tornou diretor posteriormente. Alexandre é um “workaholic” com uma produtividade impressionante atualmente a serviço da produção de conhecimento atuando como pesquisador no campo de DST/AIDS no Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP. Tem um sentido muito agudo das questões mais relevantes na esfera das políticas e estratégias de intervenção em DST/AIDS e realiza pesquisas de ponta nessas áreas, muitas em parceria com o CRT. Além do aprendizado, agradeço também pelo suporte que me deu para a realização desta tese.

Por fim, quero agradecer a Paulo Roberto Teixeira. Se os citados acima são queridos companheiros de trabalho e de jornada, Paulo é o mestre, um verdadeiro professor de todos nós. Aprendemos e continuamos a aprender muito com ele. Sua trajetória de trabalho na direção do CRT, do Programa Nacional de DST/AIDS e do Programa Global de AIDS da OMS mostram sua competência e importância não só para a resposta

brasileira, mas também na construção da resposta global à epidemia. E não qualquer resposta. Paulo nos ensinou a buscar sempre e com muito afinco a resposta eticamente mais correta e tecnicamente mais efetiva para atuar sobre a epidemia e para acolher e cuidar das pessoas por ela afetadas. Agradeço também a leitura cuidadosa do manuscrito deste trabalho e as sugestões para seu aprimoramento.

Gostaria também de agradecer a algumas pessoas que deram apoio logístico e material para a realização do trabalho. Inicialmente a Ozzy Cerqueira por ter feito todas as entrevistas com os interlocutores regionais e coordenadores municipais do Programa de DST/AIDS. Gostaria de agradecer também ao transcritores das entrevistas.

Agradeço muito a Maria Inês Roland pela cuidadosa revisão de ortografia, gramática e edição de toda a tese. Agradeço também a Miriam de Souza pela formatação final deste trabalho e suporte na edição dos aspectos pré e pós-textuais da tese.

Ao final, quero agradecer a minha família a quem também dedico este trabalho. A Simone Diniz minha companheira e amor da minha vida e a Beatriz e David nossos amados filhos. Os três são o maior estímulo e suporte para que eu tente sempre ser um pouco melhor a cada dia.

Normalização Adotada

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver). Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

Grafia:

aids – doença, caixa baixa;

HIV/AIDS e DST/AIDS – sigla combinada, caixa alta;

Aids - para títulos de obras.

SUMÁRIO

Lista de Siglas

Lista de Figuras e Quadros

Resumo

Summary

I.	Introdução.....	1
II.	Justificativa	3
III.	Objetivos.....	9
	III.1 Objetivo geral	9
	III.2 Objetivos específicos	9
IV.	Aspectos Teórico-metodológicos.....	10
	IV.1 Fontes documentais e empíricas do estudo.....	15
V.	Resultados e Discussão	21
	V.A Breve recuperação das narrativas conceituais em torno à integralidade e sua aplicação no contexto brasileiro	21
	V.A.1 Integralidade antes do SUS (Anos 1960-70)	21
	V.A.2 A integralidade e o SUS (anos 1980-90)	23
	V.A.3 A integralidade desde a experiência do SUS (Anos 2000)	27
	V.B O Contexto do surgimento e o papel estratégico e singular do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids da SES-SP na coordenação técnica e gestão do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo.....	47
	V.B.1 “[...] então, na realidade o CRT ele surgiu [...] no meio de uma crise”	47
	V.B.2 “[...] aquela era uma unidade que iria ser uma referência, que iria capacitar a rede.”	52

V.C As experiências do CRT-DST/Aids na gestão programática da rede de cuidados em HIV/Aids no SUS-SP.....	62
V.C.1 De 1988 a 1994, um começo dividido em dois tempos.....	62
V.C.1.1 1988 a 1992: <i>...Essa proposta do CRT ser cabeça do sistema, é uma proposta que foi e é uma experiência única..</i>	62
V.C.1.2 <i>“...nesse período de 1988 a 1992, tem uma coisa muito marcante...as primeiras grades de AZT...”</i>	76
V.C.1.3 1992-1994 <i>“... mas teve um período que o programa sai do CRT... não foi uma coisa que passou despercebida”</i>	81
V.C.2 De 1995 a 2000, um período de ebulição do Programa.....	87
V.C.2.1 <i>“... Vem o Covas com Guedes, a Secretaria muda completamente de diretriz e de posicionamento. O Paulo assume a direção”..</i> ..	87
V.C.2.2 <i>“...acho que tem outro grande marco para a assistência...é importante, que é a pesquisa... claro é o início dos tratamentos anti retrovirais, e as nossas participações nas conferências...”</i> ..	92
V.C.2.3 <i>“...Acho que a grande sacada são esses espaços coletivos”</i>	97
V.C.2.4 <i>“...o segundo marco é a mudança de estrutura e do local físico ... a gente cresceu muito quando mudou a estrutura”</i>	105
V.C.2.5. <i>“...Aí depois... a pesquisa de avaliação da adesão.”</i>	114

	V.C.2.6. “...Com os recursos do Banco Mundial, começam de fato várias implantações de serviços ambulatoriais..”	118
	V.C.2.7 “...Quando começamos a discutir um planejamento estratégico ... o que é fazer gestão, e qual é a missão do programa....”	131
	V.C.3 De 2002 a 2010 um período de vento a favor	147
	V.C.3.1 “...depois dessa fase de estruturação... a questão da adesão, de uma mudança grande por causa dos antirretrovirais...”	147
	V.C.4 De 2011 aos dias atuais...e o tempo virou ou um período de instabilidade	176
	V.C.4.1 “...os acordos de empréstimos, os incentivos e agora a linha de cuidado. Pode ser que a gente consiga dar esse salto..”	176
VI	Considerações finais	197
	VI.1 Alcances e limites na gestão do cuidado das PVHA na perspectiva da Integralidade	198
	VI.2 Alcances, limites e desafios para o Modelo de Atenção em HIV/Aids na perspectiva da integralidade	201
VII	ANEXOS.....	205
	VII.1 Anexo 1	205
	VII.2 Anexo 2	208
	VII.3 Anexo 3	211
VIII	Referências Bibliográficas	225

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
ADT	Atendimento Domiciliar Terapêutico
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMI	Ambulatório de Medicina Integral
APROGE	Auto avaliação dos Processos Gerenciais
APS	Atenção Primária em Saúde
ARV	Antirretroviral
AZT	Zidovudina
BM	Banco Mundial
CADAIS	Centro de Apoio do Desenvolvimento da Atenção Integral da Saúde
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CEDRHU	Centro Estadual de Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos
CES	Conselho Estadual de Saúde
CGR	Comissões Gestoras Regionais
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIP	Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa
CIR	Comissões Intergestoras Regionais
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COAS	Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico
COSEMS	Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
CPS	Coordenadoria de Planejamento em Saúde
CRAIDS	Centro de Referência de Aids de Santos
CRH	Coordenadoria de Recursos Humanos
CRS	Coordenadorias de Regiões de Saúde
CRT	Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids
CS	Centros de Saúde tipo I

CSESBP	Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa
CSI	Coordenadoria de Saúde do Interior
CSRMGSP Paulo	Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana e Grande São
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CV	Carga Viral
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica
CVS	Centro de Vigilância Sanitária
DIR	Direções Regionais de Saúde
DMPFMUSP	Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP
DST/AIDS	Doenças sexualmente transmissíveis / Síndrome da imunodeficiência aguda
EPM	Escola Paulista de Medicina
ERSA	Escritórios Regionais de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESP	Estado de São Paulo
FCM	Faculdade Ciências Médicas
FDA	Food and Drug Administration
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
GAPA	Grupo de Apoio e Prevenção a Aids
GT OG/ONG	Grupo de Trabalho Governo e Organizações não Governamentais
GT	Grupos de Trabalho
HD	Hospital Dia
HER	Hospital Emilio Ribas
HIV/AIDS	Vírus da Imunodeficiência humana / Síndrome da imunodeficiência aguda
HSH	Homens que fazem sexo com homens
HUMANIZASUS	Programa Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde
HV	Hepatites Virais
IAL	Instituto Adolfo Lutz
IIER	Instituto de Infectologia Emilio Ribas
IMS-UERJ	Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social
IO	Infecções oportunistas

IP	Inibidor de Protease
IS	Instituto de Saúde
ITR	Inibidor da transcriptase reversa
MS	Ministério da Saúde
MSH	Management Science of Health do Brasil
NOAS	Normas Operacional das Ações de Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs/Aids	Organização não Governamental que trabalha com a questão da aids
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PDR	Plano Diretor Regional
PELAVIDDA/RJ	Grupo pela valorização integração, dignidade do doente de aids
PNH	Política Nacional de Humanização
POA	Planos Operativos Anuais
PPI	Programação Pactuada Integrada
PVHA	Pessoa vivendo com HIV/AIDS
RD	Redução de danos
RP	Registro do Pesquisador
SAE	Serviços Ambulatoriais Especializados
SES_SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SIA-SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde
SICEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SICLOM	Sistema Logístico de Controle Medicamentos
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
START	Strategic Timing of AntiRetroviral Treatment"
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculose
UDI	Uso de drogas injetáveis
UNAIDS	Agência das Nações Unidas para AIDS

VE	Vigilâncias Epidemiológica
VISA	Vigilância Sanitária
VS	Vigilância em Saúde

LISTA DE FIGURAS E QUADRO

Figura 1	Taxa de Incidência de aids por região de residência e ano de diagnóstico, Brasil, 2002 a 2013.....	5
Figura 2	Taxa de mortalidade por aids padronizada segundo região de residência e ano de óbito. Brasil, 2002 a 2013.....	6
Figura 3	Padrão de lotação do CRT-DST/AIDS, 1994	107
Figura 4	Padrão de lotação do CRT-DST/AIDS, 1997	108
Figura 5	Relatório Especial 1998 - Assistência à PVHA no Estado de São Paulo ..	119
Figura 6	Relatório Especial 1998 - Capacitações e Treinamentos	122
Figura 7a	Rede de Hospitais Dia, Brasil 1998.....	127
Figura 7b	Rede de Serviços Ambulatoriais Especializados, Brasil 1998	127
Figura 7c	Rede de Atendimento Domiciliar Terapêutico, Brasil 1998.....	128
Figura 8	Planejamento Estratégico 2002-2005 - Análise de Resposta	139
Figura 9	Planejamento Estratégico 2002-2005 - Análise de Resposta	144
Figura 10	Planejamento Estratégico 2002-2005 - Análise de Resposta	145
Figura 11	Casos de Aids em crianças, por transmissão vertical, segundo ano de diagnóstico. Estado de São Paulo, 1987-2013	160
Figura 12	Casos notificados de sífilis adquirida, municípios e unidades notificadoras, segundo ano de notificação, Estado de São Paulo, 2007 a 2013	161
Figura 13	Taxa de detecção de sífilis em gestantes (TD SG) e taxa de incidência de sífilis congênita (TI SC) por 1.000 nascidos vivos, segundo ano de diagnóstico, Estado de São Paulo, 2007 a 2013	161
Figura 14	Incremento na implementação de testes rápidos de diagnóstico de HIV nos 645 municípios do Estado de São Paulo.....	165
Figura 15	Municípios paulista com Unidade de Saúde que realizam teste rápido para o HIV	165
Figura 16	Percentual de resultados CD4 < 200 cel/mm ³ /ml, no primeiro exame realizado entre 2008 e 2013 no Estado de São Paulo.....	166
Figura 17	Caracterização dos Serviços Ambulatoriais Especializados no SUS/SP, 2010	170
Quadro 1	Lista de Entrevistados	19
Quadro 2	Número de PVHA cadastradas em uso de AZT por Polo de Dispensação de Medicamentos, São Paulo, 1992.....	78

RESUMO

Kalichman AO. *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, Universidade de São Paulo; 2016.

Ao assumir o compromisso com a prevenção e tratamento, baseada no princípio da integralidade, a estratégia brasileira, fez a diferença na resposta nacional à aids nas décadas de 1980/90 e criou um novo paradigma que mostrou-se avançado do ponto de vista técnico, ético e político, contribuindo para a mudança nas recomendações das agências internacionais (OMS/Banco Mundial) – do “não tratar e só prevenir” do início dos anos 1990, para o “Tratamento como Prevenção”, base da atual proposta dos 90/90/90. Essa estratégia de controle da epidemia concentra responsabilidade na Rede de Serviços, em um período de discussão sobre mudanças no modelo de atenção a ser priorizado no país. Características relevantes dos contextos político e programáticos permitiram uma maior efetivação do cuidado às PVHA no Estado de São Paulo. O objetivo do presente estudo é recuperar a história do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids (CRT) na gestão e organização programática do cuidado em HIV/Aids no Estado de São Paulo, no período de 1988 a 2015, interpretando-a sob a perspectiva dos aspectos facilitadores e limitadores da incorporação prática do princípio da integralidade às ações de saúde. Realizou-se, nesse sentido, uma revisão narrativa da literatura sobre o tema da integralidade no campo da Saúde Coletiva Brasileira nas últimas cinco décadas. Tomando por base o cotejamento com esse desenvolvimento conceitual, a trajetória do CRT foi analisada por meio de entrevistas com atores-chaves no processo da gestão e organização programática do cuidado das PVHA no Estado de São Paulo, e análise dos documentos produzidos no processo. Esta análise foi organizada em torno de dois grandes eixos temáticos: (1) a criação e estruturação do CRT, e (2) as relações entre o CRT, os Programas Municipais de DST/aids e a rede de serviços assistenciais no Estado de São Paulo. Entre os resultados do estudo, destacam-se o resgate e reflexão crítica sobre o desenvolvimento dos discursos tecnocientíficos sobre integralidade no contexto das propostas de reforma da saúde no Brasil; a incorporação desses construtos às propostas desenvolvidas pelo CRT, especialmente em torno aos conceitos de vulnerabilidade, cuidado, clínica ampliada e direitos humanos em saúde; e a identificação de arranjos institucionais, estratégias técnicas e configurações políticas que permitiram ao CRT o exercício articulado de três níveis de gestão do cuidado (das PVHA, dos serviços e da Rede) numa mesma plataforma. Conclui-se apontando alcances e limites na efetivação da integralidade, que se mostraram desiguais nos três níveis de gestão do cuidado. Aponta-se maiores avanços na dimensão gerencial da rede e as maiores dificuldades na efetivação da integralidade no cuidado das PVHA e na gestão dos serviços de saúde.

Descritores: HIV; Síndrome da imunodeficiência adquirida; Integralidade em saúde; Assistência à saúde; Narração; Atenção à saúde; Regionalização.

SUMMARY

Kalichman AO. *The comprehensiveness in the care of people living with HIV and AIDS: the experience of SES-SP STD/AIDS Reference and Training Center [Thesis]*. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2016.

Assuming commitment to the prevention and treatment based on the principle of comprehensiveness (integralidade), the Brazilian strategy made the difference in the national response to AIDS in the decades of 1980/90. Its cutting edge strategy created a new paradigm from technical, ethical and political points of view, contributing to the change in recommendations of international agencies (WHO \ World Bank) - from "not to treat and only prevent" of the early 1990s, to "treatment as prevention", basis of the current 90/90/90 proposal. This epidemic control strategy focuses responsibility in Service Network, in a period of discussion of changes in the model of care to be prioritized in the country. Relevant characteristics of the political and programmatic contexts enabled greater effectiveness of care for PLWHA in the state of São Paulo. The aim of this study is to recover the history of the STD / AIDS Reference and Training Center (CRT) in the management and programmatic organization of care in HIV / AIDS in the State of São Paulo, in the period 1988-2015, interpreting it in the prospect of facilitating and limiting factors for practical embodiment of the principle of comprehensiveness in health care. A narrative review of the literature on comprehensiveness care was performed in the Brazilian Public Health field for the past five decades. Based on the comparison with this conceptual development, the trajectory of CRT was analyzed through interviews with key stakeholders in the process of management and organization of programmatic care of PLWHA in the state of São Paulo, and analysis of the documents produced in the process. We organized the analysis around two major themes: (1) the creation and structuring of CRT, and (2) the relationship between the CRT, the STD/AIDS Municipal Program and the network of health care services in São Paulo. Among the study's findings, we highlight the rescue and critical reflection on the development of techno-scientific discourses on comprehensiveness in the context of health reform proposals in Brazil; the incorporation of these constructs in the proposals developed by the CRT, especially around the concepts of vulnerability, care, extended clinic and human rights in health; and the identification of institutional arrangements, technical strategies and policy settings that allowed the CRT to articulate three care management levels (of PLWHA, services and network) on the same platform. We conclude pointing advances and limits in the effectuation of comprehensiveness, which proved to be unequally reachable in the three levels of care management. There were major advances noticed in the managerial dimension of the network and higher difficulties to implement comprehensiveness in the care of PLWHA and management of health services.

Descriptors: HIV; acquired immunodeficiency syndrome; integrality in health; delivery of health care; narration; health care (public health); regional health planning.

I. INTRODUÇÃO

Alguns fatores são determinantes para explicar os avanços da política brasileira na resposta à aids. Em primeiro lugar, o conceito de saúde como um direito de cidadania que deve ser promovido e garantido pelo Estado, expresso na Constituição brasileira de 1988 e materializado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), e seus princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social.

A promoção dos direitos humanos e da não discriminação das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) também marca e qualifica positivamente a resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS, associadas à sua participação ativa e à da sociedade civil organizada nas ações de prevenção, cuidado e controle social das instâncias e serviços do SUS,

Por fim, é importante ressaltar que as estratégias adotadas, tanto para a prevenção da infecção pelo HIV como para o tratamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS dentro do SUS, têm procurado se basear nas evidências científicas sobre sua segurança e eficácia. Note-se o compromisso e mesmo certo ativismo por parte dos profissionais da saúde envolvidos nas ações do Programa de DST/AIDS em todos os níveis de governo.

Ao não ter que optar entre prevenção e tratamento, e assumir o compromisso com ambos, baseada no princípio da integralidade, a estratégia adotada fez a diferença na resposta nacional à aids nas décadas de 1980/90. Nessa época, quando as agências internacionais e governos dos países desenvolvidos pregavam aos países pobres e em desenvolvimento que se ocupassem apenas da prevenção da epidemia, o Brasil criou um novo paradigma que se mostrou o mais correto com o

tempo, tanto do ponto de vista técnico como ético e político. (Teixeira, 1997; Mattos, 2001; Grangeiro et al., 2009)

Dentre os princípios do SUS, a integralidade é o único que diz respeito diretamente e ao mesmo tempo aos tipos de ações que devem ser realizadas, à forma como os serviços devem se organizar, e à qualidade do cuidado a ser prestado aos usuários. A integralidade, como princípio, é múltipla e polissêmica, diz respeito tanto à necessária abrangência das ações de saúde a realizar, do ponto de vista coletivo, como à abrangência do cuidado a ser prestado do ponto de vista individual. (Mattos, 2000; Ayres, 2009)

Em que pese a complementaridade intrínseca e necessária de todos os princípios do SUS para a sua plena efetivação, fica evidente a importância da Integralidade e sua aplicação concreta na definição das políticas e estratégias brasileiras para o sucesso da resposta à epidemia de HIV/AIDS. Como escreve Ayres (2009, p14),

Com efeito, a integralidade é, entre os princípios do SUS, aquele que mais conduz o desafio de realizar os valores de justiça, democracia e efetividade do acesso à saúde para a intimidade do núcleo tecnológico das práticas de saúde.

II. JUSTIFICATIVA

Orientador da resposta brasileira à epidemia de aids, o princípio da integralidade no SUS fez diferença ao incorporar desde o início a dimensão do cuidado das PVHA e, dentro deste, o acesso à terapia antirretroviral (TARV). O sucesso dessa resposta influenciou fortemente na mudança dos paradigmas internacionais em relação ao acesso à TARV em países pobres ou em desenvolvimento, os quais, se no final da década de 1990 e início dos anos 2000 se referiam apenas ao tratamento, atualmente expandem também o tratamento à prevenção da epidemia.

É interessante notar a mudança nas recomendações das agências internacionais (OMS\Banco Mundial), as quais, do “não tratar e só prevenir”, do início dos anos 1990, passaram ao “Tratamento como Prevenção”, base da proposta dos 90/90/90 (UNAIDS, 2014) e da Prevenção apoiada no trabalho com as PVHA (CDC, 2015).

A estratégia do tratamento como prevenção, elaborada a partir dos resultados de um ensaio clínico (Cohen, 2011) no qual ficou evidenciado que PVHA em uso de TARV e com carga viral indetectável apresentam uma redução de 94% do risco de transmissão do HIV (quando comparados com PVHA sem uso de TARV), deu as bases para a proposta dos 90/90/90 por parte da UNAIDS. Trata-se de, até 2020, diagnosticar 90% dos portadores de HIV, tratar 90% desses portadores com TARV e atingir uma carga viral indetectável em 90% das pessoas em TARV. Propõe-se, ainda, garantir essa situação continuamente até 2030 reduzindo a carga viral coletiva e a transmissão do HIV de modo que não mais existam as condições de sustentação da aids como epidemia. Complementa a proposta a meta de 0% de discriminação. Essa também é a ideia de fundo sobre a qual se apoia a proposta do CDC citada acima.

Cabe comentar que essas estratégias têm forte semelhança às de controle da tuberculose baseadas no diagnóstico precoce e no tratamento de portadores de TB como forma de bloqueio da transmissão. Independente de sua eficácia ou não no controle da epidemia de aids, caso não esteja associada a outras estratégias de promoção e de prevenção, a proposta dos 90/90/90 (ou da prevenção a partir do trabalho com PVHA) tem, no mínimo, o mérito de reforçar de maneira cabal a importância da garantia do acesso à TARV como parte integrante da resposta à epidemia.

A importância do diagnóstico precoce da infecção por HIV e do início também precoce do uso de TARV é reforçado pelo resultado de outro ensaio clínico divulgado em 2015. Trata-se do estudo START, desenhado para avaliar o melhor momento para o início da TARV, do ponto de vista dos benefícios clínicos. O estudo foi interrompido pelo Comitê de Monitoramento de Segurança, da própria pesquisa uma vez que o braço em que a TARV foi instituída mais tardiamente apresentava resultados estatisticamente piores em relação à morbidade e mortalidade associada à infecção pelo HIV (Lundgren, 2015.)

O conceito de tratamento como prevenção foi incorporado ao protocolo Brasileiro de TARV em 2013, dando suporte a seu início mais precoce no país. Os resultados do estudo START reforçam também a dimensão do benefício clínico do início da TARV em portadores com níveis de CD4 maiores de 500 células/mm³. Esses dois fatores, associados ao incentivo da testagem para diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, levarão a um aumento do número de PVHA em acompanhamento nos serviços de saúde, e em uso de TARV (MS, 2013) .

Essas estratégias de controle da epidemia colocam enorme responsabilidade para a rede de serviços, tanto para o diagnóstico e acolhimento como para o acompanhamento e cuidado integral das PVHA. Os desafios para os serviços e programas no sentido da efetivação dessas estratégias ocorrem em um período em que se discute o modelo de atenção adotado pelo país frente aos dados que

mostram o crescimento da incidência e da mortalidade por aids na maioria das Regiões e Estados brasileiros.

Os contextos de vulnerabilidade social e programática nos Estados e Regiões brasileiras configuram diferentes possibilidades de efetivação da política nacional de resposta à aids pelo SUS (Grangeiro et al., 2010).

Tomada no seu conjunto, a resposta brasileira parece satisfatória. Porém, os dados de incidência e de mortalidade por aids, desde o início dos anos 2000, mostram significativa heterogeneidade na resposta nacional. Em verdade, esse fato já se evidenciava na década de 1990. Além disso, das 27 unidades federadas, apenas cinco (São Paulo, Brasília, Paraná, Rio de Janeiro e Minas Gerais) apresentam redução da mortalidade por aids nos últimos 15 anos. Dentre essas, somente o Estado de São Paulo manteve uma redução significativa da mortalidade durante esse período (Figuras 1 e 2). (Ministério da Saúde, 2014).

Figura 1 Taxa de Incidência de aids por região de residência e ano de diagnóstico, Brasil, 2002 a 2013.

Taxa de mortalidade por aids padronizado segundo região de residência e ano do óbito. Brasil, 2002 a 2013.

Fonte: FONTE: MS/ SVS/ DASIS/ Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Figura 2 Taxa de mortalidade por aids padronizada segundo região de residência e ano de óbito. Brasil, 2002 a 2013.

Existem atualmente no Estado de São Paulo cerca de 200 Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE), os quais acompanham mais de 95 mil PVHA em uso de TARV, 131 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), 26 unidades de Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADT) e leitos potencialmente disponíveis para internação de PVHA no Estado. A maior parte dessa rede se encontra atualmente sob gestão das Secretarias Municipais de Saúde, estando quase toda ela localizada nos 145 municípios prioritários para a política de DST/AIDS no Estado, os quais contam com Programas de aids estruturados.

O reconhecimento da importância dos serviços na resposta à epidemia resultou na publicação da Resolução nº 16, de 23 de fevereiro de 2015 no Diário Oficial do Estado (DOE-SP), instituindo a Rede de Cuidados em DST, HIV/AIDS e Hepatites Virais (HV). Essa rede busca qualificar a Atenção Básica (AB), reforçar os serviços especializados já existentes e organizar o acesso regulado aos leitos e demais recursos de maior densidade tecnológica necessários aos portadores de HIV/AIDS e HV. O acompanhamento e a responsabilidade pela gestão do cuidado aos

portadores de HIV/AIDS e HV nessa proposta cabem aos SAE, os quais já vêm desempenhando esse papel. A proposta visa também a qualificar a AB para as ações de prevenção e diagnóstico do HIV e HV, e de cuidado integral às DST, com ênfase na profilaxia da sífilis congênita. (SES-SP, 2015)

Ainda assim, a aids é a segunda principal causa de óbitos em mulheres de 25 a 34 anos no Estado de São Paulo, e também a terceira principal causa de morte nessa mesma faixa etária, somando-se ambos os sexos. Acrescente-se que o uso prolongado da TARV e seus efeitos adversos, bem como outras condições associadas a viver mais tempo com HIV/AIDS, trazem novos desafios para os programas e serviços e para as PVHA. (SES - SP, 2014)

É preciso continuar a aumentar a efetividade da ação programática, seu impacto na melhoria da qualidade de vida e a na diminuição da mortalidade associada ao HIV/AIDS. Essa é a principal necessidade mobilizadora para a realização deste estudo. Como será mais bem explicitado adiante, este estudo tem um caráter institucional e profissional pessoal que marca seu objeto e as opções de recorte e abordagem metodológicas adotadas no seu desenvolvimento.

Como citado anteriormente, está em curso no país uma discussão sobre o modelo de atenção às PVHA. No âmbito das políticas das redes e linhas de cuidado, coloca-se a discussão do papel da AB dos CTA e dos SAE no cuidado às PVHA. O modelo de atenção em HIV/AIDS, preconizado desde o início da resposta brasileira e implantado em São Paulo, foi o de atender as PVHA nos SAE. Porém, desde 2013, o Departamento de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (MS) está propugnando a necessidade de uma mudança no modelo de atenção como parte da solução dos problemas da resposta nacional, e apontando a AB como local de acompanhamento das PVHA (MS, 2014a, 2014b)

Parece, então, importante identificar características relevantes dos contextos político e programáticos que permitiram maior efetivação do cuidado às PVHA na resposta à aids construída no Estado de São Paulo. Essa importância se refere

tanto à possibilidade de um melhor (re)conhecimento do percurso e estratégias programáticas que possibilitaram essa maior efetivação, quanto ao que esse conhecimento renovado possa ajudar na avaliação e orientação da busca pela contínua melhoria da resposta à epidemia na dimensão do cuidado das PVHA.

O Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS (CRT) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, onde trabalho desde 1988, é a instituição responsável pela coordenação do programa estadual de DST/AIDS. Também é importante serviço de referência no cuidado integral à saúde de PVHA. Faz parte de sua missão a produção e avaliação de conhecimentos, políticas e tecnologias voltadas ao enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS. Refletir a partir do trabalho cotidiano no SUS, junto de seus atores e partícipes, oferece grande potencial para obter auxílio e subsídios na elaboração das respostas a alguns dos principais desafios para melhorar a qualidade do cuidado das PVHA. (Ayres, 2009; Kalichman; Diniz, 2009).

Esse trabalho visa a explorar alcances e limites na resposta aos desafios mencionados a partir da análise, em perspectiva histórica, das experiências do CRT na gestão e organização da rede de cuidado em HIV/AIDS no SUS do Estado de São Paulo. A tese aqui desenvolvida é de que, nessa experiência, foi possível identificar os diversos sentidos do princípio doutrinário da integralidade que permeiam as ações de saúde no SUS de modo geral, e que o resgate das especificidades técnicas e políticas da integralidade no âmbito da história do CRT contribuem para uma melhor compreensão dos desafios e alternativas possíveis ao aperfeiçoamento da resposta à epidemia, no contexto epidemiológico, técnico e político da atualidade.

III. OBJETIVOS

III.1 Objetivo geral

Recuperar a história do CRT-DST/AIDS na gestão e organização programática do cuidado em HIV/AIDS no Estado de São Paulo, no período de 1988 a 2015, interpretando-a sob a perspectiva dos aspectos facilitadores e limitadores da incorporação prática do princípio da integralidade.

III.2 Objetivos específicos

- A. Resgatar criticamente a elaboração conceitual e respectivas estratégias de operacionalização do princípio da integralidade da atenção à saúde no contexto brasileiro;
- B. Contextualizar e analisar o papel estratégico e singular do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS da SES-SP na coordenação técnica e na gestão do Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo;
- C. Recuperar as relações entre o CRT-DST/AIDS e a estruturação dos Programas Municipais de DST/AIDS, bem como da rede de serviços assistenciais no Estado de São Paulo, analisando suas implicações para a qualidade da resposta programática e a efetivação da integralidade no cuidado em HIV/AIDS no SUS-SP.

IV. ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

O desenvolvimento do presente estudo partiu da necessidade de delimitar e refletir criticamente sobre algumas construções conceituais que marcaram a compreensão e aplicação prática do princípio da integralidade na organização de programas e ações de saúde no SUS. Inspirado na tradição histórico-crítica da Saúde Coletiva brasileira (Mendes-Gonçalves, 1994) e apoiado na perspectiva compreensivo-interpretativa da hermenêutica contemporânea (Ricoeur, 1981; 2012), procurei enfatizar, entre os diversos sentidos da construção teórica da integralidade, sua referência ao plano da gestão de serviços e programas e tomei as propostas de organização de redes de atenção como uma de suas mais recentes e acabadas expressões. A partir dessa referência, procurei retornar aos diversos constructos conceituais orientados pela ideia de integralidade que influenciaram de alguma maneira as proposições de operacionalização prática até às recentes propostas das redes regionais e temáticas.

Esta parte do estudo foi baseada em revisão não sistemática da literatura sobre integralidade e temas correlatos na produção do campo da Saúde Coletiva Brasileira nas últimas cinco décadas. Foram incluídos livros, artigos de periódicos, dissertações e teses acadêmicas, e publicações técnicas, considerados trabalhos de referência sobre o tema. Com base em alguns desses constructos, e dos debates e inflexões que produziram no campo, proponho uma cronologia/tipologia que se estende dos anos 1960 a 2000, dividida em três períodos/categorias julgados significativos.

A narrativa assim construída não pretendeu ser exaustiva quanto ao inventário das proposições e debates, nem reclama a si qualquer tipo de autoridade historiográfica. O que pretendo é fundamentar, no resgate histórico e interpretação

dos quadros conceituais destacados, a construção de uma referência compreensiva capaz de contribuir para análise, avaliações e debates acerca da organização da atenção à saúde no SUS, conforme o princípio da integralidade. (1)

Após esse primeiro percurso, e dialogando com ele, o foco principal foi colocado na construção de uma narrativa sobre as experiências do CRT-DST/AIDS na gestão e organização das respostas programáticas frente aos desafios à efetivação de um cuidado integral das PVHA no SUS do Estado de São Paulo. Vale dizer que essa segunda narrativa tampouco reclama qualquer tipo de validação como uma história da atenção à aids em São Paulo ou no Brasil.. Os contextos político-institucionais e técnicos que compõem esta narrativa foram resgatados na exata medida em que elucidam o sentido prático dessas experiências. Da mesma forma, os resultados ou impactos da ação programática apreendidos por indicadores relativos às PVHA e aos serviços onde elas são atendidas também devem ser tomados aqui apenas como referência da análise da sua efetividade no marco conceitual da vulnerabilidade.

Na abordagem da construção e dos resultados dessa resposta programática foram utilizadas fontes documentais (artigos e produções acadêmicas, documentos institucionais, dados epidemiológicos e de produção de serviços) e entrevistas com atores-chave no processo da gestão e organização programática do cuidado das PVHA no Estado de São Paulo, e também em nível nacional.

Os quatro eixos propostos por Ayres em torno dos quais se articulam os vários sentidos e aplicações da integralidade (Ayres, 2009) – necessidades, finalidades, articulações e interações – foram utilizados como quadro de referência na para a

(1) ¹Não foram incluídos nesta revisão narrativa, por exemplo, a importante produção do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA sobre a Vigilância da Saúde (VS), ou as Políticas do MS sobre esse tema que, sem dúvida, guardam importantes vínculos com o princípio da integralidade e com as discussões desta Tese (Teixeira, 1998, 2002). Referências a essa produção, bem como algumas políticas do MS relacionadas à VS, serão, contudo, feitas mais adiante, no desenvolvimento do trabalho.

construção da narrativa que articula as fontes documentais e as entrevistas que constituíram o material empírico deste estudo. Nessa aproximação, os dois primeiros eixos ajudaram a identificar e qualificar os “O QUE” fazer (e o que foi feito), e os dois últimos os “COMO” fazer (e o como foi feito) nas experiências de gestão e organização do modelo de atenção das PVHA no SUS-SP, permitindo avaliar alcances, limitações e desafios programáticos para a efetivação da integralidade.

Para proceder à interpretação proposta acima, foi necessário organizar o material de estudo – as fontes documentais e as entrevistas dos sujeitos – em uma perspectiva histórica, em uma linha do tempo, na qual se pôde recuperar reflexivamente os principais aspectos das experiências de gestão programática, do modelo e da rede assistencial.

Na construção dessa linha do tempo, as fontes documentais forneceram um conjunto de marcadores que permitiram delimitar os contextos, o pano de fundo político-institucional que a informou e onde se foi construindo a história da gestão programática que se buscou recuperar. Também forneceram elementos para delimitar e identificar estratégias e ações programáticas relacionadas à gestão e organização do cuidado, bem como para buscar possíveis relações com resultados e impactos por meio de dados epidemiológicos e da organização e produção da rede assistencial para as PVHA no SUS-SP e no país.

Outro conjunto de marcadores dessa linha do tempo foi elaborado a partir do trabalho interpretativo de entrevistas realizadas com informantes-chave. Por serem sujeitos implicados de alguma maneira nessa gestão e construção e, portanto, sujeitos na própria história que se buscou recuperar, essas narrativas têm um caráter especialmente reflexivo. Elas elaboram coletiva e individualmente o vivido, mapeando os O QUE e os COMO das ações programáticas que foram e estão sendo feitas para gestão e organização da assistência integral à saúde das PVHA no SUS-SP.

Foram entrevistados profissionais que trabalham ou trabalharam no CRT-DST/AIDS, Interlocutores Regionais do Programa Estadual de DST/AIDS e membros ou coordenadores de programas municipais de DST/AIDS.

Dentre os profissionais ligados ao CRT, foram eleitos aqueles que tinham papel importante na condução da instituição na Diretoria Técnica, gerências, serviços e outros que têm ou tiveram participação decisiva na história do Centro. Da mesma forma, foram priorizados coordenadores ou ex-coordenadores de programas municipais, e interlocutores regionais importantes na trajetória da atenção às PVHA no Estado de São Paulo, seja pelos tamanhos das regiões e municípios, e magnitude da epidemia local, seja pela experiência e contribuições do próprio entrevistado na construção da resposta paulista.

Partindo do trabalho com as fontes documentais e transcrições, o enredo dessa narrativa foi construído em torno de dois temas centrais, os quais se reportam ao segundo e terceiro objetivos desse estudo. O tema que marca formalmente o início da linha do tempo é a criação do próprio CRT-DST/AIDS. O segundo tema, que deriva do papel do CRT no Programa Estadual de DST/AIDS, refere-se à recuperação das experiências criadas pelo Centro na coordenação, suporte e parceria no trabalho de estruturação da rede de serviços para PVHA e dos Programas Municipais de DST/AIDS, configurando uma resposta programática de descentralização e regionalização das ações de cuidado das PVHA no SUS-SP.

Foram utilizados os pressupostos metodológicos da hermenêutica na correlação compreensiva e interpretação dos conjuntos de marcadores dessa linha do tempo e do enredo que estrutura a narrativa acerca da resposta programática do CRT (Ricoeur, 1981). A interpretação realizada, correlacionando dialeticamente um todo compreensivo e interpretações e análises de aspectos particulares da história aqui narrada, busca fornecer os elementos necessários para avaliar alcances e limites nas experiências do CRT-DST/AIDS na gestão e organização do cuidado

das PVHA no SUS-SP, na perspectiva da efetivação da integralidade da atenção à saúde.

Para Ricoeur (2012), é a narrativa que torna acessível a experiência humana do tempo, ou seja, o tempo só se torna humano por meio da narrativa histórica (e das histórias) dos nossos ditos e feitos. Dessa forma, para Ricoeur a historiografia pertence ao campo narrativo. A narrativa é, segundo ele, uma mediadora entre um ponto de partida e um ponto de chegada, entre uma configuração do mundo e outra. O tempo humano é inescapavelmente histórico e sua substância são nossas experiências, nossos ditos e feitos. A narrativa é a forma privilegiada de trazer essas experiências à linguagem e, desse modo, produzir sentidos cuja interpretação reflexiva gera um tipo de conhecimento que o autor denomina de consciência histórica.

A hermenêutica das experiências narradas é um exercício dialético que parte da explicação, do esclarecimento advindo da leitura de outras narrativas (a dos textos científicos, das entrevistas, dos documentos técnicos), para compreender o assunto sobre o qual elas falam, articulando sentido e referência, partes e todo, o que está sendo dito sobre o feito ao conjunto da experiência sobre a qual se reflete. Ou então, vindo pelo outro lado do mesmo círculo, confirmar ou não uma hipótese, ou o que se pensa previamente sobre alguma coisa, pelo que é achado na interpretação da narrativa construída dos ditos e feitos relativos a ela. Esse é o círculo hermenêutico, articulando dialeticamente explicação (*erklären*) e compreensão (*verstehen*) para a construção da interpretação da semântica profunda, do significado dos textos/ ações produzidas pelo ser humano. (Ricoeur, 1981, 2012)

É importante destacar o caráter necessariamente polêmico, aberto e incompleto, tanto das (possíveis) narrativas como das suas (possíveis) interpretações, e sua também necessária validação intersubjetiva para que o círculo hermenêutico não

se transforme num círculo vicioso. A validação de uma hermenêutica é mais próxima da lógica do plausível do que da lógica da verificação empírica. Uma espécie de provável, não no sentido matemático, probabilístico, mas do que pode ser sustentado como mais aceitável por meio de uma argumentação comparável aos procedimentos jurídicos de interpretação legal. (Ricoeur, 1981, 2012)

A busca por fazer uma reflexão sobre as experiências de gestão programática do Cuidado às PVHA no SUS-SP com atores e partícipes desse processo, sendo eu mesmo um deles (dada minha própria inserção na Diretoria Técnica do CRT-DST/AIDS), é intencional. Acredito que seja potencialmente produtiva para a identificação dos seus alcances, limites e significados na construção da integralidade da atenção à saúde – não obstante todo o cuidado necessário para manter a vigilância crítica necessária para o alcance dos objetivos do estudo.

Dessa forma, os interesses que guiam a realização deste trabalho, bem como a posição do autor, de seus pares do CRT-DST/AIDS e dos entrevistados por referência ao seu objeto, objetivos e metodologia, ao serem explicitamente revelados, antes de constituírem um conflito devem ser entendidos como sinalizadores do compromisso com a apropriação reflexiva e crítica da própria prática de gestão e organização do cuidado das PVHA no SUS-SP.

IV.1 Fontes documentais e empíricas do estudo

A seguir, descrevo quais são, e como serão utilizadas, as fontes que formam o corpus documental desse estudo.

Já existe uma extensa produção abordando a política nacional de resposta à aids, a qual foi, sem dúvida, extremamente útil ao delineamento do contexto político-institucional mais amplo que a informa e onde se constroem as experiências que

descrevo e analiso. (Teixeira, 1997, 2003, 2004; Mattos, 1999, 2003; Parker, 2003; Greco et al., 2007; Hacker et al., 2007; Grangeiro et al., 2009; Laurindo Teodorescu; Teixeira, 2015).

Existem também publicações que recuperam os contextos político-institucionais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, na perspectiva de fornecer um pano de fundo, onde operam o CRT-DST/AIDS enquanto instância de coordenação programática e outros atores institucionais relevantes da SES-SP e do SUS-SP (Kalichman 1993; Grangeiro et al., 2009; Motta, 2011).

Ainda que em menor número, existem produções acadêmicas que abordam aspectos da gestão e organização de Programas Municipais e Estadual de DST/AIDS de SP, os quais, embora não tenham o mesmo foco do presente estudo, também são utilizados no seu desenvolvimento (Barboza 2006; Taglietta 2006).

As experiências do CRT-DST/AIDS, de gestão e organização programática do cuidado da PVHA, são recuperadas por meio de publicações existentes que tratam do assunto (Kalichman 1993; Teixeira, 1997, Barboza 2006; Taglietta 2006, Laurindo Teodorescu; Teixeira, 2015), dos documentos oficiais produzidos pelo MS e pelo CRT-DST/AIDS (Manuais, Boletins, Normas Técnicas, Relatórios Técnicos, Consensos e Protocolos clínicos), pelas publicações em Diário Oficial do Estado de SP e da União, assim como de deliberações das Comissões Tripartite (MS) e Bipartite (SES-SP) relevantes e referentes ao tema da gestão e organização do cuidado das PVHA no SUS-SP. Também é recuperado o processo de estruturação dos Programas Municipais e Serviços de DST/AIDS no SUS-SP.

Como sinalizado acima, para analisar o cuidado das PVHA na dimensão programática é necessário tratar também dos indicadores e resultados que podem ser apreendidos a partir da sua dimensão individualizável em pessoas ou em serviços de saúde. Nesse sentido, pode-se observar o grau de efetivação e os

resultados da ação programática, e também da qualidade dos serviços onde são acompanhadas, por meio de indicadores de saúde do conjunto das PVHA. Para tal, utilizamos dados secundários de caráter epidemiológico (SINAM), de produção assistencial (SICLOM e SICEL, SIA-SUS, AIH) e outros advindos de resultados de estudos produzidos na articulação entre atividades de assistência e de pesquisa.

A primeira dessas articulações foi o processo de avaliação da adesão à TARV iniciado em 1997, no âmbito dos serviços ambulatoriais especializados no Estado de São Paulo. Além da grande produção científica (Nemes et al., 2000, 2004, 2009, Castanheira et al., 2002), essa parceria entre o CRT-DST/AIDS e a Universidade também deu base ao desenvolvimento do Qualiaids (Nemes et al., 2008; 2008a). Este é um dos mais importantes e bem estruturados processos de avaliação da qualidade dos serviços especializados no cuidado de PVHA existentes no país, e de onde foi possível obter informações relevantes para os objetivos deste trabalho.

Outro estudo do qual o CRT participa atualmente, o *Estudo de coorte, prospectivo, multicêntrico, para avaliar o tratamento antirretroviral inicial em pacientes adultos com infecção pelo HIV, em quatro regiões brasileiras* (Grangeiro et al., 2014), segue a linha programática iniciada com os estudos sobre adesão, e avalia mais diretamente a efetividade da TARV entre pacientes acompanhados em serviços públicos brasileiros.

Já há também consistente produção acadêmica que busca mapear como o princípio da integralidade vem informando a organização das ações de saúde no cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS, inclusive no próprio CRT-DST/AIDS (Silva N, 2002; Paiva V, ECI, 2002; Oliveira L, 2005; Ayres, 2006; Borges M, 2010; Pinto C, 2010). São quase todos, estudos de caso, alguns de caráter exploratório, que se utilizam principalmente de metodologias qualitativas, mas também quantitativas, e de estratégias de triangulação para combinar diferentes fontes e métodos de observação, obtenção, criação e análise de dados.

Foram realizadas 14 entrevistas individuais. Os profissionais que trabalham no CRT foram entrevistados pelo próprio autor da tese e os interlocutores regionais e coordenadores ou gerentes de programas municipais por entrevistador treinado pelo pesquisador responsável pelo estudo. As entrevistas foram realizadas no decorrer de 2014 e 2015 e foram todas gravadas. As transcrições foram feitas por profissionais contratados para esse fim. As mesmas se encontram em arquivo do pesquisador. O Roteiro das entrevistas encontra-se no Anexo 1.

O Termo de Consentimento Livre e Informado (TCLE), assinado por todos os entrevistados, encontra-se no Anexo 2. Esta pesquisa teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CRT e o aval do CEP da FMUSP.

A partir de uma leitura compreensiva dos depoimentos foram identificadas ideias explícitas e implícitas, eventos marcantes, seus sentidos e significados na construção da resposta programática, do modelo e da rede assistencial de atenção integral às PVHA no SUS-SP

Pela importância de suas entrevistas como recurso narrativo e como fonte de interpretações e análise neste trabalho, os excertos das transcrições das falas dos pares do CRT, utilizados no corpo do texto estão identificados nominalmente pelas suas iniciais, após autorização expressa dos entrevistados. Os excertos dos demais entrevistados são identificados apenas pela sua inserção institucional.

Alguns elementos narrativos são resultado da minha própria vivência e participação nos fatos relatados, e são utilizados para esclarecer ou relacionar alguns aspectos obtidos das entrevistas ou documentos. Nestes casos, será incluída a marcação (RP) ao final do parágrafo, designando que as informações ali apresentadas são registros do pesquisador.

Abaixo um quadro com o nome, formação e inserção institucional de todos os entrevistados.

Quadro 1 - Lista de Entrevistados

Nome e iniciais	Formação e histórico	Posição Atual
Alexandre Grangeiro (AG)	Sociólogo com especialização em Saúde Pública, Coordenador Adjunto do Programa Estadual de DSTAids SES-SP; Diretor Adjunto e Diretor do Programa Nacional de DST/AIDS-MS	Pesquisador do Depto. Medicina Preventiva USP
Caritas Relava Basso (CB)	Médica Infectologista, Mestra e Doutora em Saúde Pública, Gerente de Assistência Integral do CRT-DST/AIDS	Coordena a Área de Assistência do Programa Municipal de Aids da PMSP
Eduardo Barbosa (EB)	Filósofo, Presidente do Fórum de ONG/AIDS de SP, Diretor Adjunto do Programa Nacional de Aids do MS	Diretor do Ambulatório de HIV/AIDS do CRT-DST/AIDS
Goher Lima Gonzalez	Bióloga, Coordenadora do Programa Municipal de DST/AIDS de Itanhaém	Coordenadora do Programa Municipal de DST/AIDS de Itanhaém
Joselita Caracciolo (JC)	Médica Infectologista, Mestra em Medicina Preventiva, Diretora do Ambulatório de HIV/AIDS do CRT-DST/AIDS	Assistente da Gerencia de Assistência Integral do CRT-DST/AIDS
Karina Wolffenbuttel (KW)	Psicóloga, Mestra em Saúde Pública, Diretora do Ambulatório de DST/CTA do CRT-DST/AIDS.	Coordenadora do Eixo de Diagnóstico Precoce do Programa DST/AIDS SP
Maria Clara Gianna (MG)	Médica Sanitarista, Diretora da Vigilância Epidemiológica do CRT-DST/AIDS, Coordenadora Adjunta do Programa de DST/AIDS SP	Coordenadora do Programa e Diretora Técnica do CRT DST/AIDS
Marta Ramalho	Médica Infectologista, Médica do CRT-DST/AIDS	Interlocutora Regional do Programa de DST/AIDS SP

Nome e iniciais	Formação e histórico	Posição Atual
Moises Taglieta	Cirurgião Dentista, Mestre em Saúde Pública, Coordenador da Área de Planejamento do Programa Nacional de DSTAIDS MS	Coordenador de Programa Municipal de DST/AIDS
Mônica de Arruda Rocha	Enfermeira, rabalhou na Atenção Básica.	Interlocutora Regional do Programa de DST/AIDS SP
Paulo Roberto Teixeira (PT)	Médico Dermatologista, Especialista em Saúde Pública, Coordenador do Programa DST/AIDS de SP e do MS, Diretor do Programa de AIDS da OMS	Consultor Senior do Programa DST/AIDS de SP.
Rosa Alencar de Souza (RS)	Médica Infectologista, Mestra em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde, Gerente de Assistência Integral do CRT-DS/AIDS	Coordenadora Adjunta do Programa e Diretora Substituta do CRT-DST/AIDS
Ruth Nogueira Jardim	Biomédica, Mestra em MI, Diretora laboratório Regional de DST/Aids	Interlocutora Regional do Programa de DST/AIDS SP
Sara Romero Silva (SS)	Médica Pediatra com Especialização e Mestrado em Saúde Pública, Gerente da Área de Planejamento do CRT-DST/AIDS, Gerente da Área de Planejamento do CCD	Médica da Equipe de Vigilância Epidemiológica do CRT-DST/aIDS
Vilma Cervantes (VC)	Psicóloga com especialização em Saúde Pública e em Gestão, Responsável pela Articulação com as ONG/Aids no Programa DST/AIDS SP	Gerente da Área de Planejamento do CRT-DST/AIDS

V. RESULTADOS E DISCUSSÃO

V.A Breve recuperação das narrativas conceituais em torno à integralidade e sua aplicação no contexto brasileiro

V.A.1 A integralidade antes do SUS (anos 1960-70)

A integralidade surge como princípio do SUS na Constituição de 1988 em decorrência de um processo que se inicia nas décadas de 1950/60 por meio das propostas de Medicina Preventiva nos EUA (Silva, 1973). Essa noção informa um movimento que se contrapõe ao processo de intensa especialização da prática médica, com valorização dos especialistas e maciça incorporação de tecnologias biomédicas ao diagnóstico e tratamento de doenças, o que está na origem das propostas da Medicina Integral e da Medicina Comunitária. (Arouca, 1975; Donnangelo, 1976; Schraiber; Mendes-Goncalves, 2000).

Com base na teoria da História Natural da Doença e de seus correspondentes Níveis de Prevenção (Leavell & Clark, 1953), essa contraposição se dá tanto pelo entendimento do ser humano como um todo “biopsicossocial”, colocando a necessidade de uma assistência integral à saúde de cada pessoa, como pela necessária integração e articulação das ações de promoção, prevenção e atenção, que garantem a integralidade da atenção à saúde do ponto de vista coletivo (Schraiber; Mendes Gonçalves, 2000).

Na década de 1970, começam a surgir nas Universidades brasileiras serviços de assistência organizados a partir da lógica de uma assistência integral à saúde ou da atenção primária à saúde ou, ainda, de saúde comunitária. Na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), é

inaugurado em 1972 o Ambulatório de Medicina Integral (AMI) (Noronha et al.,1977).Na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) é inaugurado em 1977 o Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (CSESBP) (Cyrino; Schraiber, 2002), sob a liderança do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo(DMP-FMUSP).

Em artigo de 1977 que descreve os motivos da implantação do AMI na UERJ é apontado que,

o paciente que chegava ao hospital tinha que necessariamente ser decomposto em aparelhos ou órgãos para receber os cuidados que necessitava. Como muitas vezes padecesse de males em diferentes órgãos era tratado simultaneamente em diferentes serviços e os "pedidos de parecer pingue-pongueavam" os pacientes entre os diversos serviços. Como assinalou Landmann, isto leva a uma fragmentação característica de uma Medicina de tecnologia avançada e completamente desumanizada'. Mais ainda, criam-se problemas graves, não só de assistência médica, como de preparo profissional. Formamos médicos que sabem atender dentro de subespecialidades exigindo exames complementares sofisticados e tornando a Medicina desnecessariamente cara e restrita (Noronha, 1977, p.432).

Já o CSESBP, embora pertencente à USP, nasce integrado à rede de Centros de Saúde consolidada durante a segunda gestão de Walter Leser como Secretário de Estado da Saúde de SP (1964-67/1975-79). Essa rede, e a política de programação que a faria operar, foram a proposta paulista para responder à demanda por ampliação de cobertura assistencial às chamadas populações carentes não cobertas pela medicina previdenciária de então (Nemes, 2000). Essa política de programação em saúde buscou integrar as intervenções de caráter individual e coletiva a partir de uma lógica orientada epidemiologicamente, buscando articular as antigas ações de educação em saúde e de atenção a algumas doenças infecciosas à necessária expansão de cobertura assistencial, tanto médica como de outras ações de caráter individual e coletivo.

Essa proposta de Programação em Saúde busca então, por meio da integração e interação de diversas práticas e profissionais, organizar o trabalho dos serviços e suas equipes multiprofissionais em torno de uma Atenção Integral à Saúde (Nemes, 1993; Schraiber 1993; Cyrino, 1993).

No final da década de 1970, ocorre a conferência de Alma-Ata, na qual se cunha a proposta de saúde para todos no ano 2000, entendida como estado de completo bem estar biopsicossocial. A definição, fortemente coincidente com a ideia da integralidade e centrada na atenção primária, avança na construção de um conceito da saúde que a toma não apenas como ausência de doença e não apenas na sua dimensão biológica. Essas propostas e definições da saúde que reconhecem seus determinantes sociais e colocam para o sistema de saúde um papel também mais amplo de emancipação das pessoas, e melhoria das condições sociais, informam o movimento que no país ganha o nome de Reforma Sanitária e faz parte das bases para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (Mattos, 2000; Paim, 2002; Grangeiro et al., 2009).

V.A.2 A integralidade e o SUS (anos 1980-90)

O conceito de integralidade é primeiramente utilizado pelo Ministério da Saúde no Brasil em 1983, quando começa a ser preparado, a partir de forte protagonismo do movimento feminista, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O MS divulga oficialmente o PAISM em 1984, por meio do documento: *Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática* (Brasil, 1984). É interessante notar que fica explicitado nessa política o duplo alcance da integralidade, seja no sentido de orientar um conjunto diversos de atividades e serviços à promoção, à prevenção e à assistência à saúde da mulher (por isso é denominado como um “programa”), seja no que diz respeito ao atendimento à saúde de cada mulher em todos os seus ciclos e necessidades de vida e não

apenas nos aspectos maternos ou reprodutivo (por isso inclui o termo “integral” na denominação do programa).

Também em 1983 é criado na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo o Programa Estadual de AIDS, o primeiro do Brasil e na América do Sul. O Programa Nacional de AIDS é criado em 1985 pelo MS (Kalichman, 1993; Teixeira, 1997; Grangeiro et al., 2009).

A década de 1980 é marcada pela implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), estratégias que avançam na incorporação da assistência médica individual na rede pública de saúde e no processo de descentralização e fortalecimento da esfera estadual no Sistema de Saúde. Em 1986 ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, síntese do movimento pela reforma sanitária, a qual antecipa, de certa forma, o que dois anos depois, em 1988, se tornarão as bases do SUS na nova Constituição brasileira (Pinheiro; Mattos, 2001).

Nos anos 1980 e início dos anos 1990, a proposta da Ação Programática em Saúde é formulada a partir das experiências colocadas pelo trabalho assistencial e gerencial desenvolvido no CSESBP pelo DMP-FMUSP. Essa proposta é descrita como “filha” da Programação em Saúde paulista dos anos 1970 e do Movimento da Reforma Sanitária brasileira dos anos 1980 em seus compromissos éticos e políticos— a saúde como um direito de todos e a construção de um sistema que seja instrumento de sua promoção e garantia, e também um processo de emancipação social (Nemes; 2000).

Independente das críticas, contribuições e alternativas que essa proposta suscitou, as quais serão abordadas a seguir de forma breve, os anos 1990 têm como marca importante o estabelecimento da estratégia (ou programa) de Saúde da Família (ESF) como organizadora da atenção primária no SUS. A atenção primária continua sendo vista como porta de entrada do Sistema, mas seu “modelo assistencial e tecnológico” passa a ser orientado pela proposta da ESF.

Mesmo em São Paulo, o modelo de programação em saúde originalmente implantado por Walter Leser em suas duas administrações (1964-67 e 1975-79) começa a ser desmontado e, em 1987, ocorre o fim da carreira de médicos sanitарistas e de sua vinculação com os cargos de direção dos Centros de Saúde. Estes, com o tempo, passam a ser denominados Unidades Básicas de Saúde, e começam a operar em uma lógica assistencial que perde a vinculação programática, sendo caracterizados pela lógica queixa-conduta (Mendes-Goncalves, 1994, Mota; Schraiber, 2011).

A proposta de Ação Programática configura uma estratégia de efetivação da atenção integral, baseada em necessidades de saúde validadas democrática e epidemiologicamente, buscando um “modelo assistencial” socialmente organizado na articulação das ações de intervenção coletivas e assistenciais individuais. Essa proposta começa também a problematizar a própria dimensão técnica das práticas e processos de trabalho em saúde, e a forma como estão organizadas em um “modelo tecnológico”, sua produtividade e sua efetividade na promoção e recuperação da saúde da população. (Schraiber, 1990,1993; Mendes-Goncalves, 1994).

No início dos anos 1990, embora compartilhando os valores e alguns princípios da proposta de ação programática, Campos aponta a limitação do alcance do modelo para outros pontos de atenção da rede além da atenção primária e, mesmo nesta, a baixa cobertura da proposta na e a partir da Rede de Centros de Saúde em SP. Aponta também a pouca problematização das questões gerenciais, de planejamento e organização dos serviços em uma perspectiva alternativa à da administração tradicional. Por fim, questiona se a vinculação da clínica ao saber epidemiológico por si só seria capaz de mudar substancialmente sua efetividade do ponto de vista da articulação das ações programáticas, ou enquanto prática ou tecnologia de cuidado à saúde individual (Mota; Schraiber, 2011).

O desenvolvimento e desdobramentos do trabalho de Campos produzem, a partir de meados dos anos 1990, a proposta de uma “clínica ampliada”, conceito que será retomado posteriormente, assim como o de equipes de referência e novas estratégias de gestão dos serviços de saúde. (Campos, 1991, 1999; Mota e Schraiber, 2011).

Como apontam Mota e Schraiber (2011), também foram feitas críticas à proposta de Ação Programática quanto à sua sustentabilidade, visto que as demandas colocadas pelo seu financiamento inviabilizariam sua expansão para outras localidades do país onde os recursos necessários não estariam disponíveis. (Mehry e Queiroz, 1993).

Texto de Ayres (1995) problematiza as limitações que os enfoques da clínica tradicional e da epidemiologia do risco colocam às pretensões emancipatórias e inclusivas da população/pacientes, e dos trabalhadores da saúde trazidas pela Ação Programática. O autor ressalta “que no trabalho em saúde os *objetos* são *sujeitos*” e questiona: até que ponto a clínica tradicional e o conceito de risco são capazes de “discriminar e efetivar” (Ayres, 2005 p. 73) a presença e as reais necessidades dos sujeitos nos processos de trabalho em saúde, em geral e na programação em saúde em particular. Ao mesmo tempo em que aponta uma determinada efetividade, tanto da clínica tradicional como da epidemiologia do risco, no campo técnico-científico, o autor ressalta que “Precisaremos incorporar a nossas práticas cotidianas a ideia de risco como construção abstrata de caráter sempre (imediatamente) prescritivo, e o caráter quase-tecnológico da programação” (Ibid., p. 73).

Em trabalho anterior (Kalichman, 1993), realizei uma recuperação histórica dos conceitos e práticas da vigilância epidemiológica da aids. Nesse trabalho fica clara a limitação e mesmo as distorções que o manejo acrítico do conceito de risco pode gerar na compreensão da epidemia e nas propostas de intervenção sobre as pessoas acometidas, tratadas de forma tecnicista – de novo afastada da

perspectiva buscada pelos discursos afins à perspectiva da integralidade (Kalichman, 1993).

À mesma época, preocupações similares são publicadas, no livro *A Aids no Mundo* (Mann, 1993), o qual trouxe ao contexto brasileiro o conceito de vulnerabilidade ao HIV/AIDS. Como será apresentado adiante, a vulnerabilidade veio a se mostrar como conceito com potencial para encaminhar a superação das limitações do paradigma do risco no trabalho com a aids, e na saúde coletiva de forma mais ampla (Ayres, 1997, 2009).

V.A.3 A integralidade desde a experiência do SUS (Anos 2000)

Em publicações feitas em 2000, Merhy e Ayres fazem um rico e produtivo debate, sintetizado a seguir. Ele introduz em nossa narrativa o conceito de “cuidado”. Da mesma forma que as proposições da clínica ampliada, o conceito de cuidado e seus desdobramentos práticos buscam encaminhar a superação dos limites colocados pela clínica tradicional e por suas versões “degradadas” a um trabalho em saúde que reconhece sujeitos e suas necessidades, valoriza seus saberes e se corresponsabiliza de alguma forma por seus projetos existenciais.

Em seu texto (Merhy, 2000), partindo da Teoria do Processo de Trabalho em Saúde, Merhy apresenta uma tipologia das tecnologias utilizadas pelo médico no seu encontro com um usuário. As tecnologias duras, leve-duras e leves, que articulam e portam respectivamente os instrumentos e intervenções de base científico-tecnológica, como procedimentos e exames, os conhecimentos de base científica utilizados na “captura” e enquadramento clínico e epidemiológico do mundo do usuário, e os saberes e práticas baseados na subjetividade que movem e informam o médico e o usuário no momento mesmo da relação que se estabelece entre eles.

Da predominância de uso de cada um desses três tipos de tecnologia, e de como se dá o balanço entre eles, derivam diferentes qualidades da atenção à saúde. Quanto mais se usam as tecnologias duras, mais a atenção é capturada pelo enquadramento científico-tecnológico biomédico, tanto na identificação das necessidades de saúde, como na definição das finalidades das intervenções. Quanto mais as tecnologias leves informam a relação, mais ela é permeável ao mundo, às necessidades e às finalidades pretendidas pelo usuário. Há, portanto, uma tensão na produção de um Projeto Terapêutico nessa disputa e captura de finalidades (Merhy, 2000).

Merhy avança, e considera que as tecnologias leves se associam ao que caracteriza a dimensão cuidadora do trabalho médico no que ele tem de comum com outros tipos de trabalho em saúde, enquanto as leve-duras e duras se associam a outra dimensão do trabalho médico, que é profissional-centrada e própria de seu recorte científico-tecnológico específico. Dependendo do modelo de atenção, a dimensão cuidadora pode estar anulada pelo predomínio da dimensão “profissional específica”.

O autor também aponta quais aspectos caracterizam a dimensão cuidadora do trabalho médico (Merhy, 2000). Estes são um posicionamento ético que propicie o diálogo com acolhimento e criação de vínculo e responsabilização; o reconhecimento das formas como o usuário constrói e expressa sua necessidade de saúde, e a articulação de saberes para a construção de um projeto terapêutico.

O título do artigo de Ayres nesse debate é *Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática?* (Ayres, 2000), já apontando as duas grandes questões colocadas pelo autor a partir da leitura do texto de Merhy. Partindo da concordância com o conjunto de proposições apresentadas no texto e com a proposta de que a noção de cuidado

“pode carrear para a assistência as mais legítimas aspirações por saúde de indivíduos e populações”, o autor ressalta sua dúvida a respeito de tratar “o espaço relacional trabalhador-usuário como tecnologia, ainda que adjetivada de tecnologia leve” (Ayres, 2000 p.118).

Embora tenha dúvida se esta objeção conceitual tenha relevância prática, o autor opta por se

“aventurar a formular o problema nos termos de um obstáculo de linguagem mais do que de uma impropriedade teórica”. Partindo da análise crítica de Gadamer, aponta que a “intersubjetividade viva do momento assistencial permite escapar a uma objetivação ‘dessubjetivadora’ exatamente porque ali se efetiva uma troca, um espaço relacional, que extrapola o tecnológico” (Ibid., 118).

Recorrendo a outro filósofo, Aristóteles, Ayres considera que o saber que informa esse espaço relacional, e que permite “a possibilidade de mudança, de alteridade, de plena presença do outro no ato assistencial”, não é de natureza técnica ou científica, mas um saber de natureza prática. A questão que posta, então, é se faz diferença “atribuir o poder subjetivador do momento assistencial a um saber técnico ou a um saber prático” (Ibid., 118). O autor responde afirmativamente a essa questão, apontando as potencialidades do saber prático e as limitações de um saber de base tecnológica para a negociação mais aberta e democrática dos “meios e fins” da assistência à saúde no momento mesmo em que ela se dá.

Posteriormente, Ayres (2001) amplia e adensa essa discussão a partir de um recorte que a aborda pela sua dimensão filosófico-conceitual. Revisita criticamente o lugar e a noção de sujeito “com base nos já sólidos desenvolvimentos da filosofia contemporânea (Ricoeur, 1991; Habermas, 1990; Rorty, 1994; Gadamer, 1996)” “Defende o caráter relacional, pragmático e reconstrutivo das identidades subjetivas contra o caráter individualista, apriorístico e objetivador prevalente nas práticas de saúde” (Ayres, 2001, p. 65). Esta mudança levaria a uma “secundarização da ideia de sujeito em favor de contextos de intersubjetividade na

construção de categorias para o conhecimento e intervenções” (Ayres, 2001, p.63).

A partir de uma alegoria de Kant e de reflexões com base em Gadamer, Ayres apresenta as noções de êxito técnico, sucesso prático e projetos de felicidade. “O saber que se dirige ao êxito técnico constrói objetos, enquanto o saber na direção do sucesso existencial é o que constitui sujeitos (Gadamer,1996)” (Ayres, 2001, p.67). Partindo deste posicionamento, o autor propõe a “subsunção do interesse pelo controle técnico das doenças na ideia mais abrangente de sucesso prático de projetos de felicidade humana na definição da finalidade das intervenções” (Ayres, 2001, p.67)

Ainda a noção de cuidado, o autor radicaliza o seu papel central e não “apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde”, a partir de uma alegoria, agora de Higinio, contada por Heidegger. Propõe a “transformação do cuidado, na atitude orientadora do conjunto das ações voltadas para a saúde das pessoas”. Este tema é aprofundado em outro texto do autor. (Ayres, 2004)

Em 2001, é lançado pelo MS o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (MS, 2001). Como discutido por Deslandes (2004), o termo “humanização” apresentado nessa política, ainda que não se constitua em suporte teórico-metodológico claramente definido, procura informar “uma nova *praxis* na produção de cuidado em saúde associada ao reconhecimento dos direitos dos pacientes, de sua subjetividade e cultura, além do reconhecimento do profissional” (Deslandes, 2004, p.7). Fica evidente a vinculação do termo humanização com o conjunto de temas e preocupações abordados até aqui sobre a integralidade no cuidado em saúde. Tanto é assim que esse conceito é retomado e trabalhado nessa perspectiva por muitos, senão todos os demais autores citados neste estudo.

Em 2001, é publicado o livro *Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (Pinheiro; Mattos, 2001), já citado. Trata-se do primeiro livro de uma série

de publicações do grupo de pesquisadores que se dedica de forma intensa e produtiva a esse tema no Instituto de Medicina Social (IMS-UERJ).

No livro acima, por exemplo, Cecilio (2001) aponta nessa obra dois temas ou noções incorporados pelo SUS como estratégias de implantação da integralidade. O primeiro é a própria Humanização. O outro é a noção de linha e rede de cuidado, também presente no mesmo capítulo e retomado e aprofundado em outro capítulo, cujo título é *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar* (Cecilio; Mehry, 2003). É interessante confirmar nessas narrativas a expansão do campo de aplicação dos conceitos de integralidade e cuidado na orientação e gestão de modelos “tecnológicos” para além da atenção primária, bem como sua aplicação no planejamento, organização e gestão do modelo “assistencial” por meio da proposta de linhas e redes de cuidado.

Em *Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado*, Franco e Magalhães Jr (2004) apresentam a experiência da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte chamada “BH-VIDA: Saúde Integral”. Em Cecilio e Mehry (2003), o foco é colocado na integralidade a partir do ponto de vista hospitalar, e de como articular tanto o cuidado integral ao paciente internado como o cuidado hospitalar na linha e na rede de cuidado como um todo. Já a experiência da cidade de BH tem como ponto de partida a atenção básica, organizada a partir das ESF, e sua responsabilidade como gestora do cuidado integral da saúde de seus usuários, tanto no âmbito de sua resolutividade, que se espera seja qualificada e potencializada, como no encaminhamento regulado do paciente por todos os níveis ou pontos de atenção da rede (exames diagnósticos, especialidades, internação) que seu projeto terapêutico demande.

Franco e Magalhães Jr. (2004) apontam a inovação de desenvolver e operar linhas de cuidado nas práticas assistenciais do SUS e as vêm como “uma primeira experiência de radical integralidade na atenção à saúde”. Pela proposta, as linhas de cuidado seriam organizadas por áreas como: atenção ao idoso, saúde da

criança, saúde materna, atenção ao agudo, atenção às doenças cardiovasculares e saúde bucal.

Apontam os desafios da gestão da linha de cuidado, seja em cada nível ou serviço, seja no conjunto da rede e no caminhar do usuário por seus diversos pontos para garantir a integralidade e a qualidade da atenção à sua saúde. São discutidos, então, alcances e limitações das estratégias para gerenciar no hospital, de forma colegiada, as equipes multiprofissionais e as corporações, as unidades de produção e linhas de cuidado, ou para garantir a pactuação e o compromisso técnico e político “entre todos os atores que controlam serviços e recursos assistenciais” nos diferentes pontos de atenção da rede de cuidado no município para a garantia de sua integralidade.

Em 2004, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar é ampliado como política para o conjunto das ações e serviços de saúde e renomeado como HumanizaSuS. Nessa nova versão, são lançadas várias cartilhas que oferecem mais concretude teórica e metodológica a essa política (MS, 2004, 2008).

Retomarei adiante os conceitos de clínica ampliada e compartilhada, equipes de referência e de gestão democrática nos serviços de saúde (Campos, 2002, 2007) também apresentados na cartilha do HumanizaSuS publicada em 2008 como estratégias concretas para promover a humanização, tanto da atenção como da gestão em saúde no SUS. Essa preocupação e vinculação entre as formas de fazer e gerir a atenção, e as do fazer e gerir os profissionais, equipes, serviços e a própria rede de saúde na produção desta atenção à saúde é uma marca importante, tanto dos textos que abordam as linhas e redes de cuidado como daqueles que tratam da clínica ampliada.

Partindo das contribuições do filósofo e militante esquerdista Antônio Gramsci, da fenomenologia materialista de Sartre e dos trabalhos desenvolvidos no campo da psiquiatria por Franco Basaglia, Campos aponta que é “fundamental ampliar o

objeto de trabalho da clínica”. Para além das doenças, seria necessário incorporar como seu “encargo” e “responsabilidade” também os “problemas de saúde (situações que ampliem o risco ou vulnerabilidade das pessoas)”. Mas o autor aponta que “a ampliação mais importante, contudo, seria a consideração de que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnados em sujeitos, em pessoas. Clínica do sujeito: essa é a principal ampliação sugerida” (Campos, 2007, p.852). Nesse sentido, as finalidades e objetivos do trabalho clínico também devem ser ampliados, incluindo não só a “produção da saúde, por distintos meios – curativos, preventivo, de reabilitação ou com cuidados paliativos”, mas também “contribuir para a ampliação do grau de autonomia dos usuários”. Segundo o autor, “o grau de autonomia se mede pela capacidade de autocuidado, de compreensão sobre o processo saúde/enfermidade, pela capacidade de usar o poder e de estabelecer compromissos e contrato com outros” (Campos, 2007, p.852).

A proposta de equipes de referência multiprofissionais com trabalho interdisciplinar reconhece e valoriza como atividade clínica não apenas a prática médica, mas também a dos outros profissionais de saúde. Reconhece também a necessidade de recorrer a outros conhecimentos já sistematizados na psicologia, pedagogia, antropologia, ciências sociais e outras para informar sobre o “funcionamento do sujeito quando considerado para além de sua dimensão orgânica ou biológica” (Campos, 2007, p.853).

A proposta de projetos terapêuticos singulares, elaborados conjuntamente pelas equipes de referência para casos mais complexos, é uma das estratégias colocadas pelo autor como forma de “criação de um ambiente de trabalho propício a abertura das estruturas disciplinares em que especialistas e profissionais vêm se encerrando”. Essa estratégia busca também “a construção de responsabilidade singular e de vínculo estável entre equipe de saúde e paciente”, bases para o exercício da clínica ampliada (Ibid., p.854).

Essa mesma equipe de referência, ou um conjunto delas, é apontada como orientadora na formação de uma “unidade nuclear de poder gerencial”. Seu objetivo é organizar os serviços e departamentos em hospitais, não com base em especialidades médicas ou de outro corte profissional, mas em “equipes interprofissões e interespecialidades organizadas em função de grandes áreas voltadas para uma mesma finalidade e para um mesmo objeto (encargo)”. Esse novo tipo de arranjo ou “departamento” é denominado pelo autor de Unidade de Produção.

O autor propõe ainda estratégias de gestão que seriam, a seu ver, as mais apropriadas para assegurar a gestão democrática das Unidades de Produção. É proposta uma estratégia de co-gestão colegiada, envolvendo as equipes de referência e o gestor da Unidade de Produção, os quais teriam reuniões periódicas para avaliação, elaboração de projetos e decisões estratégicas. Instâncias também colegiadas articulariam as diferentes Unidades de Produção, seus gestores e a superintendência do hospital. É sugerida, enfim, a participação dos usuários a partir de Conselhos Gestores e outras formas, como assembléias e reuniões com temas e objetivos específicos.

Para Campos (2007), essa mesma democracia deve ser exercida e exercitada com a equipe e entre cada um de seus componentes na co-gestão de cada caso clínico e de cada projeto terapêutico singular com a definição de um profissional de referência, um coordenador para cada caso. Essa é também uma estratégia para tentar estimular os sujeitos da equipe, pois “o sentimento de co-autoria das melhorias produzidas, o sentido da obra, é um poderoso instrumento para vincular o profissional a uma dada organização e um dado projeto” (Campos, 2007, p.854).

A vinculação das dimensões da gestão do cuidado individual, da gestão dos serviços onde esse cuidado é produzido e de sua gestão sistêmica nas linhas e redes é apontada e retomada por Cecilio (2009). A partir da interpretação da narrativa do conto *A morte de Ivan Ilitch*, de Leon Tolstói, o autor descreve e

analisa as diferentes características, atores e processos micro e macro-políticos envolvidos em cada uma das três dimensões da gestão do cuidado, denominadas de “profissional”, “organizacional” e “sistêmica”. Essas três dimensões são descritas como círculos concêntricos, denotando a interação e “imanência entre elas”.

O autor aponta o potencial criativo das tecnologias leves que surgem no próprio encontro entre usuário e profissional para a efetivação da integralidade do cuidado nessa dimensão, resgatando, a partir da narrativa ficcional, suas principais características. Discute, então, como a gestão organizacional e a gestão sistêmica do cuidado poderiam propiciar ou dificultar a realização desse potencial nos encontros entre profissionais e usuários, e nos demais encontros que ocorressem em todos os nós das várias dimensões da rede.

O autor ressalta que esses nós seriam “conexões humanas”, cuja potência criativa poderia ser mais ou menos realizada, dependendo de como se desse o exercício da gestão na rede como um todo, de como ela informaria, modelaria e monitoraria a gerência dos serviços e de como estaria, por sua vez, informando, modelando e monitorando o cuidado produzido em cada encontro entre profissionais e usuários.

Aponta, então, duas estratégias de gerência organizacionais denominadas como “instrumental” e “comunicativa”, e assumidas como modelos polares. A estratégia instrumental teria um caráter normativo de implantação de projetos, processos e fluxos de trabalho definidos pela alta direção sem participação dos trabalhadores e dos usuários. Já a estratégia comunicativa buscaria construir coletivamente esses projetos, processos e fluxos reconhecendo a presença e as necessidades de trabalhadores e usuários. O autor afirma que, em contextos reais, as duas estratégias podem ser (e são) utilizadas concomitantemente. Destaca, no entanto, a tendência, associada ao uso excessivo das estratégias instrumentais denominadas de “gerencialismo”, de empobrecer o potencial criativo e as

possibilidades de efetivação da integralidade do cuidado, no encontro entre o usuário e o profissional.

Nessa breve recuperação dos discursos em torno ao princípio da integralidade e à busca de sua efetivação, é possível observar sua potência para gerar diversos conceitos, modelos tecnológicos e assistenciais, estratégias e políticas públicas dentro do SUS. Esses diferentes conceitos e modelos dialogam entre si apresentando convergências, divergências e complementaridades.

Finalizo a parte conceitual desta recuperação com Ayres (2009), em *Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas*, quando o autor faz uma síntese de suas reflexões a partir de experiências práticas e construções conceituais coletivas desenvolvidas tanto no seu trabalho no CSESBP como no constante debate com outros grupos e pesquisadores da Saúde Coletiva. As motivações de suas reflexões vinculam-se à realidade brasileira e às tensões e convergências entre conceitos e práticas na história da construção do SUS.

Antes de prosseguir, vale ressaltar que essa é a recuperação mais longa dessa breve história, tanto pela densidade do texto quanto pela sua importância para o recorte teórico-metodológico deste trabalho.

A primeira síntese apresentada no texto envolve tomar a Teoria do Processo de Trabalho em Saúde “relida na perspectiva filosófica da hermenêutica contemporânea (Gadamer, Ricoeur, Habermas)” para informar a construção do conceito de modelo de atenção à saúde. Os modelos são entendidos como “a convergência de horizontes entre os diversos discursos acerca dos modos de operar e gerir as tecnologias de atenção à saúde de indivíduos e populações” (Ayres, 2009 p. 13).

Os modelos, assim entendidos, são conformados por e, ao mesmo tempo, informam as práticas e arranjos tecnológicos que se aplicam à diversidade do devir cotidiano. Essa aplicação, por sua vez, interpela de volta as tecnologias, as

práticas e os modelos “evidenciando alcances, limites, sinergias. [...] Dessa forma são gerados novos horizontes discursivos acerca da aplicação e gestão das tecnologias” ou “acerca dos “que” e “como” fazer em sentidos que podem abarcar dimensões operacionais, estratégicas, materiais, conceituais, filosóficas e éticas” (Ibid., , p.13).

Embora o autor reconheça que esse processo de construção/reconstrução de modelos de atenção à saúde seja atravessado por determinantes e implicações de várias ordens (econômicos, culturais, políticos e institucionais), tomados como necessário pano de fundo, ele aponta que o texto focalizará “o plano tecnológico em que conceitos e técnicas são postos em operação para a produção das ações de saúde” (Ibid., p.13) .

A segunda síntese diz respeito aos vários sentidos e aplicações do princípio da integralidade como “norte de modelos de atenção à saúde” desenvolvidos e aplicados por vários autores, também muito produtivos nesse campo. O autor identifica quatro eixos “em torno dos quais podemos identificar alguns dos principais impulsos que, com base na ideia de integralidade, têm buscado fazer dialogar diversidades e tensões no cotidiano da atenção à saúde” (Ibid., p.17). São eles:

- Eixo das necessidades, “diz respeito à qualidade e natureza da escuta, acolhimento e resposta [...]a necessidades que não se restrinjam à prevenção, correção, e recuperação de distúrbios morfológicos ou funcionais do organismo, sem descuidar destas”;
- Eixo das finalidades, “diz respeito aos graus e modos de integração entre ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofrimentos e recuperação da saúde/reinserção social”. Lida com a noção de eficiência dos serviços e de seu acesso oportuno e conveniente por indivíduos, famílias e comunidades;

- Eixo das articulações, “refere-se aos graus e modos de composição dos saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersetoriais [...] para criar as melhores condições para oferecer resposta efetiva às necessidades de saúde em uma perspectiva ampliada [...]”;
- Eixo das interações, “refere-se à qualidade e à natureza das interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de cuidado”; a motivação é a “construção de condições efetivamente dialógicas entre os sujeitos participantes dos encontros relacionados à atenção à saúde [...]” Essa é uma condição de realização dos eixos anteriores. (Ibid., p.14)

Ayres aponta, então, três proposições conceituais, respectivamente no plano do saber, da técnica e da ética, que lhe parecem fecundas para instruir modelos de atenção à saúde a partir do princípio da integralidade. São elas a vulnerabilidade, o cuidado e a humanização.

Para introduzir o quadro conceitual da vulnerabilidade e situá-lo de um ponto de vista histórico e prático, o autor o coloca entre os saberes que buscam “confluências entre os fenômenos biomédicos de saúde e doença e outros, relativos a aspectos que extrapolam o plano estritamente orgânico” (Ibid., p.15). Faz breve retrospecto desses saberes e recupera a Higiene Social como “a matriz epistemológica a partir da qual, por sucessivos processos de formalização, veio a se constituir a Epidemiologia”(Ibid., p.15).

Neste retrospecto, aponta a transição de conceitos-chave no processo de formalização da Epidemiologia – de “ambiente” ao “meio” e deste ao “risco” –, bem como seus alcances e limites frente aos desafios para a construção de saberes na perspectiva da integralidade. Ao mesmo tempo em que reconhece a potência do rigor científico, da capacidade especulativa e da possibilidade de diálogo interdisciplinar alcançados pela Epidemiologia em sua forma mais atual (Epidemiologia do Risco), o autor aponta o alto grau de abstração, a teorização restrita e a escassez de sínteses que limitam a Epidemiologia como saber capaz

de, isoladamente, responder aos desafios colocados pela perspectiva da integralidade.

A busca de saberes úteis à apreensão de necessidades e possibilidades concretas de intervenção nos processos saúde-doença-cuidado reclamam, então, o que se pode chamar de saberes mediadores, isto é, totalidades compreensivas (especulação com trabalho teórico) construídas a partir da fusão de horizontes entre os diferentes discursos interessados na saúde e seus respectivos regimes de validade (análises com reconstrução transdisciplinar de sínteses), a partir da contribuição que cada um desses discursos pode dar para a solução concreta de problemas práticos (rigor lógico para interpretações pragmáticas)(Ibid., p.16).

O quadro da vulnerabilidade é apresentado como um saber dessa natureza, capaz de “buscar novas sínteses teóricas, de fazer a Epidemiologia dialogar com outras ciências e com outros saberes não científicos, uma possibilidade de construir saberes compreensivo-interpretativos, produtores de sínteses aplicadas”(Ibid., p16).

Ayres (2009) ressalta que esse quadro conceitual não teve origem acadêmica, mas nasceu de um intenso processo social relacionado à experiência da epidemia da aids, da forma como a mesma evidenciou as limitações da Epidemiologia do Risco e da necessidade de saberes mediadores na construção de entendimentos mais ampliados e totalizantes, capazes de informar a construção de respostas mais efetivas à epidemia (Mann et al.,1993). Como sumarizado pelo autor

os estudos de vulnerabilidade buscam compreender como indivíduos e grupos de indivíduos se expõem a dado agravo à saúde a partir de totalidades conformadas por sínteses pragmaticamente construídas com base em três dimensões analíticas: aspectos individualizáveis (biológicos, comportamentais, afetivos), que implicam exposição e suscetibilidade ao agravo em questão; características próprias a contextos e relações socialmente configurados, que sobredeterminam aqueles aspectos e, particularizado a partir destes últimos, o modo e o sentido em que as tecnologias já operantes nestes contextos (políticas, programas, serviços, ações) interferem sobre a situação,

chamadas, respectivamente, de dimensão individual, social e programática (Ibid., p 16).

Ayres (2009) destaca o caráter analítico dessas três dimensões de uma realidade que é única e total, interconectadas, porém com graus de independência, como a possibilidade de alta vulnerabilidade individual em ambientes de baixa vulnerabilidade social e vice-versa. Aponta também a possibilidade de variação escalar da análise orientada por esse quadro, desde pequenas comunidades até países ou regiões. Lembra, porém, que, seja qual for a escala abordada, ela sempre se dará a partir do ponto de inserção que tenha o sujeito que a aborda e, portanto será sempre limitada por essa inserção, não podendo ter a pretensão de ser “a palavra final sobre o assunto”(Ibid., p.17).

Por fim, o autor chama atenção para o saber prático e para a experiência produzida por aqueles mais imediatamente implicados e interessados no problema em questão, apontando, assim, que “devemos auscultar aqueles que vivem a realidade que estudamos e, com seus saberes cotidianos, lidam com ela de alguma forma, bem ou mal sucedida”(Ibid., p17).

Na proposição do Cuidado, referida ao plano técnico, a reflexão é retomada com ênfase naqueles princípios e procedimentos que mais o caracterizam e que seriam capazes de “recompôr competências, relações e implicações ora fragmentadas, empobrecidas e desconexas” (Ibid., p.18) e que se relacionam com maior ou menor compromisso com o bem-estar dos usuários, e com uma atenção integral à saúde de indivíduos e populações.

A integralidade articula, sob este ponto de vista, dois pólos do cuidar: o êxito técnico e o sucesso prático. O êxito técnico se refere à “capacidade de identificar e executar possibilidades de intervenção instrumental para a prevenção, tratamento ou recuperação de agravos à saúde”. O sucesso prático diz respeito à adequação daquela intervenção “aos modos como usuários e comunidades entendem que deve ser a vida e a saúde no seu cotidiano”, ou seja, o sucesso prático é

fundamental para que os usuários de fato participem e se apropriem da intervenção, aumentando a possibilidade do seu êxito técnico (Ibid., p.18).

Para tal, Ayres retoma a “ideia de *projeto de felicidade* como uma espécie de horizonte normativo implicado na noção de Cuidado, a referência que nos permite compreender o que as pessoas estão buscando em nossas capacidades instrumentais e, no mesmo movimento, permite às pessoas compreenderem o que temos efetivamente a oferecer a elas com nossas tecnologias”. (Ibid., p. 18) O autor fala de projeto no sentido existencial, tomado da filosofia de Heidegger. Da mesma forma, a ideia de felicidade não é aquela do senso comum, associada a “alegria, ausência de sofrimento ou algum estado ou condição que se possa definir positivamente”. Trata-se de uma ideia de felicidade reguladora, que orienta as decisões e atitudes, sinalizando se os sujeitos se movem no sentido de seus projetos, do encontro com obstáculos à sua realização.

Perante esse novo horizonte normativo, construído com base na ideia reguladora do projeto de felicidade, será necessário “renovar nossas técnicas de Cuidado, ampliando inclusive os saberes que ativamente buscaremos utilizar no cotidiano de nosso trabalho em saúde” (Ibid., p.19). O autor enfatiza a necessidade dos saberes biomédicos “de última geração”, mas sinaliza que também são necessários os saberes das ciências humanas. Ressalta, porém, que isso levará especialmente a

precisar usar a sabedoria prática, ou seja, precisaremos fundir horizontes entre nossos saberes técnicos e os saberes que as pessoas acumulam sobre si próprias e seus projetos de felicidade para que no diálogo entre esses saberes surjam boas escolhas sobre o quê e como fazer nas diversas situações de cuidado (Ibid., p. 19).

Ampliando ainda mais essa perspectiva inter e transdisciplinar, os saberes de base tradicional, como, por exemplo, a acupuntura e yoga, bem como as crenças

e valores dos pacientes, também devem ser considerados nesse novo horizonte do cuidado em saúde.

O acolhimento e a escuta são a base para a criação de vínculos entre os profissionais de saúde e os usuários, criando uma co-responsabilidade para com a produção do cuidado. Trata-se de estabelecer uma relação entre sujeitos, mais dialógica e aberta às diferentes demandas trazidas, e não de agir sobre usuários ou “populações-alvo” como objetos de intervenção. O autor ressalta, então, que a ideia de sujeito “na base dessas apostas” não é a de “na base dessas” essências singulares, núcleos identitários invariantes, sempre iguais a si mesmos no tempo e no espaço, que apenas se modulam pelas interações que estabelecem com seu entorno, a que Ricoeur (1991) chama de ‘identidade-idem1. (Ibid., p. 19)

“Quando nos damos conta da ipseidade de nossas identidades subjetivas (Ricoeur, idem), isto é, do caráter substantivamente intersubjetivo, relacional da construção e expressão de nossas identidades, então somos levados a pensar de forma mais consequente a qualidade dos encontros que estamos efetivamente promovendo nos espaços de atenção à saúde. (Ibid., p.19)

Na perspectiva de um vínculo entre profissionais de saúde e usuários que crie responsabilidade mútua para a produção de cuidado, orientado por um projeto de felicidade, é preciso

“substituir o mito da competência técnica absoluta, pela idéia mais concreta e situada da sabedoria. A sabedoria não está em posse de ninguém em particular, por mais competência que detenha. Ela está guardada em encontros sábios, em encontros que propiciam o diálogo mais autêntico entre dois sujeitos e, portanto, as escolhas mais adequadas sobre o que saber e o que fazer em cada situação de cuidado.”(Ibid., p.20).

O autor apresenta, por fim, a Humanização, como expressa na Política Nacional de Humanização, PNH (Brasil, 2004), como a dimensão ética implicada na prática

dos saberes e fazeres da integralidade. A disposição para o encontro entre os profissionais de saúde, e destes com os usuários na perspectiva da integralidade, demanda, de um ponto de vista filosófico, “o reconhecimento e o exame racional das pretensões de validade das diversas concepções e proposições dos sujeitos envolvidos acerca do que seja a Boa Vida” (Ibid., p.20).

Em plano mais imediatamente relacionado às políticas e desafios colocados para o SUS, a PNH demanda

“inexoravelmente o cultivo de uma ética de emancipação dos sujeitos, realizada não por qualquer tipo de principialismo ou formalismo, mas pelo reconhecimento da centralidade da palavra, da dignidade do diálogo como meio de construção compartilhada entre sujeitos plenos de direito de uma atenção à saúde universal, equânime e integral (Deslandes, 2004; Brasil, 2004)” (Ibid., p.20).

O autor retoma esse mesmo desafio no plano das relações intersubjetivas que se estabelecem no momento mesmo do cuidado e pergunta: “Como é possível produzir diálogo quando as perspectivas subjetivas envolvidas na atenção partem de pressupostos e expectativas tão diferentes?” Adicionalmente, afirma: “as finalidades instrumentais justificam uma clara assimetria de poder entre os papéis de profissional e de usuário, cabendo a este um lugar subordinado.”(Ibid., p. 21). É necessário, como afirma Ayres, trabalhar os arranjos tecnológicos para reverter essa situação e propiciar a construção compartilhada de projetos de felicidade que articulem os polos técnico e prático do cuidado, o que só será possível por meio de uma “verdadeira fusão de horizontes entre profissionais e usuários”. (Ibid., p.21).

Finalizo essa primeira narrativa sobre a construção dos conceitos e estratégias referidas à integralidade no SUS, examinando a Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Antes, porém, vamos recuperar de forma sumária e muito breve algumas grandes políticas estruturantes do SUS que a

antecederam para que esta última possa ser colocada em perspectiva histórica na sua relação com a integralidade.

As quatro Normas Operacionais Básicas (NOB) editadas em 1991, 1992, 1993 e 1996 tinham como principal objetivo regular o processo de descentralização gerencial e transferência de recursos e responsabilidades do MS para a esfera estadual, e principalmente municipal, no SUS. Posteriormente, a Norma Operacional das Ações de Saúde (NOAS 2001) vem como estratégia de “correção de rumo” de um processo de municipalização considerado excessivo, e buscando a construção da regionalização da assistência à saúde. Entre 2006 e 2010, há os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, constituindo no seu conjunto o Pacto pela Saúde. O Pacto de Gestão, com a criação das Comissões Gestoras Regionais (CGR), define claramente o espaço regional como “locus privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas, uma vez que é esse espaço que permite a integração de políticas e programas por meio da ação conjunta das esferas federal, estadual e municipal” (Carneiro, 2014).

Sobre esse pano de fundo que é promulgada a Portaria Nº 4.279, acima citada.

A política de organização da Rede de Atenção à Saúde é colocada nessa Portaria como

“estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

Observa-se claramente aqui a vinculação entre a atenção e sua gestão no diagnóstico da fragmentação de ambas na produção do cuidado em saúde no SUS.

Outra passagem da Portaria aponta que a

“organização da atenção e da gestão do SUS [...] se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstrado por: (1) lacunas assistenciais importantes; (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção [...]; (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS).

A Portaria conceitua as Redes de Atenção à Saúde

“como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Pode-se observar que o conceito de Rede atualiza o modelo de atenção, mas ainda visando à articulação das ações de promoção, prevenção e assistência em seus diversos pontos e níveis de atenção na busca da integralidade do cuidado. Essa atualização se vale tanto das elaborações teóricas advindas do trabalho com a integralidade e suas estratégias de operacionalização como do próprio processo de amadurecimento e descentralização gerencial do SUS, ainda que com todos os problemas apontados acima.

As redes e linhas de cuidado, como modelo de atenção à saúde, buscam dar conta dos vários níveis de atenção, mantendo na APS, organizada através da ESF, a porta de entrada principal e a responsabilidade pela gestão do cuidado do paciente e seu acesso a todos os pontos e níveis do sistema. A proposta incorpora também muitos conceitos, arranjos e dispositivos elaborados a partir das

proposições da clínica ampliada e do conceito de cuidado, mapeados neste levantamento, para a superação das limitações, tanto da clínica como da gestão tradicional na busca pela integralidade. Pode-se ver também que o conceito de vulnerabilidade começa a ser incorporado para as análises das situações de saúde, embora o enfoque de risco ainda seja o mais prevalente.

É importante destacar que a Portaria também incorpora várias estratégias e dispositivos vindos de outras referências teóricas na área da gestão em saúde. Vale destacar dois desses referenciais. O da “qualidade” e o da “medicina baseada na evidência”. A utilização de critérios como segurança, eficácia, adequação ao usuário e de diretrizes e protocolos clínicos na definição e manejo das tecnologias e práticas em saúde a utilizar nas redes e linhas de cuidado parece também uma atualização importante desse modelo de atenção.

Outra dimensão da atualização desse modelo de atenção à saúde diz respeito ao caráter regional das redes e linhas de cuidado que, por sua vez, teve como provocador e condição de possibilidade o processo de descentralização e municipalização do SUS. A construção das redes e linhas de cuidado implica na pactuação das três esferas de governo ou, ao menos, do nível estadual e municipal/regional. Essa pactuação em uma relação que se pretende mais horizontal e solidária, formalmente contratada entre os entes da federação, focada nas necessidades de saúde da população daquela região e com a participação de seus representantes, pode ajudar a superar a verticalização, a centralização e a fragmentação apontadas na gestão e nas políticas e programas do SUS.

Chego ao final desta etapa da narrativa. Vive-se na atualidade as interpelações colocadas pela implantação das redes e linhas de atenção à saúde e os alcances e limites desse novo modelo na superação da fragmentação da atenção e da gestão em saúde, e na produção de um cuidado integral. Essas interpelações, que surgem na narrativa como seu final, mas que, do ponto de vista do vivido, é o ponto de partida necessário da recuperação histórica realizada, são aquelas que

estão também na base dos questionamentos acerca da experiência do CRT na construção de respostas à epidemia de HIV/AIDS.

No desenvolvimento deste trabalho voltarei a dialogar com o conjunto de questões apresentadas nesta breve reconstrução, as quais formam uma referência compreensiva para a abordagem das experiências do CRT na gestão da rede de cuidados em HIV/AIDS no SUS-SP. Como assinalado anteriormente, é no contexto e no diálogo com esse conjunto de elaborações orientadas pela busca da integralidade que a narrativa e as interpretações a seguir encontram e buscam construir seus sentidos e referências.

V.B O Contexto do surgimento e o papel estratégico e singular do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS da SES-SP na coordenação técnica e gestão do Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo

V.B.1 “... então, na realidade o CRT ele surgiu ... no meio de uma crise”

Começando pelo título acima, e também em parágrafos abaixo, utilizei como recurso narrativo para contextualizar o surgimento do CRT as edições de trechos das entrevistas de alguns dos profissionais entrevistados que participaram direta ou indiretamente daquele momento histórico. O mesmo recurso foi utilizado na caracterização inicial do modelo ou arranjo tecnológico e institucional singular do CRT como estratégia de coordenação programática para a resposta à epidemia de aids no estado de São Paulo. Os trechos dessas entrevistas foram identificados ao final, pela primeira e última letra do nome entre parênteses. Os trechos das transcrições dos demais entrevistados foram identificados pela sua inserção institucional ou no movimento social de luta contra a aids.

O CRT começa a funcionar no início de 1988. É interessante notar que a crise de origem para a qual ele foi pensado como solução é produto do mesmo movimento do Secretário de Saúde do Estado de São Paulo naquele período,[Aristodemo Pinitti, o qual acabou com a carreira de médico sanitaria e sua vinculação com a direção dos Centros de Saúde, e acabou com as áreas programáticas da forma como estavam organizadas na SES-SP em 1987. Esse movimento representa o final de um processo de desmonte das propostas de Programação em Saúde implantadas na gestão Leser. Porém, se o conjunto dessa reestruturação parece não ter tido repercussões que causassem grandes problemas políticos ao Secretário, o mesmo não pode ser dito em relação às mudanças no programa de aids.

Muitas áreas técnicas estavam no Instituto de Saúde. Então, a área de saúde da mulher, a própria vigilância epidemiológica na criação do CVE, estavam ali no prédio do Instituto de Saúde(IS). Quando o Pinotti assume, ele esvazia completamente o Instituto de Saúde e leva para a Secretaria o que é a área de programa, com uma exceção, não sei se teve outras... Mas da aids, que foi para o Emílio Ribas (HER)... A história é essa: estava no Instituto de Saúde, mudou o governo... Ao mudar o governo, tiraram o programa do Instituto, jogaram para o Ribas... Na verdade, o Ribas era muito mais uma unidade assistencial do que uma unidade programática... E o Paulo Ayrosa acumulou a direção do Ribas, enorme, e ele diluiu áreas pelas várias instancias do Ribas. Com uma coordenação que eu diria, naquele período, me parecia um pouco frágil. Não tinha uma *dimensão de fato do que significava o programa* e quais as necessidades que poderiam vir, né? (AG)

A desestruturação do atendimento na cidade de São Paulo, pela transferência da coordenação do programa e do ambulatório do IS para o HER e o fechamento dos leitos para aids, ocorreu em um período de rápido crescimento da epidemia, a qual, de 628 casos notificados no ano de 1986, saltou para 2.641 em 1988, em um total acumulado de 5.313 casos notificados desde 1980, passando de 4,2 para 15,4 óbitos por 100 mil/hab entre os homens no mesmo período (São Paulo, 2014)

Nós organizamos, sob minha direção, o programa de aids, em 1983. Eu permaneci na coordenação do programa até 1987,

quando fui afastado, em torno do mês de abril ou maio, quando assumiu o secretário Pinotti. Com a mudança de governo, eu permaneci de escanteio mais ou menos uns três a quatro meses. Daí, eu recebi um convite da OMS para trabalhar no programa global de aids em Genebra. Isso repercutiu na imprensa negativamente para o secretário, evidentemente. E ele foi forçado a me chamar de volta para o programa, mas, segundo ele mesmo, ele se via constrangido a não me recolocar na cabeça do programa novamente, e me propôs que eu assumisse a coordenação da vigilância epidemiológica... Eu aceitei e passei a fazer parte da equipe na condição de responsável na vigilância... Quase que na sequência, houve uma segunda denúncia pública no prédio onde havia funcionado o Hospital Emilio Ribas 2, um hospital de emergência que nós havíamos criado em 1985 e 1986, e também havia sido fechado pelo novo secretário. O número de casos aumentando, leitos em falta no Emílio Ribas porque não conseguia absorver os pacientes decorrentes do fechamento do Emílio Ribas 2... e o secretário teve a brilhante ideia de usar o edifício para criar o centro de referência... em reação a essas diversas denúncias... Ele reagiu com essa proposta. (PT)

Também vale ressaltar das entrevistas o curto período decorrido entre a decisão da montagem do Centro e sua efetivação. Além da pressão assistencial que gerava essa demanda e da presteza com que foi elaborada a proposta do CRT pela equipe responsável, outros elementos da conjuntura da época colaboraram nesse sentido. O estilo pragmático do Secretário e o contexto de implantação do SUDS, com intensa transferência de recursos federais para o nível estadual, contribuíram para garantir as condições políticas e financeiras necessárias de infraestrutura material e humana para que a criação do Centro se viabilizasse rapidamente.

Ele falou em um centro de referência, e nós, da antiga equipe, pegamos no ar. Em 48 horas nós apresentamos uma proposta. Nós escrevemos aquilo que era a ideia viva, em que era um resumo do que era o programa, e do que eram as intenções. Um plano de emergência para aumentar no curtíssimo prazo a capacidade de atendimento. Segundo, dar início a um processo de descentralização das ações em um ritmo intensivo. Terceiro, incorporar a nova tecnologia de assistência que tinha sido iniciada pela Rosana Del Bianco em caráter bastante caseiro, vamos dizer, que era o atendimento do Hospital Dia, e restabelecer, aprofundar e ampliar o sistema de vigilância epidemiológica da epidemia, que

mostrava um ritmo bastante intenso de crescimento. Então, na verdade, isso era uma ideia viva, não foi, digamos, genialidade da nossa parte fazer um plano em 48 horas, mas simplesmente colocar no papel, de maneira sintética, aquilo que era uma preocupação e que era um projeto que estava na cabeça de todos nós. Isso era finalzinho de 1987. Início de 1988, nós começamos a nos instalar nesse edifício. Primeiramente, a vigilância epidemiológica; na sequência, o grupo de educação e treinamento. Em seguida, ambulatório e hospital-dia. Entre fevereiro e abril, que era um período muito curto, dado que era um edifício que precisou ser inteiramente adaptado, não reformado, mas adaptado, equipamentos serem adquiridos, profissionais serem contratados. Nós estávamos com o centro de referência totalmente implantado. Então, foi essa a história. Em outras palavras, quando existe a vontade, e os recursos estão disponíveis, é possível tomar uma medida quase de emergência, criando, praticamente, uma instituição com um caráter bastante complexo, como foi o centro de referência [...] (PT)

Naquela época, ficava muito claro que nós tínhamos o Paulo [Roberto Teixeira] com a vigilância epidemiológica, a Maria Eugênia [Lemos Fernandes] com as estratégias de prevenção e de educação, muito mais marcante do que prevenção. É uma questão de informação, de educação, de formação de quadros para a rede, e de ser umas coisas de prevenção, mas ainda era muito incipiente. Era muito a questão do treinamento. Então, era um centro de referência e treinamento. E era um treinamento para os profissionais da rede. A Valquíria [Pereira Pinto], desde o primeiro momento, ficou organizando o ambulatório, e eu participei das conversas em que a gente trouxe a Rosana. Eu participei de conversas em que o Paulo e a Valquíria conversam com a Rosana a importância do hospital-dia [...] (MG)

Havia um quinto personagem muito importante nesse período de criação do CRT, o Secretário Adjunto e médico sanitário Ênio Servilha Duarte. Ele era responsável pela coordenação do grupo de trabalho formado pelos quatro profissionais citados no parágrafo acima, designados pelo Secretário para a estruturação da proposta e do próprio CRT.

Eu acho que ele assume uma tarefa inicial, que é a minha versão. Acho que ele assume essa força-tarefa, e ele percebe que tem muita estrela na força-tarefa (ri) E, aí, teve que ter uma coordenação externa para poder viabilizar o funcionamento. E quando digo que tinha muita estrela é porque, de fato, tinham

perspectivas um pouco diferentes, né? E, na prática, todo mundo, o Paulo, a Maria Eugênia e a Valquíria, respondiam de certa forma ao Ênio. Aí, o CRT, então, ele surge como uma proposta, enfim, de coordenar o programa no âmbito do Estado e, ao mesmo tempo, ser uma unidade assistencial. E, aí, estruturado em áreas diferentes. Em áreas que vão funcionar nessa coordenação do Ênio, né? As áreas mais chave, a prevenção se institucionaliza de fato, torna-se uma unidade dentro do centro de referência. A vigilância, ela ganha uma dimensão maior do que tinha. Quer dizer, a vigilância, antes ela tinha uma função quase que, muito de caso mesmo. E ganha um maior corpo, e passa a ser estratégica, aí, na coordenação do programa de organização da Rede pelo Estado inteiro. O Paulo assume. Até por isso, acho que tem um pouco essa visão. (AG)

Outro aspecto explicitado nas entrevistas é uma tensão nas relações provenientes, por um lado, das diferentes perspectivas dos sujeitos, mas que tem principalmente nas interdições de papéis, tanto pessoais como institucionais, um importante disparador. Embora Paulo Teixeira se sentisse, e fosse de fato a “liderança natural” do Grupo de Trabalho e do CRT por sua competência, e por ter sido o coordenador do Programa de aids desde o início, em 1983, esta posição, como informado ao próprio pelo Secretário, estava vetada a ele. Formando, de fato, um grupo, inclusive com uma história de trabalho conjunta anterior, a nova configuração de poder, com o Secretário Adjunto no papel de liderança formal, viabilizava politicamente o trabalho do grupo e do CRT dentro da SES-SP por um lado, e, por outro, causava certa instabilidade na relação interna da equipe que não existia dessa forma antes da mudança do Programa.

Do ponto de vista institucional, embora assumindo na prática o papel de liderança programática, na resposta imediata à crise e ao conjunto das demandas colocadas pela epidemia para a assistência, prevenção e vigilância epidemiológica, o CRT não podia assumir formalmente esse papel, pois a coordenação das áreas programáticas estava sendo organizada em outro *locus* institucional da SES-SP.

Essa indefinição institucional, aliada às tensões no interior da equipe, pode explicar, de certa forma, porque, embora funcionando ativa e intensamente desde

o início de 1988, o CRT só teve sua primeira diretora, Rosana Del Bianco, nomeada em abril de 1990. O CRT só passou a existir formalmente quando da publicação em Diário Oficial de sua primeira estrutura, em março de 1991. Até então, todas as suas atividades administrativas e de recursos humanos eram desempenhadas pelo Gabinete do Secretário, com apoio da Coordenadoria Geral de Administração e da Coordenadoria de Recursos Humanos. Voltarei a estes aspectos mais à frente.

V.B.2 “ ... aquela era uma unidade que iria ser uma referência, que iria capacitar a rede ...”

Embora o escopo de atuação do CRT, desde seu início, incluísse a coordenação programática da assistência, da prevenção e da vigilância epidemiológica, e o arranjo tecnológico e institucional do centro possibilitasse uma atuação semelhante nas três áreas, concentrarei minha análise nos aspectos mais ligados ao componente assistencial, dados os objetivos do estudo.

A recuperação e análise do período histórico inicial do programa de aids da SES-SP (1983-87), assim como do Programa Nacional até meados da década de 1990, está em uma publicação que também foi utilizada para embasar análises e interpretações sobre esse período. No texto, são identificados os princípios éticos e as principais estratégias de atuação do Programa de aids da SES-SP, os quais marcam de forma importante a resposta paulista e brasileira desde então (Teixeira, 1997).

A proposta de criação do CRT estava lastreada por essa experiência prévia de assistência e organização programática. Essa experiência, inclusive, ia além dos cinco anos de existência do Programa de aids e tinha suas origens no trabalho com a Hanseníase desenvolvido pela Dermatologia Sanitária do IS da SES-SP.

O Programa de aids surge em 1983 como resposta a uma demanda colocada para a 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 (Teixeira, 1997).

Dessa forma, o surgimento do Programa de aids em São Paulo tem como maior disparador uma demanda comunitária e como marca a de ser 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. Como mencionado acima, a experiência prévia com a hanseníase e toda a carga de preconceito, discriminação e exclusão social associada a essa doença e aos seus portadores ajudaram a equipe do Programa a lidar de forma proativa e a construir respostas aos desafios clínicos e programáticos colocados pela aids. 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 da atuação do programa.

Então, eu sempre tive essa impressão de que as ações programáticas tinham que estar intimamente articuladas com o setor de prestação de serviços, e que os setores de prestação de serviços tinham que alimentar as ações programáticas. E, se, nós pudéssemos ter, como era o caso do Instituto de Saúde, da dermatologia sanitária, um serviço central que pudesse ganhar articulação com a rede, ser uma referência para formulação de propostas, para experimentação, para capacitação, e pra receber as demandas da rede e devolver; e, alimentada por isso, formular, normatizar, capacitar, em outras palavras, coordenar um programa, era muito mais rico do que ter setores independentes fazendo isso. Então, era uma ideia que eu tinha. Quando nós formulamos o programa de aids em 1983, ele foi feito assim. Ele foi designado, nós propusemos e foi aceito que a divisão de dermatologia sanitária coordenasse o programa, apoiada pelo Emílio Ribas, que era no fundo da quadra. E o Instituto Adolfo

Lutz, que era também no fundo da quadra, no próprio ambulatório. O CVE, nos delegando no andar de cima a vigilância epidemiológica, e o térreo recebendo os pacientes, por intermédio de uma equipe com assistentes sociais, psicólogos, e outros voluntários, educadores, que aderiram. Então, era essa a ideia. Quando nos pediram um projeto de centro de referência, não foi nenhuma genialidade fazer uma proposta em 48 horas. (PT)

Vê-se, no excerto acima, como uma das primeiras expressões dos discursos tecnocientíficos orientados na direção da integralidade – de articulação entre assistência, prevenção e vigilância, tais como propugnados pelas propostas das Ações Programáticas, em São Paulo, ou pela Vigilância da Saúde, na Bahia – são referências ativamente presentes na constituição do CRT. Mas sigamos com a narrativa.

O Programa de Aids atuava criando espaços de discussão sobre a epidemia com profissionais de saúde e a sociedade civil, em cujo âmbito acabou sendo criada a primeira organização não-governamental de luta contra a aids no Brasil, o Grupo de Apoio e Prevenção à aids, GAPA, no ano de 1985 (Teixeira, 1977).

Como pode ser visto na resposta da SES-SP, a epidemia de aids foi marcada desde o início por vários sentidos e pretensões trazidos pela integralidade. Surgiu na mesma época em que o PAISM, e também com participação na sua elaboração dos sujeitos implicados na questão. Foi estruturado um Programa que buscava, além de articular técnicos e comunidades afetadas, integrar as ações de prevenção, assistência e vigilância epidemiológica, como apontado acima. Por fim, destaque-se também, no que diz respeito à assistência individual, o caráter multiprofissional que desde cedo marca a proposta.

A criação do CRT permitiu retomar e atualizar essas experiências, e aprofundar os vínculos entre as estratégias de gestão do cuidado clínico individual. Também aquelas da gestão organizacional e programática, ao fazê-las operar 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 sistêmica foram ressaltadas de forma explícita nas entrevistas, como uma marca da instituição e um desafio que a qualificava positivamente, dando grande legitimidade técnica e política ao trabalho do CRT nesses dois campos.

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

E uma solicitação que eu fiz na composição da vigilância epidemiológica é que, pelo menos de início, nos primeiros meses, os médicos da vigilância fizessem atendimento clínico. A ideia básica para o CRT é a mesma: para coordenar o programa é necessário que a instituição viva, guardadas evidentemente as particularidades, viva aquilo que a rede vai viver, para formular, para propor etc. É necessário que a instituição viva o cotidiano do que a rede vive no seu dia a dia com a população, com os usuários, e, embora ela não perca e não pode perder o caráter de referência técnica. Embora ela vá muito além disso, e esse também é o seu papel em termos de aprofundar a abordagem técnica, de ser uma referência técnica muito mais especializada em termos de elaboração, investigação, capacidade técnica, capacidade de diagnóstico, porque ela vai estar adiante da rede para alimentá-la nos avanços, nos conhecimentos. Porque a rede não pode fazer no seu cotidiano, mas precisa estar constantemente alimentada. Mas a convivência com o paciente é a mesma. Porque existe uma demanda, digamos, referenciada, que vem da rede, mas existe a demanda que vem naturalmente, que é a mesma que convive com a rede. É assim que eu vejo o CRT, e eu acho que é isso que dá legitimidade ao CRT, quando a rede cria confiança e vê nessa instituição aquela instância que lhe dá segurança para atuar e recorrer quando necessário...(PT)

Acho que aí é o grande segredo, porque eu trabalhei no início da minha carreira na assistência, lá na ponta na unidade básica, e depois eu fui para a gestão. Com a experiência que eu tinha da assistência, eu consigo enxergar a gestão de forma diferente. Então, para mim, esse é o grande diferencial do programa de DST/AIDS. É ter a assistência e enxergar a necessidade daquela demanda e, em cima daquela necessidade, você construir a política, e não ao contrário. Como a gente vê, políticas que vêm

engessadas de cima para baixo e que, lá na atenção básica, a gente tem que se virar para poder dar conta de atender aquilo que está dentro da programação. Ao contrário, na aids ela constrói de baixo pra cima, a partir da necessidade que está lá no atendimento, na assistência ao paciente. Então, eu acho que isso faz a grande diferença.(Interlocutor Regional do Programa de DST/AIDS).

A experiência do CRT, que é coordenação do programa dentro do mesmo espaço físico que você tem o serviço, me levou a, em 1996, transferir a minha estada física para dentro do programa. Eu fazia outras coisas, era Secretário Adjunto e assumi essa função (Coordenador do Programa). Então, eu ficava na Secretaria de Saúde, mas ficava longe dali. Então, muitas demandas eu sequer entendia. A aids trouxe um grande crescimento para a saúde no sentido da gente, primeiro, resgatar a imagem de que a pessoa que está ali é um ser humano complexo com um contexto de vida. A saúde estava perdendo um pouco, a super especialização estava fragmentando o ser humano, e a aids obrigatoriamente trouxe isso de volta. Acho que uma das coisas fundamentais que eu já disse, é você ter em tempo real as demandas e entendimento dessas demandas. Não é só ter a demanda, mas entender aquilo, e a possibilidade de você discutir tecnicamente cada uma dessas coisas. Então, você tem a visão técnica, você tem a visão do usuário, porque ele está ali também, e você dá essa transparência para o usuário que está ali. Você não é um cara inatingível. Na realidade, você costuma ter "isso é norma do Coordenador". E o Coordenador está lá, não sei onde. E, no caso, se ele não gostou da norma, ele bate na sua porta, entra e conversa. Você está ali. Acho que isso é uma coisa fantástica. Porque isso que eu digo que me espelho. Quando vi esse funcionamento do CRT, eu achei legal fazer o mesmo. A hora que eu tive o fato de pensar em sair de onde eu estava, sair da zona de conforto.(Coordenador Municipal de DST/AIDS)

Eu não consigo falar de outra forma. Esse duplo papel é o papel que eu sempre acreditei, e que possibilitou que a gente tivesse indicadores favoráveis na questão do HIV no Estado. Eu acho que é um desafio. Talvez, daqui a algum tempo, você possa ter uma outra estratégia, mas, durante todos esses anos, eu acho que essa foi a melhor estratégia. Acho que não podíamos ter sido mais felizes do que a gente foi. A gente coordena o programa e olha para o CRT de uma forma muito próxima, mas também essa proximidade com o CRT não nos distancia dos municípios e dos serviços. Acho que só aproxima. Mas acho que esse foi o jeito que achamos. Não é certo nem errado. Acho que tem jeitos e jeitos. Vários estados e municípios trabalham de outra forma, e podem trabalhar de outra forma. Esse foi o jeito que encontramos nesses anos, e que me parece tem dado certo. Talvez tenha causado mais prejuízo para dentro do CRT. Talvez não tenhamos

conseguido focar o CRT da forma que a gente poderia ter focado, no que diz respeito às constituições das equipes, o tempo de olhar para alguns processos. Mas o CRT não seria o que é, se o programa não estivesse aqui. O CRT não seria o que é, se não tivéssemos coordenando o programa daqui. Então, apesar do CRT ter alguns prejuízos, também ganha demais estar aqui! Porque são outros conteúdos, outras possibilidades. Caso não fosse coordenação de programa e organização da assistência, também isso não aconteceria. Então, acho que a gente tem muito autocrítica, a gente tem que fazer sempre essa autocrítica, mas o resultado final é muito interessante, e muito desafiador.(MG)

Mantendo o diálogo com as questões conceituais e operacionais levantadas no item 4.1, vale a pena nesse momento caracterizar, ainda que brevemente, os principais elementos envolvidos na gestão do cuidado individual ou profissional, na gestão organizacional ou das unidades de produção e na gestão sistêmica ou da rede de saúde. Embora o CRT, de forma bastante singular, operasse simultaneamente esses três processos, eles não eram realizados necessariamente pelos mesmos sujeitos ou nos mesmos *loci* institucionais, ainda que se informassem mutuamente. Além de caracterizar essas três dimensões da gestão do cuidado, vou situá-las nas áreas do CRT quando da sua formação inicial.

As PVHA, na condição de usuários do CRT, e os trabalhadores da equipe de saúde multiprofissional são os sujeitos envolvidos na gestão direta do cuidado individual. Nessa dimensão clínica do cuidado e da relação que se estabelece entre os sujeitos, estão envolvidas as expectativas e necessidades trazidas pelo usuário e a forma como são acolhidas, processadas e respondidas pelos profissionais.

No final dos anos 80, a aids ainda era muito pouco permeável às aproximações clínicas baseadas nas tecnologias “duras” e mesmo “leve-duras” existentes na “maleta do médico”. Mesmo as infecções oportunistas (IO), para as quais já existiam opções terapêuticas, não respondiam da mesma forma quando do comprometimento severo do sistema imunológico causado pelo HIV. Além disso, a

aids trazia também demandas existenciais afetas à sexualidade, drogas, medos, morte, estigmas e preconceitos. Era necessário, inevitável mesmo, que os profissionais interpelados pelas demandas trazidas pelas PVHA, e vendo-se encurralados em seus núcleos técnicos, saíssem todos de lá e buscassem o campo comum da saúde como forma de enfrentar a nova situação, priorizando a dimensão mais ampla do cuidado a partir de uma perspectiva multiprofissional.

Vimos que os aspectos caracterizadores da dimensão cuidadora do trabalho em saúde partem de um posicionamento ético que propicia o diálogo com acolhimento e criação de vínculo e responsabilização; o reconhecimento das formas como o usuário constrói e expressa sua necessidade de saúde, e a articulação de saberes para a construção de um projeto terapêutico. Esses aspectos do cuidado, ainda que não formalmente nomeados desse modo e reconhecidos, eram bastante exercitados pelos profissionais de saúde e, se não eram os únicos, eram certamente os aspectos mais marcantes do trabalho do CRT naquele período.

Dessa forma, o cuidado produzido no CRT atualizava um conjunto de experiências trazidas desde o ambulatório de Hanseníase e buscava integrar na prática clínica os aspectos biomédicos e psicossociais, utilizando uma abordagem multiprofissional em um modelo de atenção que promovia postura ativamente mais atenta a necessidades existenciais mais amplas das PVHA. Na gestão dos serviços estão implicados os profissionais em cargos de direção e os trabalhadores das equipes de saúde. Os usuários podem ou não estar envolvidos, dependendo das formas mais ou menos participativas de gestão adotadas pelos serviços. Trata-se da organização e gerência dos processos de trabalho, e das articulações e arranjos das equipes e dos serviços para a produção do cuidado dos usuários. O CRT iniciou suas atividades assistenciais assumindo o cuidado ambulatorial de todos os pacientes que inicialmente foram acompanhados no ambulatório do IS., passaram parte do ano de 1987 sendo acompanhados no HER e foram, então, transferidos para o novo ambulatório instalado no CRT no início de 1988.

Assim, o CRT, desde então, configurou-se como o maior ambulatório de aids do país, e passou a funcionar com equipes multiprofissionais, com médicos infectologistas e de outras especialidades, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Vinculado ao ambulatório, o CRT também contava com um pioneiro serviço de atendimento odontológico para PVHA, iniciado em 1984 no IS e que funciona até hoje. (RP) Além do ambulatório com 24 consultórios, o CRT teve, desde o início, o serviço de hospital-dia. Nos anos finais da década de 1980, existia uma demanda crescente por leitos de internação para pacientes com aids em situação clínica grave, necessitando de esclarecimento diagnóstico e condutas de suporte imediato. Existiam também a necessidade de leitos para pacientes já em situação clínica estável, mas em uso de medicamentos para infecções oportunistas (IO) que demandavam acesso venoso para sua administração. Esta tinha que ser diária ou em esquemas de mais de uma tomada por semana. Para esses pacientes foi criada a modalidade de hospital-dia no cuidado da aids. A ideia era priorizar os leitos convencionais para aqueles pacientes em estado mais grave e com necessidade de elucidação diagnóstica, e atender aqueles que só precisassem de medicação venosa ou suporte assistencial breve no hospital-dia, local que não funciona 24h e no qual o paciente permanecia o tempo necessário para realizar o procedimento a ser realizado, tendo alta no mesmo dia. O CRT iniciou suas atividades com 36 leitos de hospital-dia. Não existiam leitos de internação no CRT. (RP)

Os dois serviços funcionavam de maneira independente, e cada um tinha uma diretora. Porém, em os serviços nem as suas respectivas diretorias, como de resto todo o CRT até março de 1991, existiam formalmente. A maior parte do corpo clínico multiprofissional trabalhava indistintamente nos dois locais, com maior peso da enfermagem no hospital-dia, dada a natureza do trabalho lá realizado. Ainda que as diferenças nos processos de trabalho dos dois serviços fossem marcantes, incluindo gerências distintas, persistia uma organização dos trabalhadores e das equipes mais em bases corporativas do que por unidades de produção.

Desde o início, cada paciente tinha um médico de referência que o acompanhava no ambulatório e, não raro, também nas visitas ao hospital-dia quando necessárias, e mesmo nas intercorrências não agendadas. Essa forte vinculação e responsabilização de cada médico e demais profissionais da equipe pelo cuidado longitudinal com cada um de seus pacientes era uma marca da instituição. A maior parte dos profissionais tinha contratos de no mínimo 20hs. ou até 40hs. semanais. Os médicos e enfermeiros eram a maioria do corpo clínico. (RP)

Podiam participar da gestão da rede de cuidado gerentes de serviços, gestores e técnicos municipais, regionais, estaduais, federais, e representantes das ONGs/AIDS e Redes de PVHA. Nesse nível de gestão do cuidado, e no papel de coordenação da rede no âmbito do Estado, cabia ao CRT criar e participar de estratégias e instâncias de elaboração e pactuação tecnopolítica, promover treinamentos e fornecer suporte político, técnico e material às regiões, municípios, serviços de saúde e demais parceiros governamentais e não governamentais para a efetivação do cuidado as PVHA. A realização desse conjunto de atividades programáticas estava distribuída entre as áreas do Centro, mas, na divisão de poderes, competências e responsabilidades entre os membros da equipe do CRT, cabiam ao diretor da VE a articulação e a pactuação com as regiões, municípios e serviços para a descentralização das ações de vigilância e assistência do Programa. (RP)

A equipe da VE já tinha, pela natureza de seu trabalho, uma articulação regional, o que ainda não ocorria com a Prevenção ou a Assistência. A VE do CRT, por delegação do CVE, era responsável pela coordenação dos trabalhos nessa área em todo o Estado. Dessa forma, a equipe da VE atuava como nível local, sendo responsável pela notificação dos casos de aids entre os pacientes do próprio CRT, e também como nível central, orientando e coordenando o trabalho das instâncias regionais de VE da aids na SES-SP. Assim, a equipe de VE do CRT era responsável pela articulação regional voltada tanto à criação, estruturação e

descentralização das ações de VE como à rede de serviços assistenciais para PVHA no estado.

[...] e achou e tem um peso grande, o fato da gente estar em um momento de redemocratização do país, da gente poder entrar em um espaço que era um espaço de grandes possibilidades, um espaço a ser construído. Porque não tinha nada construído naquele momento. As diretrizes podiam ser construídas, era um espaço muito novo, muito desafiador. Eu entro no CRT, fico na Vigilância Epidemiológica. Uma Vigilância muito atuante, em que a questão do paciente, a organização do serviço e compreensão do programa de uma forma mais ampla do que a mera vigilância epidemiológica, que só lida com a questão da informação. Apesar da gente ter produzido muita informação, a gente tinha muita noção de que a informação era para a ação. A gente não iria ficar olhando para aqueles dados, fazendo uma análise que não pudesse transformar aquela realidade. (MG)

Alguns aspectos marcantes do trabalho da equipe da VE de aids foram ressaltadas sinteticamente na narrativa acima. A equipe tinha intenso contato com as necessidades e características dos pacientes do CRT, por meio da revisão de todos os prontuários para fins de notificação e de outras atividades de pesquisa que demandavam entrevistas e conversas com os mesmos. Conhecia também a organização do trabalho e os profissionais das equipes do ambulatório e do hospital-dia, que ficavam todos no mesmo prédio, e usava esse conhecimento da organização dos serviços aliado às informações de caráter epidemiológico para suporte das atividades programáticas de criação e descentralização da rede de cuidado nas regiões do Estado. (RP)

A articulação dos diferentes níveis de gestão do cuidado no CRT fazia com que o forte vínculo e responsabilização no trabalho assistencial também estivesse presente na atuação programática da VE, comprometida e engajada em “transformar aquela realidade”. 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.

O CRT iniciou suas atividades no primeiro semestre de 1988, em um prédio alugado de 9 andares perto da Av. Paulista e da R. Augusta, contando com cerca de 200 profissionais divididos entre as áreas de Prevenção e Treinamento, Vigilância Epidemiológica e Assistência. Nesta se concentrava a maior parte dos trabalhadores do Centro.

A narrativa a ser apresentada a partir de agora busca recuperar, na história da estruturação da rede de serviços assistenciais, bem como dos Programas Municipais de DST/AIDS no Estado de São Paulo entre 1988 e 2015, as relações com o CRT e suas implicações para a qualidade da resposta programática e efetivação da integralidade no cuidado das PVHA no SUS-SP

V.C As experiências do CRT-DST/AIDS na gestão programática da rede de cuidados em HIV/AIDS no SUS-SP

V.C.1 De 1988 a 1994, um começo dividido em dois tempos

V.C.1.1 1988 a 1992: *...Essa proposta do CRT ser cabeça do sistema, é uma proposta que foi e é uma experiência única...*

[...] naquele momento, em 1988, embora nós tenhamos iniciado uma prática de ter o Centro de Referência atuando como uma coordenação de programa, nem formalmente, nem institucionalmente, isso era reconhecido e nem aceito. Não era aceito nem por diferentes setores do Centro de Referência, nem pelas autoridades da Secretaria, nem por outras instituições da Secretaria de Saúde.(PT)

Nesse período também, a gente descentraliza muito o Programa. Então, a gente viajava muito pelo interior de São Paulo. No período de 1988 até 1992, viajamos muito, pelo interior todo. Conhecemos pessoas e pudemos implantar novos serviços.

Pudemos ver pacientes em vários serviços que a gente ia. Então, essa vivência com a descentralização e com a rede, esse olhar próximo dos serviços... Acho que a gente tem essa característica: por um lado, a proximidade com o usuário, com o paciente e com os serviços também. Me sinto muito próxima dos Municípios e muito próxima dessas pessoas.(MG)

Os parágrafos acima descrevem dois aspectos importantes do período inicial do CRT: os principais “que” e “como” fazer do trabalho e o clima institucional onde ele se desenvolvia. Por um lado, o início do trabalho de descentralização da rede de cuidado realizado pela Equipe de VE, da construção de seu modo de atuar e de suas experiências como instância de coordenação do programa, desde então a partir dessa nova plataforma tecnológica e institucional que era o CRT. Por outro, o clima tenso, as interdições e disputas no desenvolvimento desse trabalho, tanto entre membros das diferentes áreas do CRT como nas relações com outras instituições e áreas da SES-SP.

Vou olhar com um pouco mais de detalhe para esses dois aspectos que caracterizam o período inicial de trabalho do CRT.

Lanço mão também de informações e análises contidas no livro *Histórias da Aids no Brasil 1983 – 2003*, de Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015). Trata-se de uma recuperação histórica de fôlego e com análises muito ricas sobre a resposta governamental e não-governamental à epidemia, baseada na experiência dos autores, em entrevistas com diversos protagonistas da luta contra a aids em todo Brasil e em documentação e publicações oficiais, técnicas e científicas.

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

Estaduais, iniciadas com as Ações Integradas em Saúde (AIS), em 1983, aprofundada com o SUDS, em 1987, e, finalmente, garantida pelo 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 VE fazia a gestão e a articulação com as regiões e os serviços, o ambulatório e o HD do CRT funcionavam como referência técnica e campo de treinamento prático para as equipes dos serviços que iam sendo estruturados ou consolidados (Teixeira, 1997, RP).

Parte importante dos ambulatórios foi estruturada nesse ciclo nos antigos Centros de Saúde tipo I (CS), que já tinham maior densidade tecnológica, e que faziam parte da rede de serviços de atenção primária criada nas gestões do secretário Leser. Outra parcela dos ambulatórios foi se estruturando nos antigos hospitais do INAMPS, que também tinham leitos de internação e passaram para a gestão estadual nesse período. Durante a gestão Pinotti, a SES-SP estava dividida em 63 regiões administrativas, anteriormente denominadas Escritórios Regionais de Saúde (ERSA), os quais passaram a ser chamados de SUDS-Regional ou SUDS-R. Os CS estavam sob gestão dessas instâncias regionais.

Na estratégia de descentralização do Programa, havia clareza da importância das instâncias regionais da SES-SP. Assim, para dar suporte às ações do Programa junto aos serviços e municípios de cada região, era negociada a definição de um Interlocutor Regional do Programa de Aids, escolhido e designado pelo Diretor do SUDS-R. A meta de descentralização da rede era estabelecer pelo menos um ambulatório e leitos de referência regional nos SUDS-R localizados onde a epidemia e a demanda assistencial fossem mais importantes. (RP)

A rede de hospitais-dia também foi ampliada e eles funcionavam tanto em hospitais como junto de serviços ambulatoriais. Exemplo disso é o Centro de Referência de Aids de Santos (CRAIDS), serviço municipal inaugurado em 1991 que contava com 4 leitos de HD, além do ambulatório (Gomes, 2001). O fato de o serviço municipal também se chamar “Centro de Referência”, e ser inaugurado com uma configuração assistencial semelhante, ambulatório e HD, diz muito sobre o caráter modelar que o CRT já tinha adquirido nesse período para a rede de serviços que então se constituía no Estado.

Além da expansão da rede, o acesso aos leitos de internação também passava por nova organização, sendo criada, então, junto ao gabinete do Secretário, a primeira Central de Vagas para leitos de aids, no ano de 1988. A Central de Vagas foi transferida para o CRT no início da década de 1990, onde funcionou até ser incorporada por uma instância de regulação geral criada na SES-SP, em 1995. No final de 1991, uma resolução do Secretário determinou que todos os hospitais estaduais disponibilizassem leitos para pacientes com aids, visando a lidar com a carência de leitos frente à demanda crescente. Como consequência, foram abertos 12 leitos de internação no CRT que passaram a funcionar integralmente em 1992 (Teixera, 1977).

Retomo neste ponto a discussão sobre o contexto político institucional do CRT quando do desenvolvimento desse primeiro ciclo de expansão e descentralização da rede de cuidado. Como mencionado anteriormente, durante seus dois primeiros anos de funcionamento o CRT não teve um diretor formal nomeado. Da mesma forma, o Programa Estadual também não tinha um coordenador formal. Nesse período, era o Secretário Adjunto que assumia esse duplo papel, ainda que à distância, pois não ficava fisicamente no CRT.

No prédio do CRT, a Vigilância Epidemiológica ficava no primeiro andar, o qual era, na verdade, um mezanino. As janelas das salas da frente não davam vista para a rua, mas para o *hall* de entrada. Existiam três salas “com vista” para o *hall* de entrada no primeiro andar, que era o único, além do térreo, sem uma arquitetura

assistencial. Uma dessas três salas era considerada a sala do diretor do centro e ficou “vazia” até a nomeação da primeira diretora em 1990. As outras duas salas eram ocupadas pela equipe da Vigilância Epidemiológica e pelo seu diretor. A Prevenção ficava no sexto andar, e todos os outros andares eram assistenciais ou com estruturas de gerência ou apoio às atividades de assistência. No primeiro andar também havia um auditório onde eram realizados treinamentos e reuniões mais amplas (RP).

Além de não coordenar formalmente o programa, o CRT também não existia enquanto estrutura formal da SES-SP. Desse modo, todos os seus cargos de direção eram, na verdade, do gabinete, e todas as suas atividades administrativas de aquisição de insumos materiais, contratação de serviços e de recursos humanos eram realizadas por outras áreas do nível central da Secretaria.

A falta de uma clara hegemonia nas relações de poder entre as áreas do CRT – representada pela sala vazia –, e a falta de respaldo formal ao papel de coordenação do programa – apesar do apoio e suporte prático –, concorriam para deixar o ambiente institucional tenso e cheio de ambiguidades.

Do ponto de vista dos diretores das áreas do CRT, as diferenças de perspectivas eram, por sua vez, de diferentes ordens. Os quatro trabalhavam juntos sob a coordenação de Paulo Teixeira quando da mudança do Programa para o HER. Naquele período, Maria Eugênia foi trabalhar no gabinete do Secretário, aproximando-se mais dele, enquanto Valquiria e Rosana permaneceram em suas funções ligadas ao cuidado clínico dos pacientes. Quando da montagem do CRT, o grupo se conformou em novas bases e houve uma disputa pela hegemonia do Programa entre a VE e a Prevenção e Treinamento, ao mesmo tempo em que as diretoras do ambulatório e do HD mantinham um foco mais interno ao CRT e no cuidado dos pacientes, menos vinculadas aos aspectos de articulação programática. (RP)

Do ponto de vista do espaço institucional na SES-SP o CRT, além de não ter formalmente a coordenação do programa, disputava espaço com outras

instituições como o próprio HER, o qual não se conformou facilmente com a perda da posição que ocupou durante 1987, e a nova instância que aglutinava as áreas programáticas da SES-SP, da qual o CRT não fazia parte. O Secretário adjunto fazia a intermediação dos conflitos e tensões internos ao CRT e também os relacionados à atuação programática da instituição. (RP)

Esse equilíbrio instável durou até o início de 1990, quando a SES-SP passou por mudanças relacionadas à eleição para governador a ser realizada naquele ano. Isso acabou resultando em nova configuração. O Secretário Pinotti saiu do cargo para tentar se viabilizar como candidato à sucessão do governador Quéricia, pelo PMDB, mas não obteve sucesso, retornando às funções de Secretário. Nesse movimento, o Secretário Adjunto saiu de seu posto e deixou um novo arranjo institucional, segundo o qual Rosana Del Bianco foi indicada para Diretora do CRT, sendo nomeada em abril de 1990. Paulo Teixeira foi indicado como Coordenador do Programa. Porém, fora do CRT e atuando junto à nova instância programática da SES-SP (RP).

Maria Clara Giana, que fazia parte da equipe desde o início, assumiu a Coordenação da VE do CRT, a qual manteve a dupla tarefa de coordenação técnica da VE da aids na SES-SP e de articulação programática da rede de serviços, ainda sob orientação de Paulo Teixeira. Essa nova dinâmica na organização do CRT e do Programa se manteve até o início de 1992 (RP).

A criação da estrutura formal do CRT/AIDS se deu pela publicação do Decreto nº 32.895 de 31 de janeiro de 1991. O CRT foi criado como uma Divisão Técnica de Saúde ligada diretamente ao gabinete do Secretário da pasta. Isso ocorreu já no final de exercício do Secretário Pinotti, substituído no início do governo Luiz Antonio Fleury (1991 a 1994), em março de 1991.

A análise do Decreto nº 32.895/91 é interessante para mostrar os avanços e limites da formalização e institucionalização dos diversos papéis do CRT dentro da SES-SP e das características do seu modelo de atenção. Transcrevo abaixo excertos mais significativos dessa publicação.

Artigo 2º - O Centro de Referência e Treinamento - AIDS tem por finalidade:

1. constituir-se em unidade de referência para diagnósticos e tratamento em AIDS;
2. prestar assistência médica hospitalar e ambulatorial e pacientes portadores de infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida;
3. elaborar, promover ou coordenar programas, cursos e projetos de capacitação, treinamento ou aperfeiçoamento em consonância com a especificidade do Centro;
4. contribuir para a formação e desenvolvimento de recursos humanos especializados;
5. desenvolver programas especiais de educação e promover campanhas educativas ou de informação à população;
6. orientar as entidades de apoio, quanto aos aspectos assistenciais e psicossociais;
7. atuar de forma articulada e integrada com as demais Unidades pertencentes ao SUDS, bem como com entidades públicas ou privadas no combate à epidemia do paciente portador do vírus da imunodeficiência adquirida;
8. promover e avaliar a investigação e pesquisa científica em seu campo de atuação e criar mecanismos para a divulgação de sua produção técnico-científica e
9. propor e executar as ações de vigilância epidemiológica e de controle da epidemia.

Artigo 15 - O Grupo Técnico de Educação e Treinamento em AIDS, em consonância com as diretrizes emanadas pelo Centro Estadual de Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos - CEDRHU, tem por atribuição:

- I. por meio da Equipe Técnica de Treinamento para Profissionais da Área da Saúde:
 1. promover campanhas massivas de informação à população junto aos meios de comunicação, com vistas à prevenção da AIDS no Estado de São Paulo;
 2. descentralizar as ações preventivas e educativas, por meio do treinamento de equipes multiprofissional;
 3. promover cursos de treinamentos específicos, visando o aprimoramento técnico de profissionais da saúde no atendimento a paciente portador do vírus da imunodeficiência adquirida. em colaboração com os responsáveis

pela promoção de ações referentes ao Programa Estadual da Prevenção e Controle da AIDS;

II. por meio da Equipe Técnica de Programas Educativos e de Informações para Comunidades:

1. informar a comunidade sobre transmissão, prevenção e outros aspectos gerais relativos à AIDS, por meio do telefone, pelo DISC-AIDS, em atendimento pessoal ou, ainda, na distribuição de material educativo;
2. detectar e avaliar dados de comunidades específicas que possam auxiliar na execução de ações educativas destinadas à prevenção e controle da AIDS e
3. promover e definir, em conjunto com líderes de comunidades específicas, estratégias educacionais com vistas à adequação destas e formação de multiplicadores.

III. por meio de Equipe Técnica de Programas Especiais:

1. promover programas especiais de educação ou treinamento, em conjunto com outros órgãos e instituições públicas ou privadas;
2. propor normas à ações de prevenção da AIDS, em situações especiais e ou comunidades que não façam parte do programa contínuo e
3. elaborar projetos de pesquisa em nível local, estadual e internacional, com o intuito de avaliar e implementar os programas de prevenção e controle da AIDS.

Artigo 16 - O Grupo Técnico de Epidemiologia tem por atribuição:

I. por meio de Equipe Técnica de Investigação Epidemiológica em AIDS:

1. elaborar instrumentos de acompanhamento e análise dos dados epidemiológicos dos pacientes do Centro com Relatórios periódicos;
2. elaborar e coordenar as ações de vigilância epidemiológica referentes aos pacientes do Centro de Referência e Treinamento - AIDS, observando as diretrizes do Centro de Vigilância Epidemiológica;
3. participar da elaboração e execução de ações de vigilância epidemiológica em AIDS, segundo normatização do Centro de Vigilância Epidemiológica;
4. elaborar, segundo normas do Centro de Vigilância Epidemiológica, instrumentos de acompanhamento e análise de dados epidemiológicos relativos a AIDS no Estado de São Paulo e
5. programar, elaborar e executar treinamento em vigilância epidemiológica de AIDS, destinados aos SUDS-R, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Centro de Vigilância Epidemiológica.

II. por meio da Equipe Técnica de Pesquisas Epidemiológicas em AIDS:

1. realizar pesquisas e inquéritos, visando a caracterização epidemiológica da infecção no Estado de São Paulo;
2. realizar estudos para caracterização social, demográfica e epidemiológica da população exposta ao risco de infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida;
3. analisar o impacto sócio-antropológico da infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida na população do Estado e
4. participar dos estudos e pesquisas desenvolvidas no Centro de Referência e Treinamento - AIDS que envolvem aspectos da infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida.

Artigo 17 - O Serviço de Assistência Médica tem por atribuição prestar assistência ao paciente matriculado no Centro e realizar pesquisas pertinentes a sua área de atuação.

Artigo 18 - A Equipe Médica de Hospital-Dia tem por incumbência:

1. coordenar e prestar assistência médica especializada e psicossocial ao paciente com AIDS;
2. executar inter-relacionamento entre familiares e doentes;
3. prestar atendimento emergencial e cirúrgico e
4. prestar treinamento para profissionais da área de saúde e assistencial.

Artigo 19 - A Equipe Médica de Pacientes Externos tem por incumbência:

1. prestar assistência médico-ambulatorial a pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência adquirida;
2. orientar pacientes quanto a profilaxia e a disseminação do vírus da imunodeficiência adquirida.
3. participar e executar, em conjunto com o Grupo Técnico de Educação e Treinamento em AIDS, de treinamento para profissionais da área de saúde e
4. atender pacientes e controlar medicações utilizadas nas infecções oportunistas ou pelo vírus da imunodeficiência adquirida.

Artigo 20 - A Equipe Médica de Pacientes Internos tem por incumbência:

1. prestar assistência médica integral e especializada ao paciente;
2. manter intercâmbio com outras unidades e serviços especializados;

3. controlar a utilização das medicações específicas prescritas e
4. coordenar e acompanhar as atividades de internação.

Artigo 21 - A Equipe Técnica de Saúde Mental tem por incumbência:

1. prestar assistência psiquiátrica ao paciente e familiares e
2. executar treinamentos para profissionais na área de saúde mental.

Artigo 22 - A Equipe Técnica de Serviço Social tem por incumbência:

1. planejar, avaliar as atividades relacionadas com a solução de problemas sociais dos pacientes e familiares;
2. atuar integrada com as áreas de pacientes externos, internos e Hospital-Dia;
3. atuar junto às entidades de apoio;
4. manter inter-relacionamento com outros centros assistenciais para vírus da imunodeficiência adquirida e
5. participar em conjunto com o Grupo Técnico de Educação e Treinamento em AIDS, de treinamentos para profissionais da área de assistência social da rede.

Artigo 23 - A Seção de Apoio Diagnóstico tem por incumbência:

1. por meio do Setor de Radiologia, realizar exames radiológicos e ultrassonográficos, interpretá-los e emitir relatórios;
2. por meio do Setor de Laboratório:
3. proceder coleta de materiais ou seu recebimento;
4. realizar testes e exames específicos, dentro de sua área de atuação;
5. realizar exames e fornecer os resultados aos solicitantes e
6. controlar o material de consumo e os equipamentos do Setor.

III. por meio do Setor de Propedêutica Armada realizar exames e procedimentos endoscópicos e enviar relatórios aos solicitantes.

Artigo 24 - O Setor de Saúde Bucal tem por encargo:

1. efetuar diagnósticos e tratamentos de manifestações orais e afecções dentárias e
2. elaborar e executar treinamentos para profissionais da área de odontologia para diagnósticos relacionados à AIDS.

Artigo 25 - O Serviço de Enfermagem tem por atribuição:

1. orientar e sistematizar a assistência de enfermagem;
2. aprovar normas e rotinas de enfermagem;
3. prover em qualidade e quantidade materiais específicos para o desenvolvimento de assistência de enfermagem;
4. proporcionar campo de treinamento e estágio adequado no que se refere à participação da enfermagem nos programas de prevenção e controle da infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida;
5. elaborar trabalhos científicos na área de enfermagem, participar e colaborar em pesquisas afins, em intercâmbio com instituições que desenvolvam programas de prevenção de AIDS e
6. desenvolver e participar, em conjunto com o Grupo Técnico de Educação e Treinamento, de programas de treinamento no campo de abrangência da infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida, para profissionais de enfermagem e outros na área de Saúde.

Artigo 26 - A Equipe Técnica de Enfermagem de Internação tem por incumbência:

1. assistir ao paciente com vírus da imunodeficiência adquirida, atendendo-o nas suas necessidades básicas;
2. elaborar plano de cuidado individualizado ao paciente e
3. executar atividades de coordenação dos aspectos administrativos de enfermagem com a finalidade de assegurar a continuidade da assistência ao paciente nos períodos de plantão.

Artigo 27 - A Equipe Técnica de Enfermagem de Ambulatório tem por incumbência:

1. sistematizar a assistência de enfermagem no Ambulatório;
2. assistir ao paciente portador de infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida assintomático e sintomático, nos aspectos biopsicossociais;
3. orientar para o autocuidado, objetivando controlar a evolução da infecção oportunista e transmissão do vírus da imunodeficiência adquirida e
4. executar as prescrições médicas no que se refere à competência da área de enfermagem.

Artigo 28 - A Equipe Técnica de Enfermagem de Hospital-Dia tem por incumbência:

1. sistematizar a assistência de enfermagem no Hospital-Dia;

2. assistir ao paciente com AIDS do Hospital-Dia nos aspectos biopsicossociais visando orientar para o auto-cuidado e o retardamento das internações hospitalares;
3. assistir familiares e pessoas do convívio do paciente no que se refere à problemática da infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida e infecções oportunistas;
4. executar as prescrições médicas no que se refere à competência da área de enfermagem e
5. proporcionar campo de treinamento no que se refere à participação da área de enfermagem no Hospital-Dia.

Artigo 29 - A Equipe Técnica de Enfermagem Especializada tem por incumbência:

1. sistematizar a assistência de enfermagem no Centro Cirúrgico;
2. assistir ao paciente durante os procedimentos cirúrgicos e de diagnóstico até a alta no centro cirúrgico;
3. prover adequadamente as salas cirúrgicas para a realização de seus procedimentos;
4. providenciar e manter materiais esterilizados para atendimento de emergência;
5. preparar, acondicionar e distribuir materiais para as diversas unidades do Centro de referência e Treinamento - AIDS;
6. avaliar a qualidade de esterilização especializada para o vírus da imunodeficiência adquirida e
7. prestar assistência de enfermagem intensiva e semi-intensiva.

Artigo 30 - A Equipe Técnica de Educação Continuada e Assistência Domiciliar tem por incumbência:

1. promover a integração dos elementos da equipe de enfermagem das diversas áreas do Centro de Referência e Treinamento - AIDS;
2. proporcionar reciclagem da equipe de enfermagem por meio de programas de treinamento, atualização e aperfeiçoamento;
3. desenvolver, em conjunto com o Grupo Técnico de Educação e Treinamento, programas de treinamento no campo da abrangência da infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida, para enfermeiros e ocupacionais de enfermagem e outros profissionais da área da saúde;
4. assistir ao paciente do Centro de Referência e Treinamento-AIDS, em seu domicílio, nos aspectos biopsicossociais e terapêuticos, visando a adequação do tratamento domiciliar, a orientação para o auto-cuidado, o

retardamento das internações hospitalares e a biossegurança dos demais elementos da família ou de seu convívio;

5. colaborar com os familiares do paciente ou pessoas de seu convívio na adequação do ambiente domiciliar;
6. orientar o responsável pela assistência ao paciente no domicílio sobre técnicas e procedimentos de enfermagem a serem executados;
7. prestar assessoria de enfermagem para a organização e implementação de entidades de apoio para a assistência ao paciente de AIDS;
8. avaliar periodicamente as condições de tratamento dispensado ao paciente nas entidades de apoio;
9. treinar pessoal em técnicas de enfermagem para prestar assistência nas entidades de apoio;
10. colaborar na elaboração de normas e rotinas para as entidades de apoio, prestando assistência quando necessário e
11. colaborar com outros profissionais que desenvolvam atividades nas entidades de apoio.

Pode-se observar que várias características da proposta original e do modelo de atenção do CRT foram formalizadas, ao mesmo tempo em que algumas das interdições institucionais também ficaram marcadas nessa publicação. O Decreto representa uma consolidação inconclusa das pretensões originais da instituição. O papel de coordenação do programa não foi concedido ao Centro, ainda que ficasse claro o papel de referência técnica na área de assistência e de coordenação técnico-normativa no âmbito da SES-SP, nas áreas de prevenção e treinamento e na vigilância epidemiológica. Fica também ressaltada a importância dos componentes de produção e disseminação de conhecimento nas diversas áreas de atuação do Centro, e a participação de todas as áreas na realização de capacitações e treinamentos para profissionais da rede de saúde e de outras instituições públicas e da sociedade civil.

O silêncio da publicação a respeito do papel do CRT na organização e suporte da rede de serviços de saúde no âmbito do Estado é eloquente sobre as interdições e ambiguidades institucionais dessas atividades do Centro. Essa parcela do trabalho era realizada pela equipe da VE que, embora não estivesse diretamente envolvida

na gestão do cuidado individual ou dos serviços que operavam no CRT, era responsável pela gestão da expansão e descentralização da rede de cuidado no Estado. Como apresentado, as tarefas e sujeitos envolvidos em cada um desses níveis de gestão do cuidado não eram necessariamente os mesmos, embora se informassem mutuamente na construção do modelo de atenção e gestão do CRT.

As áreas assistenciais foram organizadas em bases corporativas, com o serviço de assistência médica formado pelas equipes médicas, de saúde mental, assistentes sociais; o serviço de enfermagem foi formado pelas equipes de enfermagem. Em ambos os serviços, as equipes eram alocadas no ambulatório, no HD, na internação e no atendimento domiciliar. Dessa forma, os serviços e as chefias eram organizados em bases corporativas, mas as equipes eram alocadas em uma lógica de unidades de produção que funcionavam de maneira multiprofissional. Como mencionado anteriormente, existia uma forte vinculação dos pacientes com seus profissionais de referência no ambulatório, pelo menos com o médico, o qual muitas vezes também se responsabilizava pelo acompanhamento dos casos nas diferentes “unidades de produção” do Centro.

É importante notar como aspectos e termos relacionados ao cuidado integral aparecem de forma sistemática nas atribuições de todos os profissionais. Cabia aos médicos “prestar assistência médica especializada e psicossocial ao paciente com AIDS; executar inter-relacionamento entre familiares e doentes” aos membros da equipe de saúde mental “prestar assistência psiquiátrica ao paciente e familiares”, a equipe de serviço social “planejar, avaliar as atividades relacionadas com a solução de problemas sociais dos pacientes e familiares; atuar junto às entidades de apoio” as equipes de enfermagem “assistir ao paciente [...] nos aspectos biopsicossociais; orientar para o autocuidado, objetivando controlar a evolução da infecção oportunista e transmissão do vírus da imunodeficiência adquirida, colaborar com os familiares do paciente ou pessoas de seu convívio na adequação do ambiente domiciliar; orientar o responsável pela assistência ao paciente no domicílio sobre técnicas e procedimentos de enfermagem a serem

executados; prestar assessoria de enfermagem para a organização e implementação de entidades de apoio para a assistência ao paciente de AIDS”.

É interessante notar o peso e a extensão do rol de atividades da enfermagem, dentro e fora do CRT, em uma época em que o adoecimento por aids demandava muitas ações de enfermagem, seja na administração de medicação, seja no cuidado intenso dos pacientes acamados.

V.C.1.2 “... nesse período de 1988 a 1992, tem uma coisa muito marcante... as primeiras grades de AZT...”

Como mostra Teixeira (1997), o Programa Nacional de aids estruturou-se inicialmente em 1985 e consolidou sua atuação a partir de 1987, tendo tomado o exemplo de São Paulo. De 1988 até o início do governo Collor, o Programa Nacional ganhou em organização e articulação internacional, mas passou a interagir de maneira hierárquica e pouco estratégica com os Estados e Municípios. Também por essa razão observei anteriormente que o primeiro ciclo de expansão e descentralização da rede de cuidado em HIV/AIDS em São Paulo não contou com estímulos técnicos, políticos ou financeiros do Programa Nacional.

No início do governo Collor o Programa Nacional sofreu mudanças de direção, se desestruturou e entrou em “rota de colisão” com as agências internacionais. Quando a OMS propôs fazer estudos de vacinas no país, o Ministério da Saúde se colocou contrário, argumentando que os brasileiros não seriam cobaias. Paradoxalmente, esse mesmo isolamento e desobediência fizeram com que, nesse período, o Brasil, passasse a garantir o acesso ao AZT e outros medicamentos para as PVHA, de acordo com os princípios do SUS. Essa política contrariava o que pregavam as agências internacionais, como OMS e OPAS, as quais recomendavam nesse período que países pobres ou em desenvolvimento deveriam se ater e priorizar seus recursos em ações ligadas à prevenção da epidemia (Teixeira, 1997).

O MS iniciou a distribuição do AZT, do Ganciclovir e da Pentamidina durante o segundo semestre de 1991, e foi a equipe de VE do CRT, em conjunto com a área de assistência farmacêutica do nível central da SES-SP que fez a gerência logística dessa distribuição no Estado de São Paulo. Como pode ser visto na fala de um de seus membros, a qual deu título a esta seção, a equipe da VE era responsável pela elaboração da grade de distribuição, devido ao seu conhecimento e ao seu relacionamento com a rede de atenção. Naquele período, todos os pacientes em uso dessas medicações eram cadastrados em uma lista de pacientes em uso de medicamentos excepcionais. Nessa lista também constava o serviço onde o paciente era acompanhado ou o SUDS-R, polo de distribuição para o qual os medicamentos eram enviados e posteriormente enviados aos serviços da região, ou diretamente aos pacientes.

Utilizo a grade de distribuição dos medicamentos antirretrovirais como principal indicador da composição e expansão da rede de cuidado ambulatorial em HIV/AIDS no SUS-SP naquele período. A grade de distribuição do mês de novembro de 1992, sintetizada no quadro abaixo, demonstra a consolidação e a expansão da rede de cuidado ocorrida no período 1988-92, e também serve como linha de base para a avaliação dos ciclos de expansão posteriores. Essa grade, junto de outros relatórios extraídos da base de dados gerada naquela época, foi guardada pela farmacêutica responsável e se encontra no CRT.

Quadro 2 - Número de PVHA cadastradas em uso de AZT por Polo de Dispensação de Medicamentos, São Paulo, 1992

Unidades	Número de Paciente
CRT	552
IIER	400
H. Heliópolis	68
H. Brigadeiro	39
H. Ipiranga	51
USP	286
EPM	220
HSPE	99
SMS-SP	72
SUDS-1 Centro	22
SUDS-2 Butantã	10
SUDS-4 Penha	22
SUDS-5 Itaquera	68
SUDS-6 Mandaqui	71
SUDS-7 N. Senhora Ó	20
SUDS-8 Santo Amaro	32
SUDS-9 Santo Andre	106
SUDS-10 Maua	18
SUDS-11 Osasco	41
SUDS-13 Mogi das Cruzes	21
SUDS-14 Franco da Rocha	4
SUDS-15 Guarulhos	31
SUDS-23 Bauru	50
SUDS-27 Campinas (UNICAMP)	496
SUDS-45 Marília	170
SUDS-50 Ribeirão Preto	157
SUDS-52 Santos (HGA)	269
SUDS-57 S. Jose R. Preto	137
SUDS-59 Sorocaba	110
SUDS-60 Taubaté	198
Outros	4

Fonte: Relatório de Controle de Pacientes que Recebem Medicamentos de Caráter Excepcional de 11/1992 SES-SP.

Como pode ser visto no quadro acima eram 30 polos, os quais, no seu conjunto, dispensavam o AZT para um total de 3844 PVHA cadastrados, sendo oito deles os próprios serviços que os acompanhavam. Nos SUDS-R podia existir mais de um serviço, como em Santos. Nessa época, a cidade já contava, além do serviço estadual, com um serviço municipal que não apareceu na lista. Assim, existiam naquela época entre 30 e 40 serviços ambulatoriais especializados no acompanhamento de PVHA no SUS-SP, a maioria estaduais e, em menor número, universitários ou municipais.

Pode-se observar também que a rede já começava a ser descentralizada e regionalizada, contando com serviços em grandes municípios do litoral e do interior do Estado atuando como referências regionais.

Em relação às instâncias municipais, apenas a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo aparece nessa primeira lista e, de fato, apenas Santos, além dela, tinha serviços sob sua gestão nesse período. Já haviam sido editadas as NOBs 91 e 92, mas o processo de municipalização no SUS estava no início. As iniciativas de Santos e de São Paulo tiveram por base a importância e impacto da epidemia nesses dois municípios, a conjuntura política das administrações municipais com Secretários Municipais de Saúde extremamente comprometidos com a construção do SUS e a pressão de militantes e trabalhadores para a estruturação de serviços (Teixeira, 1977; Teodorescu e Teixeira, 2015)

A SES-SP disponibilizava desde 1989 recursos para aquisição de medicamentos para IO, como o Ganciclovir, e mesmo pequenas quantidades de AZT, mas apenas para o CRT. É importante deixar claro que a distribuição dos ARV, mesmo depois que o MS passou a comprá-los, não alcançava a totalidade dos pacientes que necessitavam do medicamento, principalmente no interior do Estado, o que, associado ao limitado efeito dos mesmos em monoterapia, acabava não tendo impacto significativo nos indicadores de mortalidade por aids naquele período (Teodorescu e Teixeira, 2015).

A publicação do Decreto de criação e a expansão e regionalização da rede de serviços demonstram o grau de consolidação e potência do trabalho do CRT na criação de um novo modelo de atenção às PVHA, orientado pela integralidade. Ainda que em conjuntura política e institucional conturbada, e mesmo sem poder exercer mais plenamente todas as suas funções, o Centro foi capaz de gerar as bases de um novo modelo de atenção à epidemia de aids em São Paulo. Esse modelo se refere tanto à gestão das tecnologias e diferentes arranjos das equipes e dos serviços para o cuidado das PVHA como à gestão sistêmica dos processos de pactuação técnica e política envolvidos na estruturação inicial da rede regionalizada que vai sendo formada por esses serviços no Estado.

A epidemia também já havia chegado a todos os grandes municípios do Estado nesse período, com casos associados ao uso de drogas injetáveis (UDI) atingindo seu auge, e ainda sem troca de seringas e agulhas legalizada. A epidemia entre heterossexuais também crescia associada ao aumento entre UDIs e, desde o início, mantinha-se importante e crescendo entre homens que faziam sexo com homens (HSH). A incidência de casos notificados saltou de 8,9 para 27,1 por 100 mil habitantes de 1988 para 1992, e a taxa de mortalidade de 3,6 para 15,7 por 100 mil hab. Entre os homens, nesse mesmo período, a mortalidade foi de 6,4 para 26,0 por 100 mil hab. no Estado. As mulheres também ganharam importância na epidemia, e a relação masculino/feminino caiu de 5,9 para 3,4 entre os casos notificados no período (SES-SP, 2014). Apenas o CRT, desde o início de suas atividades até o final de 1992, já tinha matriculado mais de 15 mil pacientes, embora muitos já tivessem ido a óbito, dada a grande letalidade da aids naquele período (Anexo 3 SAME-CRT).

O ano de 1991 marcou também a mudança no Governo do Estado, com troca de Secretário da Saúde a partir de abril daquele ano. As mudanças no Gabinete e na Secretaria demoraram certo tempo até chegar ao CRT e ao Programa e, durante todo o ano de 1991, a direção do Centro permaneceu inalterada, bem como o trabalho de coordenação programática desenvolvido pela equipe da vigilância

epidemiológica. Somente no início de 1992 ocorrem alterações que mudaram de forma significativa a qualidade do trabalho realizado pelo CRT e pelo Programa Estadual até o final de 1994.

V.C.1.3 1992-1994 “... *mas teve um período que o programa sai do CRT... não foi uma coisa que passou despercebida*”

Apenas em janeiro de 1992 as mudanças ocorridas na SES-SP chegam ao CRT de forma mais contundente. O novo Secretário da Saúde, Nader Wafae, vinha da então Escola Paulista de Medicina (EPM), atual UNIFESP, e convidou o médico David Salomão Lewi, Professor do Departamento de Moléstias Infecciosas da EPM, para assumir a direção do CRT. Ele foi empossado no cargo em 09 de janeiro de 1992, tornando-se o segundo diretor do Centro.

Embora também tenha sido convidado para atuar como coordenador do Programa de aids, o novo diretor dedicou-se, na prática, apenas ao próprio Centro, e sem abrir mão de suas funções acadêmicas e médico-assistenciais fora do CRT. Nesse processo, Rosana Del Bianco saiu do CRT e Paulo Teixeira também deixou de atuar na coordenação do Programa. Ambos acabariam sendo convidados a compor a nova equipe do Programa Nacional de DST-Aids (Teodorescu e Teixeira, 2015; RP). Da equipe inicial, apenas Valquiria Pereira Pinto permaneceu no CRT como Diretora da Assistência, pois Maria Eugênia também se afastou da direção da área de Prevenção e Treinamento (RP).

mas teve um período que o programa sai do CRT. Não foi uma coisa que passou despercebida, foi percebida por todo mundo. O CRT passa a olhar muito para dentro, e se organizar e pensar nos seus processos internos. E essa questão programática, ela ficava muito à parte. Isso ficou claro quando o programa sai do CRT, eu acho que é um período claramente de olhar para o papel do CRT, quanto um serviço assistencial. Antes, embora tivesse noção, porque tinha muita capacitação, e a prevenção... tinham as áreas, ali era um local de organização de atenção e da prevenção. Eu estava em um foco muito no assistencial, mas a gente tinha

essa noção, principalmente por conta dos inúmeros treinamentos.(RS)

Esse excerto de depoimento é revelador da percepção das mudanças no Centro relativas à perda do caráter de coordenação programática e do olhar daqueles que, na época, atuavam diretamente na assistência aos pacientes do Centro. A face programática do trabalho do CRT era percebida como algo feito em outras áreas, como na prevenção ou na organização da atenção, a qual era realizada pela VE. A área de assistência se via envolvida na ação programática por meio dos vários treinamentos que se realizavam para profissionais da rede. Como também aparece no depoimento, a gestão do cuidado aos pacientes do CRT continuou sendo realizada da mesma forma e, assim, apesar de perder seu papel na gestão da rede, o CRT não perdeu seu caráter de referência técnica e de modelo de atenção às PVHA, mesmo durante esse período.

Em verdade, não foi apenas o CRT que perdeu sua função programática. O Programa também perdeu, na prática, sua coordenação durante a gestão do Secretário Nader Wafae. O trabalho na equipe de VE do CRT ficou focado unicamente naqueles aspectos ligados a ações internas ao CRT e também, com delegação do CVE, coordenando as ações de VE de aids no âmbito estadual. Aproveito a “pausa forçada” na gestão do cuidado para recuperar alguns aspectos do trabalho com a VE da aids que a equipe do CRT desenvolvia. Se a atuação na VE era fortemente influenciada pela gestão da rede, o reverso também ocorria. As questões práticas e conceituais envolvidas no entendimento da epidemia e de seus determinantes estavam no núcleo do trabalho de VE e orientavam os esforços para sua apreensão mais correta no sentido de orientar estratégias mais adequadas de atuação.

Acho que, desde o primeiro momento em que a gente nega um grupo de risco, em que a gente vai para a situação, sem conceito de vulnerabilidade, mas já tentando e ensaiando o que poderia ser um conceito. Acho que nós fomos muito felizes nisso, vai para comportamento, discute situação de

risco. Começamos a olhar mais na vigilância epidemiológica até 1994. (MG)

O excerto acima sintetiza de forma muito precisa as questões que “animavam” o trabalho na VE. Desde 1988, a equipe era contrária à utilização do conceito de grupo de risco, por razões técnicas, éticas e políticas, derivadas da origem profissional – a equipe era formada basicamente por sanitaristas e cientistas sociais –, e também dos compromissos de origem do Programa com a comunidade gay, demais movimentos e ONG envolvidos na luta contra a aids, e, principalmente, com os sujeitos afetados pela epidemia. Esses compromissos foram sendo atualizados, trabalhados e traduzidos também na sua dimensão tecnológica nas práticas da VE. (Kalichman, 1993; Ayres, 1994).

A aids tensionava e explicitava as limitações da clínica tradicional e da epidemiologia do risco para uma ação programática mais efetiva e aberta à presença e às perspectivas dos sujeitos implicados na epidemia. Dada a grande incapacidade de ambas, com o instrumental que dispunham, de compreender e atuar de forma mais eficaz e racional era um grande desafio para o CRT responder nessas duas frentes de forma criativa e efetiva. Enquanto os dispositivos e arranjos assistenciais que iam sendo criados no CRT buscavam dar conta dessas limitações do ponto de vista da clínica, a equipe da VE buscava também encontrar caminhos para construir conceitos e práticas que pudessem enfrentar o enfoque limitado do risco para uma compreensão mais adequada da epidemia.

Porém, a equipe não estava sozinha diante desse desafio. Ele era global e, de uma aliança dessa natureza, nasceu o livro *A Aids no Mundo* (Mann, 1993), trazendo o conceito da vulnerabilidade, em publicação que chegou de 1993. A edição brasileira desse livro foi organizada pela Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) e o IMS-UERJ, e foi dedicada a Herbert Daniel, fundador da ABIA, do Grupo Pela VIDDARJ e membro da Coalizão Global de Políticas contra a aids, grupo responsável pela elaboração da versão original do

livro em 1992. Este foi o ano em que morreu Herbert Daniel, que viveu com aids se recusando à “morte civil”, conceito que ele criou para se contrapor e denunciar a discriminação, estigma, preconceito e falta de acesso aos equipamentos e direitos de cidadania das PVHA.

Dadas as afinidades e preocupações em comum, desde essa época a equipe VE desenvolvia algumas parcerias com o Pela VIDA/RJ, a ABIA e com o IMS-UERJ no campo da epidemiologia social da aids (Kalichman, 1994; Teixeira, 1997). Mais à frente, retomarei esse tema e indicarei como o conceito de vulnerabilidade foi sendo incorporado nas diretrizes e no trabalho do CRT.

A situação do CRT seguiu da mesma forma até meados de 1993, quando ocorreu nova mudança na sua direção e Valquíria Pereira Pinto assumiu o cargo de Coordenadora a partir de julho daquele ano. Apesar da mudança na direção, o CRT permaneceu sem o papel de Coordenação do Programa até o final de 1994. Nesse meio tempo, ocorreram também mudanças na SES-SP. O Secretário foi substituído pelo Professor Vicente Amato Neto em novembro de 1992, o qual, por sua vez, deu lugar a um novo Secretário, o Prof. Carmino Antonio de Souza, em julho de 1993. O Prof. Souza permaneceu até o final da gestão Fleury. Assim, pela ordem, a Unifesp, a Usp e a Unicamp foram representadas na SES-SP naquele período.

Durante a gestão de Vicente Amato, o Prof. Marcos Boulos, da USP, assumiu a Coordenação do Programa de Aids, então desvinculada do CRT. Com a troca dos Secretários, ocorreu também a mudança na Coordenação do Programa, e o Prof. Fernando Gonzalez, da UNICAMP, assumiu a Coordenação, também fora do CRT. Nesse mesmo período, ocorreram importantes mudanças no Programa Nacional de Aids, que, em conjunto com o processo de aprofundamento da municipalização do SUS com a NOB 93, acabaria por provocar uma nova configuração da Coordenação do Programa de Aids também no Estado de São Paulo, a partir do início de 1994.

Em 1992, ocorreu uma mudança no MS, e o Prof. Adib Jatene, novo Ministro, chamou de volta Lair Guerra de Macedo para a Coordenação do Programa Nacional de Aids. Este se reestruturou e retomou suas articulações com as agências internacionais, e também com Estados e municípios. Adicionalmente, passou a negociar com o Banco Mundial (BM) um acordo de empréstimo para subsidiar financeiramente as ações programáticas no período entre 1993 e 1998, em valor total de US\$ 250 milhões, dos quais US\$ 90 milhões seriam contrapartida nacional. Cerca de 60% desse valor deveria ser executado por Estados e Municípios, os quais receberiam os recursos por meio de convênios com o MS. Além do próprio Estado, em São Paulo 17 Municípios foram selecionados por critérios epidemiológicos para receber os recursos do Aids I, como ficou conhecido esse primeiro acordo com o BM (Teixeira, 1997).

A reestruturação do Programa Nacional, ancorada nos recursos do Aids I, dá novo impulso à resposta brasileira à epidemia, e o repasse de recursos do MS por meio de convênios demandou um salto organizacional dos Estados e dos Municípios para a celebração dos mesmos. O Programa Nacional começou a fazer reuniões com Estados e Municípios para orientar a elaboração dos Planos Operativos Anuais (POA), instrumento de planejamento para solicitação dos recursos, bem como as regras de execução que, no caso do dinheiro vindo do BM, eram diferentes daquelas previstas na legislação brasileira.

As demandas e responsabilidades que passaram a ser postas à Coordenação do Programa Estadual de Aids aumentaram e ultrapassaram a disponibilidade do então Coordenador. Este acaba não participando de importante reunião do Programa Nacional com todos os 17 municípios do Estado para discutir aspectos prioritários do Programa e dos convênios no âmbito do Aids I. Nessa época, início de 1994, o Secretário Carmino tinha como seu Chefe de Gabinete o Dr. Ênio Servilha Duarte, com quem o CRT tinha estabelecido relação de confiança e respeito nos anos iniciais de seu funcionamento(RP).

De comum acordo com o Secretário, ambos professores da UNICAMP, o Coordenador do Programa de Aids da SES-SP deixou esse posto para que o mesmo pudesse ser assumido por alguém com disponibilidade e capacidade necessária para organizar a elaboração do Plano Operativo Anual (POA) da SES-SP, e retomar as articulações com o Programa Nacional e com os Municípios nessa nova conjuntura. Assim, Maria Clara Gianna foi convidada para assumir a Coordenação do Programa Estadual de Aids. Desde o início de 1992, ela havia, por vontade própria, deixado a Direção da VE do CRT, embora tivesse se mantido na equipe, e já viesse trabalhando e, de certa forma, coordenando a elaboração do POA estadual, quando do convite para assumir o Programa (RP).

Maria Clara assumiu a Coordenação do Programa de Aids em abril de 1994, atuando não mais no CRT, mas no Gabinete da SES-SP. Nesse movimento, também saiu da equipe de VE do CRT para trabalhar em sua companhia como Coordenador Adjunto do Programa. O fato de a nova equipe de Coordenação ter o respaldo e a confiança do Chefe de Gabinete, e o conhecimento acumulado sobre o funcionamento da rede e de seus operadores nos serviços e nos SUDS-R, permitiu trabalhar de forma articulada na elaboração do POA estadual, contemplando as necessidades das várias instituições da SES-SP, e retomar a construção do papel de instância estadual na relação com o Programa Nacional e os então nascentes Programas Municipais de Aids (RP).

Era uma equipe pequena, que contava com uma secretária, uma gerente administrativa e com uma funcionária de apoio. Também ficavam com a equipe, nessa época, na mesma e única sala, duas profissionais da área de logística de distribuição dos medicamentos ARV enviados pelo MS. Embora a execução do recurso do convênio se desse pelo Gabinete, a equipe era de fato ordenadora das despesas. Essa situação perduraria até o final de 1994, quando iniciou-se nova fase para o trabalho do CRT e para o Programa Estadual de Aids, com a mudança do Governo estadual e de Secretário da Saúde (RP).

V.C.2 De 1995 a 2000, um período de ebulição do Programa

V.C.2.1 “...Vem o Covas com Guedes, a Secretaria muda completamente de diretriz e de posicionamento. O Paulo assume a direção”

Coordenar o Programa a partir de uma sala no prédio da SES-SP foi uma experiência diferente em relação à que a equipe teve no CRT. O contexto em que Maria Clara assumiu a Coordenação do Programa já era favorável, uma vez que a equipe contava com o respaldo do Gabinete para fazer a gestão do planejamento e da execução dos recursos do Programa relacionados ao convênio com o MS, advindos do Aids I. A partir da experiência anterior, a equipe interagiu bastante com todas as regiões e serviços, inclusive com o CRT, na elaboração do POA estadual, o qual já tinha como um de seus principais componentes o fortalecimento da estrutura assistencial no Estado (RP).

Porém, havia a certeza de que voltar a coordenar o Programa a partir do CRT era uma opção mais acertada frente aos desafios que ainda estavam postos pela epidemia e o potencial que esse arranjo tecnológico institucional já tinha demonstrado para gerar respostas efetivas nas várias áreas de atuação programática. Adicionalmente, Maria Clara avaliava que, naquela situação, a pessoa certa para ocupar a coordenação do Programa e a direção do CRT, e retomar o projeto original da instituição era Paulo Teixeira, seu principal idealizador. Ele, após ter passado pela equipe do Programa Nacional com destacado papel na negociação com o BM para o Aids I, estava então trabalhando na UNAIDS, servindo como seu representante em Honduras (RP).

Após a vitória de Mario Covas nas eleições de 1995, configurou-se a forte possibilidade de José da Silva Guedes, Professor Titular do Depto. de Medicina Social da FCM da Santa Casa, tornar-se Secretário da Saúde. Maria Clara o procurou para conversar sobre o futuro do Programa de Aids. O Prof. Guedes era

muito próximo ao grupo que estava na SES-SP em 1983, quando do início do Programa, e conhecia o trabalho de Paulo Teixeira. Além disso, tinha sido professor de Maria Clara, formada na Santa Casa, e ex-residente do Depto. de Medicina Social. Desse modo, estava dada a oportunidade, que foi aproveitada, quando da confirmação do nome do novo Secretário, para a retomada e consolidação do projeto original do CRT.

Eu marco a institucionalização em 1995, quando nós reassumimos a direção do Centro de Referência, e quando nós reivindicamos esse papel, que a Coordenação do Programa tivesse a direção do Centro de Referência. Até provocando algumas reações, digamos, provocando sensibilidades, até em pessoas próximas a nós, mas acho que foi necessário, naquele momento, explicitar e clarear, depois de quanto tempo? Oito anos de processos. (PT).

Podemos dizer que esse período marcou também uma nova atualização do princípio da integralidade no trabalho da Coordenação do Programa de Aids da SES-SP. A criação do CRT atualizou e deu mais potência aos compromissos éticos e estratégias programáticas que marcavam o Programa desde o início. A formalização do seu papel institucional de Coordenação do Programa, com o fim das interdições e ambiguidades que marcaram a fase inicial do trabalho e uma conjuntura político-institucional amplamente favorável, permitiram que o CRT passasse a operar em outro patamar, graças ao exercício mais pleno das potencialidades colocadas pelo seu arranjo tecnológico e institucional.

O CRT tinha perdido seu papel na Coordenação do Programa desde 1992e, desde 1993, estava sendo dirigido pela última remanescente de seu grupo fundador inicial, Valquiria Pereira Pinto. Para Valquiria, o arranjo institucional que vigia até então, com a Coordenação do Programa no Gabinete, e o CRT com um papel mais assistencial, não precisava ser modificado, entendimento que se originava nas diferentes perspectivas dos membros do grupo original sobre o papel do CRT (Teodoresco-Laurindo; Teixeira, 2015).

Fui ser diretora de serviço quando a Valquíria foi para a diretoria do CRT em 1993. Foi um período que a gente trabalhava muito

pouco com o programa, e a gente ficou lá na direção, mas olhando muito mais para o CRT. Já era diretora de serviço naquela época. Depois, a Valquíria assume, e, quando o Paulo Teixeira... Esse é um marco, pelo menos para mim. Claro que tinha atividade antes do programa, mas eu não estava participando porque estava em outra função. Mas, em 1995, quando o Paulo Teixeira assume o programa e volta para o CRT, acho que foi uma mudança grande. Já começou em 1994 a elaboração do POA. Eu lembro, a gente ir para a Secretaria, ficar lá olhando, identificando as ações do POA, junto com a Valquíria e um grupo lá, do CRT...(RS)

Nessa nova configuração, todas as áreas do CRT – prevenção e treinamento, vigilância epidemiológica, assistência, apoio técnico, administração e RH – passaram a ter ou adensaram suas funções programáticas, respondendo à Diretoria Técnica do Centro. Maria Clara e eu não voltamos para a equipe de VE. Nós nos tornamos diretores técnicos substitutos do CRT e coordenadores adjuntos do Programa trabalhando junto ao Paulo Teixeira. Muitas ações relacionadas à articulação regional/municipal e com os serviços estabelecidas pela equipe a partir da VE, quando da interdição do papel de Coordenação ao CRT, passaram a ser feitas, desde então, a partir da Diretoria Técnica do Centro e com mais participação dos diretores da área de assistência, no que dizia respeito à rede de cuidados. Nesse novo período, Rosa de Alencar Souza assumiu a direção da área de assistência do CRT.

Veja só, eu entrei com a mudança em 1995. Então, o pré, para mim, são notícias de jornal, ou uma ou outra conversa quando eu estava no CADAIS, vocês traziam algum problema. Mas vocês traziam muito mais das questões relacionadas ao Programa do que o CRT. O CRT tinha uma diretoria, não era uma coisa... e então, eu só posso falar mesmo do CRT a partir de 1995. Então, o que eu sinto a partir de 1995, além de ser positiva essa junção, porque eu via e continuo vendo o CRT como tendo sido uma espécie de braço operacional do Programa. Então, porque o CRT foi importante para o programa, no meu ponto de vista? Porque o programa passou a ter um local onde ele tinha uma governabilidade muito alta para testar tecnologia, para realizar pesquisas que interessavam para serem difundidas na rede. Então, acho que esse foi o grande ganho para a coordenação do Programa: ter o CRT nas mãos. Ela pode ver como as coisas acontecem no dia a dia, ainda que o CRT não seja um modelo

reprodutivo em todos os locais, mas tem questões relacionadas à prática, o atendimento ao paciente, a abordagem, que eu acho que ele é uma escola para o Programa. Porque você vê o que está acontecendo no dia a dia, as dificuldades do paciente para entrar, dificuldades de acesso, dificuldades dos profissionais de lidarem com os pacientes difíceis. (CB)

A narrativa acima permite análises muito interessantes, tanto pela qualidade da reflexão quanto pela trajetória institucional privilegiada da entrevistada. Caritas era Diretora do CADAIS, Centro de Apoio do Desenvolvimento da Atenção Integral da Saúde, uma área de assessoria temática do Gabinete do Secretário criada ainda pelo Secretário Pinotti, onde ficavam os “Programas”. Assim, o CADAIS representava a estratégia para trabalhar com a Atenção Integral na SES-SP. Quando Maria Clara aceitou o convite para ser Coordenadora, Caritas era a sua chefia direta na SES-SP. Na mudança de governo, em 1995, Caritas veio trabalhar no CRT e, com sua experiência prévia, rapidamente percebeu o potencial do arranjo tecnológico da instituição na coordenação programática. (RP)

Agora, em 1995, de fato, é um marco, e, aí, eu já estava em um cargo na direção; e o Paulo Teixeira chega, retoma o grupo e começa a partir da discussão do Banco Mundial de pensar como iria identificar problemas, fazer um plano, pensar na necessidade de expandir a rede. Aí, torna muito a necessidade de capacitar esses serviços que estavam sendo estruturados, grandes e pequenos serviços, como que ia melhorar a questão da medicação, quando não tinha hospital-dia, alguns serviços não estavam no local, outros não tinham. (RS)

[...] é um período muito estratégico da própria resposta à epidemia. O número de casos também explode. Aí, a transmissão ‘hetero’ passa a ser importante. Ao mesmo tempo, tem o acordo de empréstimo, que traz recursos, e, aí, possibilita dar infraestrutura e fazer intervenção. Então, para mim, esse período é um período assim, meio de ebulição. Ebulição no sentido de que o CRT, de fato, começa a fazer a sua normativa, de inovação, de redução de danos, fazer articulação. Começa a ser um grande ponto de articulação para as ONGs também, que começam a surgir muitas ONGs. Então, passa a ser um interlocutor importante, impulsionar inclusive...Serve como uma referência para implantar os programas municipais. Com os recursos do Banco Mundial, alguns municípios começam a receber recursos, e eles, muitos deles partem do zero, outros já tinham um programa... (AG)

Fica claro nas narrativas acima que essa foi uma nova fase na resposta à epidemia no Brasil e particularmente no Estado de São Paulo. Uma característica importante desse novo momento foi o maior protagonismo, tanto do MS como das Secretarias Municipais de Saúde, na construção e execução das políticas e ações programáticas relativas à epidemia no Estado. Se o primeiro ciclo de expansão de serviços se deu basicamente ancorado nos recursos e equipamentos da SES-SP, o segundo ciclo, que então se iniciava, iria contar com importante suporte financeiro, técnico e político do MS, a crescente participação dos municípios e, novamente, com a coordenação, suporte e referência técnica, financeira e política do CRT, articulado com outras instâncias em nível central e regional da SES-SPe com a sociedade civil.

Como assinala o título dessa seção, o período de 1995 a 2000 foi “meio de ebulição” e propiciou ao CRT, no âmbito estadual, a construção de novas estratégias e arranjos de gestão programática, suporte e articulação técnica e política junto às regiões, municípios, serviços, universidade e ONGs.

Recuperarei alguns desses arranjos e estratégias que tiveram importância no conjunto das ações programáticas e, particularmente, na gestão e ampliação da rede de cuidados em HIV/AIDS. Embora tendo relação entre si, a aproximação da narrativa a esses arranjos e estratégias os tomará de forma não hierárquica e sistêmica, mas como diferentes expressões desse momento, pontos “de ebulição”.

V.C.2.2 “... acho que tem outro grande marco para a assistência...é importante, que é a pesquisa...claro é o início dos tratamentos antirretrovirais, e as nossas participações nas conferências”

No ano de 1995 também começaram a surgir tecnologias duras que iriam aumentar e mudar a qualidade do arsenal disponível na “maleta do médico”. Por um lado, houve melhora do entendimento da fisiopatologia, e otimização das tecnologias para aferir contagem dos Linfócitos T CD4 e a mensuração da Carga Viral do HIV, dois importantes marcadores da evolução da infecção pelo HIV para a Aids, da indicação e monitoramento da eficácia da TARV; por outro, ocorreu o desenvolvimento de novos medicamentos ARV de classes diferentes dos até então disponíveis e a estratégia de seu uso combinado, e não mais em monoterapia, aumentou muito a eficácia do tratamento, começando a mudar completamente as possibilidades de manejo biomédico da infecção pelo HIV.

Durante esse ano, foram tomadas duas decisões estratégicas, as quais levaram o CRT e o Programa de aids para o centro dos acontecimentos. A primeira foi o estabelecimento de uma rede estadual de laboratórios para a contagem de Linfócitos T CD3, CD4 e CD8, para dar suporte ao manejo clínico das PVHA acompanhadas no SUS-SP; a segunda foi buscar ativamente e conseguir participar do primeiro protocolo de Fase III de um medicamento ARV realizado no Brasil. Descreverei com mais detalhes como se deram e alguns dos significados dessas duas decisões.

Começo pela Rede Laboratorial. Se não existem narrativas dos entrevistados sobre esse tema, estão disponíveis alguns documentos técnicos e administrativos que permitem recuperar mais detalhes de seu funcionamento e organização (Anexo 3). Registro abaixo o texto da página de apresentação do Manual e, em seguida, comento as partes relacionadas às áreas de abrangência dos serviços atendidos pelos sete laboratórios que compunham a rede. O processo para seu

estabelecimento se iniciou em maio de 1995 e o Manual é de dezembro daquele ano, quando a rede entrou em operação.

Apresentação

A Rede de Laboratórios para a determinação de Linfócitos CD3, CD4 e CD8 da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo tem por objetivo dar suporte às **atividades assistenciais** desenvolvidas com os portadores da infecção pelo HIV/AIDS matriculados e acompanhados nos serviços de saúde do SUS-SP

A Rede, que realizará os exames de determinação [...] através de citometria de fluxo, tem a participação de Laboratórios vinculados ao Instituto Adolfo Lutz (IAL), Hemo-Rede, Instituto Emilio Ribas (IER) e ao Centro de Referência de Aids (CRAIDS) da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Santos.

As atividades de organização e operacionalização da Rede envolvem a ação articulada do IAL, das Coordenações e Direções Regionais de Saúde e do Programa Estadual de DST/AIDS contando com o apoio do Programa Nacional de DST/AIDS.

O IAL-Central é a instância que coordena a Rede sendo responsável pela definição das normas técnicas, rotinas e instrumentos utilizados na colheita, transporte e processamento das amostras, bem como pela supervisão e controle de qualidade dos procedimentos laboratoriais dos componentes da Rede.

Cabe, também ao IAL-Central a gerência administrativa da Rede no que diz respeito aos procedimentos para a aquisição dos reagentes..., a operacionalização e controle de sua distribuição e remanejamento entre os laboratórios.

As CRSs e DIRs são responsáveis pela definição das áreas de abrangência de cada laboratório bem como pela organização do fluxo e dos esquemas de transporte das amostras das unidades da SES-SP, onde será feita a colheita, até o laboratório de referência.

O Programa Estadual de DST/AIDS é responsável pela definição das normas técnicas, rotinas e instrumentos relativos à solicitação e uso do exame para melhorar o manejo clínico dos portadores da infecção pelo HIV/AIDS.

As cotas de reagentes imunobiológicos a serem enviadas a cada laboratório serão definidas pelas instâncias de Coordenação da Rede a partir de critérios epidemiológicos e operacionais. Estas cotas serão reavaliadas bimensalmente e redimensionadas sempre que possível e necessário."

Vale a pena analisar alguns aspectos desse excerto do documento, no que ele pode revelar das intencionalidades e modos de operar do CRT na construção da rede de cuidado em HIV/AIDS no SUS-SP.

Um primeiro aspecto salta à vista. Trata-se da marcação em negrito do termo “atividades assistenciais” no primeiro parágrafo, que reproduz o documento original. Esse destaque tem ao menos duas motivações. A primeira diz respeito às negociações necessárias a que fosse permitida pelo Programa Nacional a utilização dos recursos do BM, no âmbito do acordo de empréstimo, para a estruturação da rede. Nessa época, para o BM, os recursos de países pobres ou em desenvolvimento deveriam ser utilizados prioritariamente para a prevenção, assim como aqueles advindos do acordo de empréstimo Aids I, vale lembrar.

Assim, não foi fácil conseguir a autorização. Mesmo após a rede em operação, o CRT foi questionado sobre a utilização dos recursos por membros de missões do BM, em reunião de avaliação do Aids I. O princípio da integralidade foi citado nessas reuniões para justificar tal uso dos recursos, que, afinal, eram brasileiros, pois o empréstimo seria pago no final. A segunda motivação era deixar claro que aqueles exames não tinham por finalidade dar suporte a atividades de pesquisa, mas qualificar o cuidado das PVHA na rede de atenção do SUS-SP (RP).

O segundo aspecto é a quantidade razoável de instituições de diferentes instâncias atuando na gestão e execução dos diversos componentes técnicos e logísticos. Como é mencionado no texto, a operação da rede exigia a ação articulada desses vários atores institucionais, sendo descrito o papel de cada um deles. Estavam envolvidos o IAL, que é o laboratório central de saúde pública, e as instâncias regionais da SES-SP, agora denominadas Direções Regionais de Saúde (DIR), onde estavam os interlocutores que atuavam junto aos serviços estaduais e municipais. A rede tinha laboratórios do IAL, da Hemo-Rede, de serviços de saúde estadual, como o IER, e municipais, como o CRAIDS de Santos, e cobria todas as regiões do Estado.

O papel do CRT, além da normalização técnica do uso dos exames e de garantir o financiamento da rede, era coordenar a atuação desse conjunto de instituições sem ter ou querer ter uma linha de mando formal sobre elas. A estratégia de atuação reconhecia a competência técnica, a responsabilidade e os espaços de atuação institucional de cada um dos parceiros envolvidos na gestão e operação da rede, e buscava alinhar a ação de todos a partir da sua finalidade: melhorar o cuidado das PVH no SUS-SP e avaliar permanente e conjuntamente seu funcionamento a partir dos critérios técnicos, operacionais e epidemiológicos que orientavam sua organização (REF).

O que se quer ressaltar aqui são aspectos importantes dos “QUE” e “COMO” fazer da gestão programática ou sistêmica do CRT. A iniciativa, a justificativa técnica e política e mesmo os recursos para o estabelecimento da rede vieram do CRT, mas a sua montagem e operação foram realizadas pelas instituições ou instâncias responsáveis, seja pelas questões de laboratório, seja pela organização da assistência no nível regional e municipal. Assim, coube ao IAL fazer toda a especificação, a licitação e a supervisão da operação da rede nos seus aspectos laboratoriais, e às DIR, junto com os Municípios e serviços, fazer a organização logística regional para a coleta e envio das amostras. Todas as decisões organizativas da rede eram tomadas de forma colegiada com a participação dos envolvidos na parceria, e sob a coordenação do CRT. Voltarei a esse tema na perspectiva da integralidade.

O mapa que consta do Manual mostra a área de abrangência de cada um dos sete laboratórios. É possível verificar que todas as 23 DIR estavam representadas e já tinham serviços estruturados utilizando a rede. Os resultados do CD4 eram utilizados para estadiamento clínico e para orientar a utilização de profilaxias para IO e introdução e manejo da TARV. Essa foi a primeira rede pública a garantir o acesso a esse exame para fins assistenciais, e funcionou até 1999, quando o MS criou a rede nacional de CD4 e Carga Viral.

Também em 1995, o CRT participou pela primeira vez de um ensaio clínico de uma nova droga ARV. Tratava-se do primeiro estudo de Fase III, ou seja, de eficácia, realizado no Brasil, visando à sua aprovação pelo *Food and Drug Administration* (FDA). A companhia farmacêutica Merck optou por fazer o estudo em São Paulo e originalmente a USP, por meio da Casa da Aids, a UNIFESP, o HER e a UNICAMP foram convidadas a participar. De forma proativa, o Diretor do CRT buscou junto aos coordenadores do estudo a inclusão do Centro entre as instituições participantes, o que acabou ocorrendo (Lewi, 2000).

Até então, todas as drogas ARV disponíveis agiam sobre o mesmo ponto, no início do ciclo de replicação viral, bloqueando uma enzima chamada transcriptase reversa (ITR). O medicamento que estava sendo testado no Brasil era de uma nova classe, os inibidores da protease (IP), que atuavam no final do ciclo de replicação viral. A combinação desses dois tipos de medicamento em uma terapia dupla ou tripla, com dois tipos de ITR e um IP, começou a ser testada no decorrer de 1995, demonstrando uma eficácia no tratamento até então inédita, seja pela sua potência, medida por parâmetros clínicos e laboratoriais de CD4 e CV, seja pela sustentabilidade no tempo desses efeitos benéficos.

Além da Merck, duas outras companhias, Abbot e Roche, também desenvolviam seus medicamentos IP, de modo que, no final de 1995, três novas drogas para tratamento de PVHA estavam em desenvolvimento e em vias de aprovação pelo FDA. Depois de mais de quinze anos de epidemia, pela primeira vez se estava tendo sucesso sustentado no tratamento do HIV com medicamentos ARV por meio do conceito de terapia combinada, popularizada como “coquetel da aids”. O fato de o CRT estar participando de um desses estudos de Fase III junto com importantes centros universitários e de pesquisa, e a implantação da rede de CD4 no Estado, atualizaram o patamar de incorporação tecnológica do CRT e do conjunto da rede assistencial já instalada em São Paulo.

A epidemia não parava de crescer, assim como a mortalidade associada à aids. No ano de 1995 foi a maior registrada no Estado até a atualidade. Naquele ano, a

taxa de mortalidade entre os homens foi de 35 óbitos por 100 mil/hab., e de 23 por 100 mil/hab. na população como um todo. O pico da epidemia no Estado só seria atingido em 1998, mas a mortalidade já começaria a cair no ano seguinte, graças à política de acesso à TARV, com a inclusão dos IP (SES-SP, 2014).

O MS já fornecia, desde 1991, medicamentos ARV. Porém, a compra dos IP e sua distribuição em larga escala no SUS começou pelo Município de Santos, no início de 1996, e foi seguida pela SES-SP e garantida a todo o Estado no segundo semestre do mesmo ano. Foi assumida pelo MS para todo o país em 1997, inclusive por força da Lei Federal n. 9313, de 13 de novembro de 1996, mais conhecida como Lei Sarney (Teixeira, 1997; Teodorescu-Laurindo; Teixeira, 2015; RP).

Dois aspectos marcaram essa política pública e valem ser ressaltados. Por um lado, a pressão da sociedade civil e PVHA pelo acesso aos medicamentos, seja exercendo o ativismo político nas suas mais variadas formas para a compra das novas drogas pelo governo, seja utilizando a via judicial para soluções individuais, mas que também funcionaram como ação política. Por outro, a elaboração de consensos terapêuticos com base nas evidências científicas disponíveis orientaram tanto a compra dos medicamentos como sua utilização pelo SUS. Dessa forma, ocorreu um interessante jogo de forças, em que diferentes vozes se fizeram ouvir na definição das políticas e protocolos de utilização da TARV no Brasil, desde o início até os dias atuais (Teodorescu-Laurindo; Teixeira, 2015; RP).

V.C.2.3 “... Acho que a grande sacada são esses espaços coletivos”

Quando da discussão sobre a organização e gerenciamento da Rede de CD4, iniciou-se uma aproximação à construção das estratégias e espaços de articulação programáticas desenvolvidas pelo CRT, a partir da retomada de seu trabalho como instância de coordenação do Programa de Aids da SES-SP. Ela se

aproxima ainda mais como importante “espaço coletivo de articulação” programática – que foi o Fórum de Gestores, depois renomeado como Fórum de Dirigentes –, e no trabalho com os municípios para a estruturação da rede de cuidado em HIV/AIDS. Seguirei recorrendo a trechos especialmente significativos das entrevistas como recurso narrativo e disparador de análises e interpretações.

Acho que no primeiro momento tem os fóruns dirigentes. Antes dos fóruns a gente tentava com o interlocutor de regional. Isso só foi mudando a forma de atuação. A gente discutia com interlocutor regional, a gente começa a ter recursos, os municípios vêm junto (MG).

Como discutido anteriormente, O CRT contava com um interlocutor do Programa de aids em cada uma das DIR, e eram estes interlocutores que articulavam as questões programáticas com os municípios e serviços em suas bases regionais(REF). 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 acabou por criar espaços de articulação que punham todos juntos, interlocutores regionais e Coordenadores dos Programas de Aids dos Municípios prioritários. Outra questão era a atuação do MS, que estabelecia muitas vezes uma comunicação direta com os Municípios desconhecendo a instância estadual (RP).

Então, nessa época que começa o acordo de empréstimo com o Banco Mundial, e começam os programas municipais; e fortaleceu os que já estavam existentes. Mas especialmente pelo acordo de empréstimo. Para mim ficava uma coisa que era meio prensada, entre uma certa onipotência do Ministério da Saúde, que vinha e falava direto com os municípios e nós. E segundo, que a gente tinha que atuar por uma estrutura da Rede, que era mais distante ainda da atuação do Ministério. Então, a única forma de dar resposta a isso é sendo interlocutor efetivo do município também. Então, a forma de coordenar as ações no âmbito do Estado sem ser atropelado pelas iniciativas externas, do Ministério da Saúde, por exemplo, era efetivamente ser interlocutor. E ser interlocutor significava criar canais específicos de relação. Eu me lembro inclusive que o CRT era muito forte nisso. Ele dizia muito claramente para o Ministério da Saúde, - você está me

atropelando, você não tem competência e não tem atribuição para entrar aqui no Estado sem que eu saiba. (AG)

Acho que a grande sacada são esses espaços coletivos. Então, tem o fórum dirigente. Então, esses espaços coletivos de articulação, a gente leva muita coisa que a gente já pensou e elaborou. Mas, quantas vezes que a gente chegou e é absolutamente desconstruída do jeito que a gente pensou, e começa de novo. Esses espaços garantem um exercício de saber negociar, abrir mão. Não sei quais os termos mais adequados, mas faz a gente ter esse exercício, e as pessoas também se sentirem parte. Acho bem legal. A outra questão é o T do CRT, o papel do treinamento, da formação. Então, quando a gente está com os municípios nesses processos de formação, seja do médico que vem ficar aqui um tempo, o dentista que vem para ficar um tempo, um psicólogo que vem pra montar um CTA, então, pode ter a prática do que a gente está falando. Os cursos teóricos, também a gente sempre tem buscado metodologias que acreditem mais na construção do saber e aproximam as pessoas. Acho que dá uma característica para gente bem diferenciada de proximidade. As pessoas têm a gente como referência para questões cotidianas, para questões simples, para questões complexas. Então, a gente vira referência de fato. O CRT transita muito tranquilo dentro dos Municípios. Às vezes até me espanto com a relação que as outras áreas têm com os Municípios, porque a gente está muito tranquilo; e eu credito isso principalmente a esses dois fatores, que são os espaços de articulação e o nosso papel de formador. A gente sempre assumiu muito esse papel de formador. E, no espaço de formação, sempre tem muito afeto, muita proximidade; e isso traz as pessoas para perto. A gente fica próximo das pessoas, de lá pra cá e daqui para lá. (VC).

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

As narrativas abaixo são interessantes por abarcar um período que vai desde a primeira fase de trabalho do CRT, passando pelo período em que ele perde sua

função de coordenação programática e chegando ao período da retomada desse papel, a partir de 1995. A entrevistada tem uma trajetória que lhe permitiu, antes de chegar ao CRT, um olhar de diferentes períodos e lugares institucionais, mas sempre em relação com o Centro e na perspectiva da estruturação de programas municipais.

Na verdade, a minha primeira experiência foi como um interlocutor, acho que nem falei, um interlocutor em São Paulo na região 6. Naquela época eu respondia pela interlocução. A gente tinha um colegiado de gestão que tinha a coordenação municipal; tinha um colegiado com as dez regionais, e desse grupo que participava das regionais. Tinha um que estou identificando agora claramente quatro pessoas que eram do CRT, que eram a Clara, a Naila, a Marta e a Célia, que eram regiões diferentes da cidade. A Clara é da Leste, a Naila da Zona Norte, a Marta, se eu não me engano, era de Santo Amaro, e a Célia era Campo Limpo. Então, eram quatro regiões grandes da cidade que as pessoas que eram representantes no colegiado eram também do CRT. Então, a gente, naquele espaço, falava muito das questões do CRT, porque a gente fazia basicamente prevenção no município naquele momento; então, capacitava. A Tania, que trabalha aqui também, trabalhava nessa proposta. Capacitava os técnicos, as pessoas das unidades de saúde para a prevenção, e, na atenção, a gente tinha uma grande referência no CRT, que a gente chama de Emílio Ribas 2, que era a grande referência de atenção, onde acontecia. Então, com a proposta de implantação do programa no Município de São Paulo, a gente precisava capacitar as equipes técnicas. Não tinha infectologia, infectologistas nos serviços em grande quantidade. Sei que na minha região não tinha em quantidade expressiva. O que a gente começou a fazer? A gente começou a capacitar os clínicos para atendimento, para a montagem, por exemplo, de uma referência de internação no hospital do Ermelino Matarazzo, e quem foi fazer a capacitação para a gente foi o pessoal do CRT. Então, foi a Clara, a Naila, a Célia, a Rosana Del Bianco. Eles foram fazer as capacitações dos clínicos. A gente capacitou os clínicos das unidades básicas e clínico para a montagem da enfermaria no Ermelino. Foi esse meu primeiro contato, já no programa de aids, com o CRT. Depois, quando eu fui para São Vicente, já começou aquela questão do financiamento do Banco Mundial.e, então, já tinha uma articulação que o Ministério fazia com os Municípios. Foi naquele período onde o Estado ficou um pouco sem papel, em 1993, e, aí, a gente trabalhava muito diretamente com o Ministério. O Ministério falava diretamente com os Municípios, chamava a gente para reuniões. E o CRT, acredito que ele se manteve próximo dos Municípios pelas características dos profissionais, porque, em termos da

organização de SUS naquele momento, não era um momento claro dessa participação do Estado, qual era o papel, onde ele entrava e tal. Mas tinha os profissionais. O CRT manteve essa aproximação, tanto que eu me lembro da primeira oficina de POA, que a gente foi escrever, o POA que é o Plano Operativo Anual, que foi em Campinas. Estavam lá os Municípios que eram prioritários, e a gente de São Vicente éramos prioritários....(VC).

A reunião citada acima foi a mesma à qual não compareceu o então Coordenador do Programa Estadual, e levou ao convite para que Maria Clara assumisse a Coordenação do Programa.

Acho que final de 1993, início de 1994. A gente estranhou, depois conversando. Quando tinha reuniões nacionais, também a gente estranhava. São Paulo estranhava, de forma diferenciada, que a gente sentava na mesma mesa, e as decisões, quando precisava ouvir pessoas, a opinião do representante do Estado tinha o mesmo peso que cada um de nós dos Municípios. Isso era uma coisa que a gente conversava muito, porque, se tivesse a Clara, o Artur, e falasse alguma coisa, tinha o mesmo peso que eu de um município de 200 mil habitantes. Então, era muito estranho. Eu lembro muito bem dessa sensação de estranheza que causava para a gente de São Paulo, e para os outros Estados era super normal. As pessoas que estavam na reunião, cada um tinha um peso, mas para a gente não, porque o CRT já era essa referência para os Municípios, agregadora e capacitadora, principalmente capacitação. Sempre teve muito essa questão. Em São Vicente, quando a gente organizou o Programa de Aids, os profissionais vieram para São Paulo, aqui no CRT, para fazer capacitação, e a equipe do CRT foi também. Eu lembro a Catalina fazendo capacitação lá para os técnicos de odonto, indo na semana de odontologia para falar das questões de aids na odontologia. Os profissionais fizeram estágios aqui, vieram para cá também para fazer formação específica. Quando a gente foi abrir o CTA, a gente veio para cá, fizemos estágio aqui, ficou aqui uma semana fazendo estágio, formação para o CTA de São Vicente, que chamava COAS Betinho, e sempre tinha presença de pessoas daqui na cidade fazendo formação ou ao contrário(VC).

A narrativa acima se inicia explicitando dois estranhamentos. O primeiro se refere à ausência da instância estadual na reunião de Campinas, para qual o MS chamou os 17 Municípios paulistas, e também a SES-SP, para treinamento e orientação a respeito dos POA referentes aos recursos do Aids I (RP). O segundo

estranhamento se refere mais à diferença de estilos de condução entre o MS e a SES-SP na relação com os Municípios, quando dos momentos e espaços de negociação de aspectos da gestão programática. Vamos intercalar um excerto de entrevista que ilustra essa diferença, antes de retomar o curso anterior da narrativa.

... tem várias formas de fazer, né? Tem uma forma que é super vertical: baixa norma e implanta. E eu não me lembro do CRT fazer isso. Não que ele se furtava de dizer 'isso é certo, isso é errado, nós achamos que é esse o caminho, nós não achamos que esse é o caminho', mas eu não me lembro de ter um papel tão verticalizado, né? Por exemplo, o Ministério da Saúde, por um período muito longo, ele colocava ações executoras. Elas não fazem parte do processo de formulação do próprio processo de gestão? Só executar. Essa não era a característica do Estado de São Paulo (AG).

Retomando a narrativa anterior, a entrevistada saiu de São Vicente para Itanhaém, cidade que, embora também na Baixada Santista, não foi incluída no Aids I.

[...] mas tinha aquele fórum regional (na Baixada Santista) que a gente tinha as informações. Aí, sim, apareceu uma diferença importante, porque, inclusive, nessa época, o CRT começa a promover os fóruns de gestores e, aí, a gente tinha informação desses fóruns que já chegavam para esse grupo regional que a gente montou. E todos os Municípios participavam, prioritários ou não. Então, foi quando a gente conseguia acessar melhor as informações, e via o papel do CRT de forma diferenciada daquela experiência de 1994. E, mesmo assim, não sendo um município prioritário, também tivemos total apoio para a implantação do serviço. Então, compraram-se maca, computador, essas coisas básicas, que não daria conta de comprar. O Município arcou com a reforma do espaço físico para a montagem do serviço. Mas quem bancou a questão da estrutura de equipamentos, móveis, foi o CRT (VC).

As narrativas transcritas abaixo sintetizam, de forma bastante eloquente, a forma colegiada e democrática de fazer gestão programática desenvolvida pelo CRT ao longo do tempo. Mostram também o reconhecimento da importância que esses espaços de articulação tinham para a construção solidária entre os vários atores no SUS-SP para uma resposta efetiva à epidemia de aids.

[...] Eu acho que o CRT, ele veio em uma linha muito coerente. Não tem grandes mudanças do ponto de vista, por exemplo, da questão ética, das posturas dos profissionais, dessa vocação para a formação, da questão de apoio e interlocução com os municípios, do diferencial dos profissionais que atendem aqui. Então, eu acho que nessa linha veio bem coerente; e desde aquele serviço pequeno de Disk aids, que era a primeira interlocução, lá, no passado, eu vejo que continua. Acho que, em termos dessa coerência, desse jeito de estar no mundo, teve uma manutenção. Do ponto de vista do papel institucional no SUS, é muito grande a diferença de 1994, quando dá aquela perda do papel do Estado. (VC)

[...] E eu acho que é isso, você tem que ter programa, uma certa organização, mas a atitude nunca foi uma atitude de verticalizar o programa ou de colocar as regras únicas para o Estado, regras únicas para os municípios. A gente sempre respeitou o gestor municipal. Se temos problema, a gente fala: "Espera. O gestor é quem define". Aí, vamos negociar e articular com aquele gestor municipal. Sem ditar regras, e construindo. Esse é outro diferencial. A construção da resposta sempre foi muito participativa com todos os níveis de gestão. Então, apesar de ser vertical, quem construiu esse programa no Estado de São Paulo não foi a coordenação. Isso é desde sempre, mas com uma marca muito grande (MG).

[...] acho que é bastante importante. São Paulo é um dos únicos, ainda, que mantém isso. Eu acho que, se já teve em alguns outros locais, alguns outros Estados procuraram seguir esse modelo, esse padrão. Mas não é uma coisa que se faz. Isso é uma coisa que eu acho que se perdeu muito também, trazendo fragilidade para programas municipais. Essa é uma característica de São Paulo, de procurar reunir de fato os gestores, aí, mais diretos da política, para poder subsidiar, empoderar, repassar informação. São Paulo foi dos poucos que puxava essa necessidade, sempre, das reuniões. E isso, para mim, é o que mantém, ou o que ajudou a manter por um bom tempo os programas, para além da questão da troca de informação de conteúdo técnico. Também tem uma questão política por trás dessas reuniões. Então, esse duplo sentido, ali, da formação, do papel político. Isso eu acho que não pode perder, porque, se perde, perdem-se programas. (Ex-Coordenador Adjunto do Programa Nacional de DST/AIDS).

[...] Foi sempre democrática, e sempre respeitando a realidade local. Então, eu nunca vi uma postura no Estado de São Paulo de imposição de algum tipo de questão. O CRT é diferente do programa do Ministério. Ele sempre teve um olhar ainda do local. É lógico que é diferente, é complicado um Departamento querer entender o que acontece lá naquele município. Mas o CRT

também nunca se posicionou naquela maneira: "me interessa saber o que acontece no Estado; no município, o problema é seu". Nunca teve esse tipo de comportamento. Ele sempre entendeu que o Estado é um conjunto de municípios. Essa relação sempre foi bem tranquila por esse entendimento. Agora esse entendimento perdura? Uma particularidade de São Paulo que é um dos poucos Estados, São Paulo começa com o Paulo Teixeira, já acompanhado com a galera que está até hoje aí. Artur e Clara se revezaram na coordenação e eles estão coordenando desde o início, então você tem uma linha(Coordenador Municipal).

Até 1995, o CRT se reunia somente com interlocutores regionais de forma sistemática. Em 1996 houve a criação do Fórum de Gestores com os 23 interlocutores regionais das DIR e os 17 Programas de Aids dos Municípios prioritários. A partir de 1998, com o segundo acordo de empréstimo (Aids II), passaram a fazer parte do Fórum mais 18 municípios prioritários, somando-seum total de 37 Programas Municipais de Aids. (Araçatuba, Araraquara, Barretos, Barueri, Bauru, Bebedouro, Caçapava, Campinas, Catanduva, Cubatão, Diadema, Franca, Guarujá, Guarulhos, Jacareí, Jundiaí, Marília, Mauá, Osasco, Piracicaba, Praia Grande, Presidente Prudente, Ribeirão Preto, Rio Claro, Santo André, Santos, São Bernardo do Campo, São Carlos, São José do Rio Preto, São José dos Campos, São Paulo, São Sebastião, São Vicente, Sorocaba, Taquaritinga, Taubaté) (São Paulo, 2001)

Como ressaltado por vários entrevistados, esse Fórum, com seus desdobramentos regionais, foi a principal estratégia sistemática de articulação e pactuação, e um importante espaço coletivo de deliberação e formulação das políticas e ações programáticas em âmbito estadual. Na verdade, ainda que passando por mudanças na sua estrutura, nome e periodicidade de reuniões,o Fórum de Dirigentes do Programa de Aids manteve até a atualidade importante papel na organização e atuação do Programa no Estado. Também participaram do Fórum representantes do Fórum ONGs/Aids, das Redes de PVHA e Fóruns LGBT. De acordo com a pauta, participaram também outros programas ou áreas técnicas da SES-SP (IAL, IIER, TB, Hepatites, Saúde da Mulher, Criança, AB etc), outras

Secretarias de Estado (Educação, SAP, Justiça etc), o MS e outros parceiros como Universidades (RP).

Como apontado no último excerto, foi possível a manutenção de uma mesma linha na coordenação do Programa, desde a retomada da sua direção por Maria Clara, em 1994, até os dias atuais. No final de 1996, Paulo Teixeira, então Diretor do CRT e Coordenador do Programa, resolveu, por questões de ordem pessoal, retomar sua carreira internacional na UNAIDS, a qual havia interrompido para voltar ao CRT, em 1995. Naquele período, Maria Clara e eu éramos Coordenadores Adjuntos e Diretores substitutos do CRT. Em razão do afastamento de Clara, por licença maternidade, assumi a direção do CRT e a Coordenação do Programa, em novembro de 1996, ficando Maria Clara como Coordenadora Adjunta. Esse arranjo permaneceria até o final de 2005, quando Maria Clara voltou à posição de Coordenadora e eu à de Coordenador Adjunto. A partir de 2011, Rosa de Alencar Souza deixa a Gerência de Assistência Integral a Saúde para compor diretoria técnica do CRT atuando também como Coordenadora Adjunta do Programa de DST/AIDS.

V.C.2.4 “... o segundo marco é a mudança de estrutura e do local físico... a gente cresceu muito quando mudou a estrutura”

No pacote da negociação em que Paulo Teixeira reassumiu a Direção do CRT e a coordenação do Programa, também estavam três importantes mudanças estruturadoras para a atuação do CRT. Uma dizia respeito à mudança de sua sede física, de dois prédios alugados para um imóvel próprio, do Estado. Outra dizia respeito à mudança de estrutura do CRT que, de uma Divisão de Saúde, passaria a um Departamento de Saúde. A terceira seria a ampliação do Padrão de lotação do CRT, que era o mesmo desde 1994. O segundo marco, a que se refere o título acima, foi a efetivação dessas mudanças entre 1997 e 1998. No contexto

da entrevista que dá nome a esta seção, o primeiro marco foi a volta da Coordenação do Programa para o CRT, em 1995.

De fato, se 1995, como dito anteriormente, marcou politicamente a institucionalização da proposta do CRT com a designação em Diário Oficial pelo Secretário de seu Diretor como Coordenador do Programa, a estrutura formal do Centro se mantinha a mesma da publicação de 1991. Da mesma forma, o padrão de lotação do Centro também não havia tido grandes modificações em relação à sua primeira publicação formal em 1994, que será mostrada abaixo. As negociações para que as três mudanças ocorressem envolviam várias áreas da SES, de outras Secretarias de Estado e a Assembleia Legislativa (AL), uma vez que a mudança de estrutura do CRT teria que ser lá aprovada.

As mudanças de padrão de lotação e de estrutura tiveram que ser negociadas internamente, junto à Coordenadoria de Recursos Humanos, e externamente, com as Secretarias de Administração e Modernização e Secretaria de Governo, antes de serem encaminhadas à AL. Já a mudança física do CRT acabou sendo negociada com a Secretaria de Segurança Pública, uma vez que o imóvel identificado para ser a nova sede do CRT pertencia àquela Secretaria. Todos esses processos demandaram tempo e suporte político do Gabinete do Secretário e da Coordenadoria de Recursos Humanos para sua efetivação.

Olharei com um pouco mais de detalhes para cada um deles, as mudanças ocorridas e seus significados do ponto de vista do interesse na integralidade. Antes, porém, vale citar que, em 1996, o CRT deixou de ser vinculado diretamente ao Gabinete do Secretário e passou a ser uma unidade da então Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa. Naquele período, essa era a Coordenadoria na qual estavam alocados os institutos de Pesquisa da SES-SP e também aquelas instituições ligadas à área de saúde pública como o CVE, CVS, Instituto Adolfo Lutz, entre outros. Essa mudança foi negociada com a direção do CRT e pareceu bastante adequada, dada a natureza do trabalho do Centro. A Coordenadoria

mudou de nome desde então, mas o CRT continua fazendo parte dela até a atualidade (RP).

Mostrarei a seguir a mudança no padrão de lotação do CRT. O padrão de lotação formal dos profissionais das áreas técnicas do CRT foi publicado em DO no ano de 1994, e está reproduzido abaixo (FIGURA 3). Não foi publicado ou formalmente definido o padrão de lotação das áreas administrativas e de apoio .

ANEXO I	
A QUE SE REFERE O INCISO I DO ARTIGO 1º DO DECRETO Nº 39.546, DE 18 DE NOVEMBRO DE 1994	
CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO - AIDS	
Denominação	Padrão de Lotação
Assistente Social	13
Atendente	32
Auxiliar de Enfermagem	65
Auxiliar de Laboratório	6
Auxiliar Técnico de Saúde	4
Biologista	11
Cirurgião Dentista	4
Enfermeiro	36
Farmacêutico	3
Médico	75
Nutricionista	2
Psicólogo	12
Químico	2
Técnico de Laboratório	6
Técnico de Radiologia	9
TOTAL	280

Figura 3 - Padrão de lotação do CRT-DST/AIDS, 1994

Este padrão de lotação oficializou, com alguns acréscimos, o quadro de pessoal já existente no CRT quando do início de suas atividades, e com aumento advindo do

peçoal necessário para os leitos de internação, em 1992. É possível verificar o predomínio de médicos e peçoal de enfermagem, ainda que existissem também psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e farmacêuticos, sendo as duas últimas categorias em número ainda menor.

Abaixo, reproduzo a publicação do novo padrão de lotação de 1997(FIGURA 4), também atinente apenas às áreas técnicas.

ANEXO a que se refere o artigo 1.º do Decreto n.º 42.117, de 22 de agosto de 1997	
CLASSES DA L.C. N.º 674-92	PADRAO DE LOTAÇÃO
ASSISTENTE SOCIAL	20
ATENDENTE	30
ATENDENTE DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO	4
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	78
AUXILIAR DE LABORATORIO	8
AUXILIAR DE RADIOLOGIA	2
AUXILIAR TÉCNICO DE SAÚDE	7
BIOLOGISTA	18
CIRURGIAO DENTISTA	5
EDUCADOR DE SAÚDE PÚBLICA	4
ENFERMEIRO	54
FARMACÊUTICO	6
FISIOTERAPEUTA	2
MÉDICO	126
MÉDICO SANITARISTA	12
NUTRICIONISTA	4
PSICÓLOGO	19
QUÍMICO	1
TÉCNICO DE HIGIENE DENTAL	3
TÉCNICO DE LABORATORIO	8
TÉCNICO DE RADIOLOGIA	10
TERAPEUTA OCUPACIONAL	2
TOTAL	423

Figura 4 - Padrão de lotação do CRT-DST/AIDS, 1997

Com esse novo padrão ocorreu, de fato, um aumento no quadro de pessoal do CRT em todas as categorias, e mesmo inclusão de novas categorias profissionais na área de odontologia, terapia ocupacional e fisioterapia. Os médicos continuaram sendo maioria e tinham um aumento em seus quadros de 84%, enquanto os enfermeiros (50%), psicólogos (58%) e assistentes sociais (53%) tinham aumentos importantes, embora menores. Os nutricionistas e farmacêuticos, apesar do aumento de 100%, ainda permaneceram em pequeno número na instituição. Vale notar a explicitação de 12 vagas para médicos sanitaristas. Embora a carreira e a vinculação à chefia de unidades de saúde não existissem mais, o cargo de médico sanitarista ainda existia na SES-SP.

Esse novo padrão de lotação fazia par com a nova estrutura do CRT, a qual estava sendo negociada e que transformaria o CRT, em 1998, de uma Divisão Técnica de Saúde em um Departamento Técnico de Saúde, composto por seis Divisões. Reproduzo abaixo partes da publicação da criação da nova estrutura do CRT.

...DEC nº 43.475 de 24/9/1998

Altera a denominação, reorganiza o Centro de Referência e Treinamento - AIDS e dá providências correlatas

Decreta:

CAPÍTULO I

Disposições Preliminares

Artigo 1º - O Centro de Referência e Treinamento - AIDS, unidade subordinada à Coordenação dos Institutos de Pesquisa, da Secretaria da Saúde, fica reorganizado nos termos deste decreto, alterada sua denominação para Centro de Referência e Treinamento-DST/AIDS.

Artigo 2º - O Centro de Referência e Treinamento-DST/AIDS constitui-se unidade de referência normativa e de coordenação do Programa Estadual para Prevenção, Controle, Diagnóstico e Tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

CAPÍTULO II

Das Finalidades

Artigo 3º - O Centro de Referência e Treinamento-DST/AIDS, tem por finalidade:

- I - coordenar o Programa Estadual de DST/AIDS;
- II - prestar assistência médico-hospitalar, ambulatorial e domiciliar a pacientes com DST/AIDS;
- III - realizar, promover, apoiar e avaliar a investigação e a pesquisa científica em seu campo de atuação e criar mecanismos para divulgação de sua produção técnico-científica;
- IV - elaborar, promover e coordenar programas de prevenção e projetos de formação, treinamento e aperfeiçoamento, em consonância com a especificidade do Centro e as necessidades da área de saúde e de outros órgãos públicos e entidades não governamentais;
- V - propor e executar ações de vigilância epidemiológica e controle das DST/AIDS, em consonância com as diretrizes do Centro de Vigilância Epidemiológica;
- VI - elaborar e implantar normas relativas às DST/AIDS, no âmbito do SUS/SP;
- VII - promover o intercâmbio técnico-científico com outras instituições nacionais e internacionais.

CAPÍTULO III

Da Estrutura

Artigo 4º - O Centro de Referência e Treinamento-DST/AIDS tem a seguinte estrutura:

- I - Comissão de Programação e Avaliação de Pesquisas;
- II - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- III - Comissão de Prontuários Médicos;
- IV - Comissão de Farmacologia;
- V - Comissão de Ética Médica;
- VI - Comissão de Ética em Pesquisa;
- VII - Comissão de Gestão de Qualidade e Produtividade;
- VIII - Gerência de Prevenção e Treinamento, com:
 - a) Núcleo de Treinamento;
 - b) Núcleo de Informação, Educação e Comunicação;
 - c) Núcleo de Projetos Especiais;
- IX - Gerência de Vigilância Epidemiológica, com:
 - a) Núcleo de Vigilância e Controle de DST/AIDS;

- b) Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar;
- X - Gerência de Assistência Integral a Saúde, com:
 - a) Comissão de Enfermagem;
 - b) Ambulatório;
 - c) Núcleo de Pronto Atendimento;
 - d) Hospital-Dia, com Equipe de Enfermagem, em 2 (dois) turnos;
 - e) Núcleo de Internação, com Equipe de Enfermagem e Assistência Domiciliar, em 4 (quatro) turnos;
 - f) Núcleo de Especialidades, com Equipe de Enfermagem;
 - g) Núcleo de Assistência a DST;
 - h) Núcleo de Orientação e Apoio Sorológico-COAS;
- XI - Gerência de Apoio Técnico, com:
 - a) Núcleo de Informações;
 - b) Farmácia;
 - c) Núcleo de Controle e Distribuição de Medicamentos;
 - d) Núcleo de Diagnóstico por Imagem;
 - e) Laboratório, com:
 - 1. Equipe de Análises Clínicas;
 - 2. Equipe de Microbiologia;
 - 3. Equipe de Imunossorologia;
- XII - Gerência de Recursos Humanos, com:
 - a) Núcleo de Seleção e Desenvolvimento;
 - b) Núcleo de Pessoal;
 - c) Núcleo de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho;
- XIII - Gerência Administrativa, com:
 - a) Núcleo de Finanças;
 - b) Núcleo de Compras e Gestão de Contratos;
 - c) Núcleo de Infra-Estrutura;
 - d) Núcleo de Atividades Complementares;
- XIV – Biblioteca [...].

Essa publicação marcou, sem dúvida, nova e definitiva institucionalização do papel do CRT na Coordenação do Programa de Aids, ao colocar essa finalidade

como a primeira entre as várias listadas para o Centro. Vê-se também que o Centro mudou de nome e incorporou a sigla das doenças sexualmente transmissíveis, DST, uma vez que os programas foram unificados na SES-SP desde 1994 (RP).

O CRT cresceu de forma importante e passou a ter status de um Departamento Técnico de Saúde, contando com seis Gerências, quatro com *status* de Divisão Técnica de Saúde e duas (RH e Administração) apenas de Divisão Técnica.

Dados os objetivos deste trabalho, analiso inicialmente alguns aspectos relativos a novas nomenclaturas e organização da área de atenção às PVHA, segunda finalidade listada para o CRT. É interessante notar tanto o novo nome da gerência responsável pelo cuidado dos pacientes como a forma de organização que a mesma assumiu nessa nova estrutura.

A gerência foi nomeada como de Assistência Integral à Saúde. O nome é bastante revelador e explicita a filiação ao princípio da integralidade e as pretensões e aspirações trazidas por ele para a organização do cuidado das PVHA acompanhadas no CRT. Outra mudança é a organização da gerência por núcleos ou unidades de produção e não mais por recortes corporativos, como anteriormente. Assim, foram criados sete núcleos (Ambulatório HIV, HD, Internação, DST, COAS, Pronto Atendimento, Ambulatório de Especialidades) todos com equipes multiprofissionais. Note-se que se manteve uma instância de coordenação técnica da enfermagem na Gerência, bem como a especificação das necessidades de equipes dessa categoria em alguns núcleos. Todos os cargos de direção dos núcleos da Gerência ficaram abertos a todas as categorias profissionais de nível superior com qualificação para função gerencial.

O que se pretendia com essa nova organização era favorecer o trabalho multiprofissional e organizá-lo a partir das necessidades dos usuários, e não das corporações profissionais. É interessante notar que essa forma de organização dos serviços de saúde estava alinhada às proposições trazidas tanto pela Clínica Ampliada como por aquelas das Linhas e Redes de Cuidado. De fato, desde o

início dos anos 2000, passou-se a trabalhar na implantação de propostas, arranjos e dispositivos baseados nas elaborações trazidas pela Clínica Ampliada, no âmbito do CRT.

Aí, depois veio a mudança da estrutura, que eu acho que a gente cresceu muito, muda totalmente. Eu acho que tem boas e más mudanças. Eu acho que a estrutura, sem dúvida nenhuma, cresceu muito, ganhou mais capacidade de se articular, mas também, por outro, lado a gente um pouco fica mais diluído, quanto à gestão do cuidar (RS).

Retomarei a discussão sobre os desafios para a gestão dos serviços e alcances e limites dessas mudanças organizacionais mais à frente.

A estrutura formal do CRT é essa até a atualidade, embora informalmente duas novas gerências tenham sido criadas: Planejamento e Tecnologia da Informação (TI), e novos serviços assistenciais também.

Registro abaixo dois pequenos excertos da publicação que tratam das atribuições da Gerência de Prevenção e Treinamento para dar destaque ao uso que, já então, se fazia do conceito de vulnerabilidade para a orientação dos trabalhos e desenvolvimento de tecnologias de intervenção nessa e em outras áreas de atuação do Programa. Como citado anteriormente, já se trabalhava com esse conceito, tendo inclusive sido publicado no Boletim Epidemiológico de dezembro de 1997 um artigo sobre o tema (Ayres, 1997). Também voltarei a esse assunto mais adiante.

III - em relação aos materiais instrucionais e educativos:

planejar, coordenar e orientar as atividades de elaboração de materiais para as populações de maior vulnerabilidade;...

IV - promover a implantação de projetos especiais de prevenção e educação continuada, estabelecendo metodologia de atuação específica;

V - identificar, em conjunto com outras áreas de prevenção, as populações com maior vulnerabilidade às DST/AIDS;

VI - criar e avaliar modelos de intervenção junto a populações específicas, para o desenvolvimento de tecnologias;

Por fim, também no ano de 1998, o CRT mudou-se para sua sede definitiva em um prédio próprio do Estado. O local escolhido para abrigar a nova sede do CRT havia sido um Hospital da Secretaria de Segurança Pública, originalmente destinado a membros da polícia com problemas de saúde mental. O hospital tinha inclusive “celas fortes” para internação de casos mais graves. A sede atual se localiza na Rua Santa Cruz, próximo a uma estação do Metrô, de mesmo nome, na Vila Mariana, e foi cedido em comodato à SES-SP. O edifício de cinco pavimentos e seus anexos, incluindo uma casa de 1927, foi inteiramente reformado, e a nova sede do CRT foi inaugurada no mesmo setembro em que foi publicada em DO a sua nova estrutura formal.

V.C.2.5 “... *Aí depois... a pesquisa de avaliação da adesão*”

Como já comentado anteriormente, na segunda metade da década de 1990 as Agências Internacionais, como a OMS, OPAS e BM, ainda eram contrárias a que países pobres ou em desenvolvimento incluíssem em suas agendas outros aspectos que não os da prevenção na resposta a epidemia de aids. Para além das questões econômicas associadas aos preços das medicações, outro argumento utilizado era o de que a dificuldade de manejo dos ARV, fosse pelo despreparo dos sistemas e dos profissionais de saúde, fosse pelas dificuldades dos pacientes, levaria ao surgimento de cepas resistentes aos ARV, devido ao seu uso ou distribuição irregular e à baixa adesão.

Comprometido com o tratamento das PVHA, o CRT já tinha participado de um estudo em 1995 que demonstrou a eficácia de um dos novos ARV da classe dos IP. Cavia então, nessa nova conjuntura, dar sustentabilidade, avaliar e demonstrar a efetividade da política brasileira de garantia de acesso a esses novos medicamentos. É nesse sentido que o CRT construiu um grande arco de parcerias para realizar o primeiro estudo de avaliação da adesão das PVHA em uso de ARV

acompanhadas em serviços públicos do SUS no Estado de São Paulo. Afinal, a realização de pesquisas relevantes na sua área de atuação era a terceira na lista das finalidades atribuídas ao Centro em seu decreto de reorganização.

[...] a pesquisa de avaliação da adesão. Essa também foi um marco muito importante nessa questão de olhar para as evidências, de juntar vários municípios em uma pesquisa grande. Acho que deu outro patamar de legitimidade do Programa, fazendo uma pesquisa de ponta, integrada com universidades. E a gente tinha essa proposta de fazer uma pesquisa com participação maior, embora, claro, com as limitações dessa participação. Mas acho que isso foi um marco grande. Tinham 27 serviços incluídos. Então, eram vários municípios. A gente teve várias oficinas. Acho esse projeto bem importante (RS).

A partir do trabalho de capacitação e fomento da rede de SAE no Estado de São Paulo, das articulações criadas no Fórum de Gestores com as interlocuções regionais do Programa e com os dezoito municípios prioritários envolvidos no Aids I, da parceria com universidades e com o apoio do Programa Nacional de DST/AIDS foi possível realizar uma pesquisa para avaliar a adesão à TARV e outros aspectos relacionados aos serviços e as PVHA lá acompanhadas.

Esse foi o primeiro estudo de adesão aos ARV em países pobres ou em desenvolvimento. Foi realizado a partir da articulação dos atores institucionais do SUS em seus três níveis com a universidade. O estudo envolveu além do CRT, 27 serviços participantes, dos quais dezessete já sob gestão municipal, dezoito coordenações municipais e treze dos 23 interlocutores das DIR onde se encontravam os serviços participantes. Na medida do possível, todo esse conjunto de atores foi envolvido nas várias fases do estudo – elaboração do desenho, dos instrumentos, da execução e na análise dos seus resultados.

Como ressaltado na narrativa acima, a capacidade de articular uma iniciativa de pesquisa em serviço, envolvendo tantos atores e sobre um tópico de tal relevância, atestava e aumentava a capacidade e legitimidade do CRT enquanto Coordenação técnica e política do Programa de aids, inclusive para fora do Estado de São Paulo. Esse tipo de iniciativa, que consegue em um único movimento,

produzir parcerias, estreitar laços técnicos e políticos entre os participantes, e gerar evidências para avaliação das políticas e do trabalho que estava sendo realizado, foi importante dispositivo para o reforço de estratégias colegiadas de gestão e apropriação reflexiva e crítica da própria prática em saúde no SUS.

Além dos ganhos trazidos pelo próprio processo da pesquisa, seus resultados e desdobramentos futuros também foram bastante importantes, tanto em relação aos objetivos técnicos, políticos e programáticos que deram origem ao estudo como ao estabelecimento de estratégias sistemáticas de avaliação da qualidade dos serviços no país e seu impacto na adesão aos ARV entre as PVHA. Analiso, então, esses aspectos com um pouco mais de detalhe.

Os resultados dessa pesquisa, cujo campo foi realizado durante os anos de 1998 e 1999, foram apresentados inicialmente em uma publicação do MS (Nemes, 2000a). Como mencionado, esse era o primeiro e, até então, único estudo de avaliação de adesão aos ARV em países não ricos e mostrou uma prevalência de não adesão de 31%, ou seja, 69% dos 1141 pacientes entrevistados disseram ter tomado a medicação corretamente nos últimos três dias antes da entrevista.

Como discutido na publicação, ficou demonstrado que o nível de adesão nos serviços públicos em SP não era diferente daquele encontrado em estudos até então realizados em Baltimore (202 pacientes), Londres (114 pacientes) e San Francisco (388 pacientes), com taxas de adesão semelhantes, de 60%, 75% e 78% respectivamente (Nemes, 2000a). Esses resultados tiveram grande importância na garantia da sustentabilidade da política de distribuição de TARV no Brasil e foram utilizados tanto pelo Programa Nacional como por entidades não governamentais em fóruns internacionais para a defesa da política brasileira de distribuição de TARV (Nemes, 2000a).

As variáveis que se mostraram estatisticamente associadas a um maior ou menor grau de adesão nas análises multivariadas nesse estudo foram a qualidade dos serviços onde a PVHA era acompanhada, faltar a consultas médicas agendadas e ter baixa renda. De fato, a não adesão variou entre um mínimo de 18,5% a um

máximo de 44,1% entre as unidades caracterizadas como de maior e menor qualidade, a partir dos critérios utilizados no estudo. Tais critérios envolviam, entre outros, disponibilidade e qualidade de recursos humanos, estrutura e acesso a insumos, exames, medicamentos e referências para o cuidado das PVHA (Nemes, 2000a).

Foram também realizadas avaliações de caráter qualitativo e observações em serviço dos atendimentos realizados pelos diversos profissionais, com maior foco nos médicos e enfermeiros por serem em maior número e presentes em todos os serviços. Pode-se observar a existência de três padrões ou grupos entre os profissionais médicos. Um atendimento que poderia ser caracterizado como mais integral ou ampliado, com grande vinculação e escuta das necessidades das PVHA; um segundo grupo, que constituía a maioria, em que predominava uma abordagem mais restrita e centrada em aspectos biomédicos do cuidado, e um terceiro grupo, minoritário, que apresentava um padrão de clínica menos desejável caracterizado como de “queixa-conduta”, com muito pouca interação e escuta das necessidades das PVHA, e mesmo insuficiências importantes em aspectos biomédicos do cuidado (Nemes, 2000a).

Ao apontar a relação entre os tipos de serviço e o grau de adesão, sem deixar de considerar aspectos relacionados às PVHA, este estudo deu destaque à importância de se avaliar continuamente a qualidade dos serviços. Deu relevo também a aspectos relacionados a alcances e limites da rede de cuidado em HIV/AIDS então constituída no SUS-SP na perspectiva de uma atenção integral, e contribuiu na elaboração de estratégias de atuação para sua melhoria. Outro dos frutos dessa iniciativa foi a criação do Qualiaids, importante processo e instrumento de avaliação da qualidade dos serviços que atendem atualmente PVHA no SUS em todo Brasil (Nemes, 2004, 2009).

V.C.2.6 “... Com os recursos do Banco Mundial, começam de fato várias implantações de serviços ambulatoriais”

Como já mencionado, no decorrer da década de 1990 ocorreu o segundo ciclo de ampliação e descentralização da rede de cuidados em HIV/AIDS em São Paulo. Dessa vez com uma importante participação do MS por meio de recursos advindos dos acordos de empréstimo com o BM e próprios na compra dos ARV, na manutenção de redes de suporte laboratorial de CD4 e CV e nas políticas de repasse financeiro e de suporte técnico às ações. Os municípios também passaram a ter, principalmente após a edição da NOB 96, uma participação e um protagonismo cada vez maior na Gerência direta dos serviços de saúde e nos processos de gestão e pactuação do SUS. Adicionalmente, a partir de 1998, com o segundo acordo de empréstimo com o BM (AIDSII), 37 municípios paulistas receberam recursos oriundos do MS para ações na área de HIV/AIDS.

O trabalho do CRT no suporte técnico e material, e na capacitação de RH para que esse segundo ciclo de ampliação dos serviços ocorresse, também foi muito grande. Utilizarei duas publicações produzidas no ano de 1998, as quais permitem avaliar e documentar tanto o trabalho do CRT na capacitação e formação das equipes como a expansão dos serviços de assistência e da rede de cuidados em HIV/AIDS no SUS-SP.

No ano de 1998, o Programa Estadual de Aids de SP completava o seu 15º ano de existência e foi, então, produzida uma publicação que avaliava as diversas atividades que vinham sendo realizadas pelo CRT (SES-SP, 1998) . Também nesse ano foi elaborado pela Unidade de Assistência do Programa Nacional um relatório de atividades referentes à implantação de serviços assistenciais em todo país no âmbito do Aids I (MS, 1998).

O material produzido para marcar os quinze anos do Programa Estadual de DST/AIDS foi chamado de Relatório Especial. Era bilíngue, pois ainda se fazia necessário divulgar e defender a política brasileira de acesso à TARV no âmbito internacional. Embora o relatório abordasse o conjunto das atividades político-

programáticas desenvolvidas nas áreas de Prevenção, VE e Assistência, focarei naquelas relativas à organização da rede de cuidados em HIV/AIDS, reproduzindo abaixo a página inicial do bloco referente à assistência às PVHA.

A ASSISTÊNCIA MÉDICA A PORTADORES DE HIV/AIDS NO ESTADO DE SÃO PAULO

O Centro de Referência e Treinamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS é uma instituição da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e, além de atuar como coordenação do Programa Estadual de DST/AIDS (PE-DST/AIDS), presta assistência médica e psicossocial a portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV/AIDS.

A área de Assistência do PE-DST/AIDS optou, no período de 1995-98, pela implementação de serviços descentralizados através da melhoria da infraestrutura e do apoio diagnóstico, e da capacitação de recursos humanos e assessoria técnica para implantação de serviços nas modalidades assistenciais de serviços ambulatoriais especializados, hospital-dia e assistência domiciliar terapêutica.

Expansão dos Serviços de Atendimento ao Portador de HIV/AIDS no período de 1993 a Abril /1998

Modalidades assistenciais	1993			1998		
	Capital	RMS*	Interior	Capital	RMS*	Interior
Serviços de assistência especializada	35	12	13	21	13	118
Hospital - Dia	4	—	—	14	4	39
Assistência domiciliar terapêutica	—	—	—	9	2	8
Nº de Hospit. Credenc.	—			119		
Nº de leitos	—			840		

Fonte: Guia Positivo – CRT/DST/AIDS
* Região Metropolitana de São Paulo.

Expansão dos Serviços de Atendimento ao Portador de HIV/AIDS no período de 1993 à Abril /1998 – Hospitais e Casas de Apoio

Modalidades assistenciais	1993	1998
Hospit. Credenc.	não disponível	119
Leitos	não disponível	840
Casas de Apoio	10	23
Vagas em Casas de Apoio	367	676

Fonte: Guia Positivo – CRT/DST/AIDS

MEDICAL ASSISTANCE TO HIV/AIDS POSITIVE PATIENTS IN THE STATE OF SÃO PAULO

The Center for Reference and Training in Sexually Transmissible Diseases and AIDS is an institution of the São Paulo State Health Department which, in addition to coordinating the State Program of STD/AIDS (SP-STD/AIDS), renders medical and psychosocial assistance to patients with Sexually Transmissible Diseases and HIV/AIDS.

In the period between 1995 and 98, the Assistance Department of SP-STD/AIDS decided to decentralize its services by improving its infrastructure and providing better diagnosis support. In order to accomplish that, it also improved human resources training and technical assistance, which were necessary to implement specialized services, such as the day hospital and home therapeutic assistance.

Expansion of Services to HIV/AIDS Patients from 1993 to April/1998

Type of Care	1993			1998		
	Capital	SPMR*	Rural area	Capital	SPMR*	Rural area
Specialized Care Services	35	12	13	21	13	118
Day Hospital	4	—	—	14	4	39
Home Therapeutic Assistance	—	—	—	9	2	8
Nº of Accred. Hospital	—			119		
Nº of beds	—			840		

Source: Guia Positivo – CRT/DST/AIDS
* São Paulo Metropolitan Region.

Expansion of the Services to HIV/AIDS Patients between 1993 to April 1998 Hospitals and Support Houses

Type of Care	1993	1998
Accredited Hospitals	not available	119
Beds	not available	840
Support Houses	10	23
Vacancies in Support Houses	367	676

Source: Guia Positivo – CRT/DST/AIDS

Figura 5 - Relatório Especial 1998 - Assistência à PVHA no Estado de São Paulo

É possível ver o importante aumento e a consolidação no decorrer de cinco anos de uma Rede e de um modelo de atenção às PVHA no SUS-SP. Esse modelo envolvia diferentes tipos de serviço, como os ambulatórios especializados, os HD, os leitos de internação, assistência domiciliar e até mesmo as casas de apoio. Essa gama de modalidades assistenciais, incluindo a dimensão do suporte social das casas de apoio, buscava dar conta da integralidade do cuidado em diferentes momentos e necessidades das PVHA.

Fica patente a enorme descentralização e o caráter regionalizado da Rede com a implantação de muitos serviços, principalmente no interior do Estado. Dessa forma, como apontava o relatório, estavam disponíveis, no mínimo, entre dois a três SAE, que serviam de referência ao cuidado no âmbito de cada uma das DIR do Estado. Quanto à logística de medicamentos para a TARV, esse mesmo relatório informa que existiam à época 47 polos de distribuição, um aumento de mais de 50% em relação a 1993, os quais estavam sob gestão das DIR e repassavam os ARV para municípios e serviços. Vinte e cinco mil PVHA estavam em acompanhamento na rede e em uso de TARV no Estado de São Paulo em 1998.

É importante ressaltar que esse conjunto de serviços não era homogêneo. O resultado do estudo de adesão mostrou de forma bastante clara, quanto à infraestrutura, disponibilidade e capacitação das equipes multiprofissionais, qualidade e integralidade do cuidado, quando avaliado em termos dos parâmetros utilizados no mesmo. Embora somente 27 dos 154 serviços tivessem participado daquela avaliação da adesão, eles eram bastante representativos da diversidade existente na Rede naquele período.

É importante dizer também que a Coordenação do Programa tinha ciência dessa diversidade e que, de fato, não se esperava que todos os serviços nas diversas modalidades assistenciais tivessem a mesma infraestrutura ou equipe de RH. Também não foram estabelecidos parâmetros rígidos, nem de infraestrutura, nem de equipes mínimas para denominar um serviço como SAE ou HD. Sendo assim,

a rede teve necessariamente um caráter heterogêneo uma vez que, embora comprometida com a melhoria constante dos serviços, a estratégia de descentralização da coordenação do programa priorizava a implantação das modalidades assistenciais dentro das possibilidades e realidade de cada região, município e serviço de saúde (RP).

Reproduzo abaixo a página do relatório especial referente aos treinamentos realizados pelo CRT entre 1994 e 1998, bem como o número de profissionais capacitados no período.

Regionais de saúde, ONG's, serviços de saúde). Com este processo, aliado à implantação e implementação de ações preventivas, o consumo de preservativos subiu de 300 mil/mês em 1995 para 1 milhão/mês em 1996. Atualmente, este consumo gira em torno de 1,2 milhões/mês.

Treinamentos

Esta área é responsável pela formação e desenvolvimento de recursos humanos para atuarem em relação às DST/AIDS de todo o PE-DST/AIDS. Tem como atividades planejar, executar e avaliar todos os treinamentos da esfera central, assim como assessorar aqueles descentralizados. A seguir, apresentaremos dados relacionados ao total de profissionais capacitados:

Training Area

This area is responsible for the training and development of human resources to work in the entire STD/AIDS program. Its activities include planning, carrying out and evaluating all training from the headquarters, as well as providing assistance to decentralized training. The following information relates to the total number of trained professionals:

Número de Cursos Realizados por Área Programática de 1994 a 1998 (Centralizados e Descentralizados)

Área	1994	1995-6	1997	1998	Total
Prevenção	06	50	25	30	111
Assistência	15	86	05	38	144
Vigilância Epidemiológica	11	38	40	02	91
Logística	0	10	04	00	14
Total	32	184	74	70	360

Number of Courses Offered by Program Area from 1994 to 1998 (Centralized and Decentralized)

Área	1994	1995-6	1997	1998	Total
Prevention	06	50	25	30	111
Assistance	15	86	05	38	144
Epidemiology Surveillance	11	38	40	02	91
Logistic	0	10	04	00	14
Total	32	184	74	70	360

Número de Treinandos

Ano	Nº
1994	1.244
1995-6	10.449
1997	3.666
Total	18.685

Number of Trainees

Ano	Nº
1994	1,244
1995-6	10,449
1997	3,666
Total	18,685

Figura 6 - Relatório Especial 1998 - Capacitações e Treinamentos

As tabelas indicam a enorme quantidade de treinamentos e profissionais treinados nas principais áreas programáticas durante esse período. A área que mais realizou cursos foi a de assistência. Como já ressaltado em algumas entrevistas, o CRT, além do treinamento, também comprava equipamentos e mobiliário para viabilizar a estruturação dos serviços estaduais e municipais principalmente, mas também em municípios não elegíveis para convênios ou projetos com o MS, utilizando os recursos repassados ao Estado advindos dos acordos de empréstimo com o BM.

[...]e eu acho que o CRT tem uma coisa muito importante, que dá muita autonomia para o Programa, que é o CRT ser uma unidade orçamentária. Porque ele pode tomar decisões sobre coisas a serem adquiridas, sobre apoios a serem dados para os municípios, enfim...(CB).

Desde 1991, o CRT é uma unidade orçamentária da SES-SP, ou seja, pode gerir seu orçamento e executar as suas aquisições, principalmente por ser uma unidade envolvida no cuidado direto de pacientes, e não por suas características programáticas. Porém, por ser a instituição responsável pela Coordenação do Programa, os recursos oriundos do MS para as ações específicas em HIV/AIDS sempre foram orçamentados no CRT, desde 1995. Como informado na página 4 do Relatório Especial, entre 1994 e 1998 foram repassados pelo MS, no âmbito dos acordos de empréstimo, US\$ 13 milhões para a SES-SP, além dos US\$ 80 milhões de recursos próprios da SES-SP alocados no CRT para o conjunto de suas atividades.

Embora proporcionalmente menor, o recurso advindo do MS era extremamente importante por permitir custear atividades estratégicas de capacitação, articulação tecnopolítica e aquisição de insumos e equipamento para o Programa, cuja cobertura pelo orçamento estadual não seria tão grande. Isso, sem dúvida, foi fundamental para a expansão e consolidação da rede. Da mesma forma, o processo de municipalização no SUS, aliado à política de convênios do MS com aqueles considerados prioritários por critérios epidemiológicos no âmbito dos

acordos de empréstimo com o BM, também injetou recursos e suporte técnico político para o estabelecimento dos Programas de Aids e dos serviços para PVHA das Secretarias Municipais de Saúde.

Analisarei agora o documento produzido pela Unidade de Assistência do Programa Nacional de DST/AIDS, também de 1998, e que fez um balanço das atividades realizadas para a estruturação da rede em HIV/AIDS no período de 1994 a 1998, e trouxe também uma avaliação dos SAE e ADT em nível nacional. O documento tratou da implantação das modalidades assistenciais no âmbito do SUS para o cuidado de PVHA por meio do credenciamento de leitos hospitalares e da implantação e implementação de SAE, HD e ADT. O documento recuperou as Portarias e demais normalizações ministeriais feitas para a inclusão da internação de PVHA em leitos convencionais e de HD na tabela do SUS, e a criação de códigos específicos de AIH. Apresentou também um histórico e uma avaliação das diversas estratégias de financiamento e treinamento para a estruturação e capacitação da rede, e um diretório com o número de Hospitais com leitos credenciados e SAE, HD e ADT cadastrados por unidade federada naquele período. Trouxe ainda três anexos com o histórico das AIH por aids no país, o perfil da rede de SAE cadastrada em nível nacional e um monitoramento dos projetos de ADT.

Transcrevo abaixo parte desse documento, que trouxe o perfil dos SAE no país naquele período.

[...] Em resposta à demanda assistencial crescente o MS concebeu, de forma inovadora, o Programa de Alternativas Assistenciais. Este Programa baseou-se em Projetos de implantação de Serviços, alternativos à assistência convencional, que apresentassem conceitos individualizados de níveis de atenção, resolutividade diagnóstico-terapêutica e que estabelecessem mecanismos de referência e contra-referência com os Serviços da rede pública de saúde.

Desta forma, em nível ambulatorial, desenvolveu-se o conceito de Serviço de Assistência Especializada (SAE); em nível de hospitalização convencional promoveu-se as alternativas de

assistência dos tipos Hospital-Dia (HD) e Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT).

Em comum, o atendimento nestes Serviços deveria ser assegurado por equipes multidisciplinares com o objetivo de oferecer uma assistência humanizada e de qualidade, baseada na atenção integral do paciente e sua família. Com propósitos secundários e de enfoque em custo- benefício, projetos como HD e ADT deveriam contribuir para com a redução de demanda de internação hospitalar, de permanência nos leitos hospitalares e portanto, contribuir para com a redução de gastos pelo SUS...

Dois aspectos interessantes podem ser ressaltados desse excerto. Embora as experiências dos Estados, particularmente aquelas de São Paulo, não fossem mencionadas, as características do modelo de atenção apresentado pelo MS para o cuidado das PVHA estava claramente baseado naquele que foi sendo desenvolvido pelo Programa de Aids de SP desde a década de 1980. O segundo aspecto, particularmente importante para os propósitos deste trabalho, e também ancorado nesse mesmo modelo de atenção, foi a menção explícita à busca pela humanização e integralidade do cuidado às PVHA e suas famílias a ser ofertado pelos serviços em suas diversas modalidades assistenciais.

No excerto abaixo, transcrito do mesmo relatório, são apresentadas informações sobre todos os treinamentos realizados pelo Programa de DST/AIDS do MS entre 1994 e 1998 para a capacitação de equipes de todo país nas três modalidades assistências.

Os treinamentos em SAE

De abril de 1994 a abril de 1998, a Coordenação organizou a realização de 10 treinamentos para capacitação de equipes para implantação de SAE. Todos esses cursos foram de 40 h e ocorreram no Centro de Referência em Aids em São Paulo (SP).

Foram capacitados cerca de 270 profissionais.

Foi gasto cerca de R\$ 150.000,00 na realização destes treinamentos.

A média de custo por treinando foi de R\$ 555,00.

Os treinamentos em HD

De abril de 1995 a abril de 1998, a Coordenação organizou a realização de 10 treinamentos para capacitação de equipes para implantação de HD. Esses cursos foram de 40 h e ocorreram em sua maioria no Instituto Emílio Ribas em São Paulo (SP). Um treinamento foi realizado no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (RJ).

Foram capacitados cerca de 215 profissionais.

Foi gasto cerca de R\$ 135.000,00 na realização desses treinamentos.

A média de custo por treinando foi de R\$ 630,00.

Os treinamentos em ADT

De novembro de 1994 a abril de 1998 foram realizados 11 treinamentos em ADT. Esses cursos foram de 40 h e ocorreram em sua maioria em Santos, com o apoio da Secretaria de Saúde.

Outras instituições que forneceram esses treinamentos: o Hospital das Clínicas de Recife (PE) e a Secretaria de Saúde de Campinas.

Foram capacitados cerca de 215 profissionais.

Foi gasto cerca de R\$ 140.000,00 na realização desses treinamentos.

A média de custo por treinando foi de R\$ 650,00.

Todos os treinamentos de SAE foram realizados pelo CRT, assim como o HER e o Programa de Aids do Município de Santos, além de Campinas, realizaram respectivamente a enorme maioria dos treinamentos de equipes de HD e ADT. Fica bastante evidente a importância do Programa de Aids de São Paulo no desenvolvimento desse modelo de atenção por meio do reconhecimento de algumas de suas principais instituições como referências para organização e capacitação das equipes e dos novos serviços da rede de alternativas assistenciais para o cuidado das PVHA em todo país naquele momento.

Outro dado bastante interessante trazido pelo relatório foi o diretório dos serviços cadastrados e de leitos para PVHA credenciados junto ao MS por unidade federativa (UF), até meados de 1998. Reproduzo abaixo os mapas apresentados no relatório.

Figura 7a - Rede de Hospitais Dia, Brasil 1998

Figura 7b - Rede de Serviços Ambulatoriais Especializados, Brasil 1998

Fonte: Relatório MS

Figura 7c - Rede de Atendimento Domiciliar Terapêutico, Brasil 1998

Comentarei dois aspectos que podem ser vistos nesses mapas. Em primeiro lugar, a relativa desproporção do número de serviços por unidade federada, incluindo a ausência de SAE, HD e ADT em estados do Norte e Nordeste do país, e o grande peso de São Paulo na composição da Rede. O segundo aspecto diz respeito à diferença entre o número serviços do Estado de São Paulo no cadastro nacional e aquele apresentado no Relatório Especial produzido pelo CRT e apresentado anteriormente.

Um primeiro foco de análise em relação à desproporção na distribuição dos serviços, ainda que não o único, são as diferenças na dimensão e impacto da epidemia em cada Estado e região do país naquele período. Do início da epidemia até 1998 foram notificados ao MS um total de 3.184 casos de aids na região Norte. Somente em São Paulo, nesse mesmo período, foram notificados 91.536 casos. A incidência em 1998 estava em torno de seis casos por 100 mil/hab. no Norte e no

Nordeste, e alcançou o seu pico máximo em São Paulo naquele mesmo ano, com 35 casos por 100 mil/hab. Ocorreu aumento na incidência de casos no Sul e Centro-oeste do país nesse período (Anexo X).

Já a taxa de mortalidade variou em torno de dois óbitos por 100 mil/hab, não se alterando entre 1995 e 1998 no Norte e Nordeste. Por outro lado, apresentou queda de 23,2 para 13 por 100 mil/hab. em São Paulo naquele mesmo período. Apenas o DF apresentou uma redução maior na mortalidade por aids, indo de 13,5 para 6,7 óbitos por 100 mil/hab., entre 1995 e 1998. A taxa não caiu no Sul, ficando em torno de sete óbitos por 100 mil/hab., e teve redução no Rio de Janeiro (18,8 para 12,4 óbitos por 100 mil/hab.) e em Minas Gerais (6,4 para 4,3 óbitos por 100 mil/hab.) nesse período (Anexo X).

Um segundo foco de análise a ser considerado na desproporção na distribuição dos serviços pelas UF é a capacidade de construção da resposta pelos programas de aids de cada SES e SMS nos diversos contextos políticos institucionais de estados e municípios. Esses contextos e as respostas que foram construídas configuram diferentes gradientes de vulnerabilidade programática que se refletem tanto na configuração e efetividade da rede de cuidado às PVHA como no comportamento das taxas de mortalidade. Parte integrante desse quadro e da análise dessas diferenças são a própria adequação e apropriação do modelo de atenção proposto nas diversas realidades político institucionais dos estados e municípios em todo país. Voltarei a esse tema, bastante relevante no contexto deste trabalho.

Analiso, então, o segundo aspecto levantado pela visualização dos mapas. As diferenças nos números de HD, de SAE e ADT apresentados no relatório do MS e do Programa de Aids de SP se devem, principalmente, aos critérios adotados na definição desses serviços. Com mencionado anteriormente, não foram definidos em São Paulo critérios rígidos de infraestrutura e de equipe mínima para que um serviço recebesse a denominação de SAE, HD e ADT. O mesmo não se aplicava ao MS.

A coordenação em SP trabalhava com a ideia da implantação de “atividades assistências” de HD ou de assistência ambulatorial especializada para PVHA, que podiam ser organizadas em diferentes serviços como ambulatórios de especialidade ou centros de saúde, ou ainda em estruturas prioritariamente dedicadas como o CRT, na medida das possibilidades e necessidades de cada local do Estado (RP). Assim, em SP, todos os serviços que efetivamente acompanhavam PVHA entraram na listagem, a despeito da diversidade no tamanho e composição das equipes, no número de pacientes e na infraestrutura disponível.

O excerto abaixo, transcrito do Relatório do MS, mostra a diferença de abordagem em relação aos critérios utilizados na caracterização e denominação dos serviços de HD pelo MS e pelo Programa de Aids de SP.

"Os pequenos HD"

Paralelamente à constituição dessa rede de HD que se caracterizou, através do credenciamento no SUS, como "oficial", notamos o aparecimento de uma rede de pequenos HD, ou seja, Serviços que pelas suas dimensões físicas, ou nº de pacientes em acompanhamento, não se enquadram nos critérios mínimos, estabelecidos pelo MS, para credenciamento, mas que tem um papel assistencial bastante importante no contexto de saúde local. Nesse exemplo, enquadram-se vários Serviços do Município de São Paulo e outros do interior do estado e das demais regiões do país.

De fato, no Relatório Especial do CRT constam 57 HD, enquanto no Diretório do MS estavam cadastrados apenas 12 HD. Todos esses “Pequenos HD” constavam na tabela do Relatório do CRT, sendo os principais “responsáveis” pela diferença encontrada. As mesmas considerações podem ser feitas em relação à diferença no número de SAE no Estado, nas referidas publicações: 152 serviços eram assim denominados pelo CRT em seu relatório, enquanto apenas 34 atendiam ao conjunto de critérios estabelecidos pelo MS para tal denominação. Da mesma forma que os “pequenos HD”, esses SAE tinham “um papel assistencial muito importante no contexto de saúde local”, compondo com os demais, maiores e mais

bem estruturados, uma rede descentralizada e regionalizada para o cuidado das PVHA no âmbito do SUS-SP.

Não há juízo de valor na comparação entre os critérios adotados pelo MS ou pelo CRT na denominação dos serviços. Apenas os identifico para explicar as diferenças numéricas encontradas nos documentos. Porém, mais importante é ressaltar as convergências e sinergias existentes entre o modelo de atenção e o trabalho de estruturação da rede de cuidado em HIV/AIDS desenvolvidos pelo CRT e pelo Programa de DST/AIDS do MS naquele período. Convergências no que diz respeito às características principais do modelo de atenção, seja nas modalidades assistenciais propostas, seja na busca por um cuidado humanizado, integral e de qualidade. Sinergias, pois o segundo e mais significativo ciclo de expansão e consolidação da rede de cuidados em HIV/AIDS no SUS-SP contou com a participação e parceria decisiva do MS, e o mesmo pode ser dito sobre o papel e a importante participação do Programa de Aids de SP no suporte ao primeiro ciclo de estruturação e capacitação da rede de cuidados em HIV/AIDS em nível nacional, coordenado pelo MS a partir de 1994, com o início do Aids I.

V.C.2.7 “... Quando começamos a discutir um planejamento estratégico ... o que é fazer gestão, e qual é a missão do programa...”

Para encerrar a narrativa referente a esse período que vai de 1995 ao início dos anos 2000, recuperarei o processo de construção, bem como os resultados do primeiro Planejamento Estratégico do Programa de DST/AIDS do Estado de SP. O processo de elaboração foi realizado entre os anos 2000 e 2001 e representou a formalização e explicitação na forma de um Plano Estratégico de um conjunto de conceitos norteadores, estratégias, objetivos e de ações programáticas que já vinham sendo utilizados, e outros a ser desenvolvidos no SUS-SP para a resposta à epidemia de aids. O relatório com os resultados desse processo de Planejamento Estratégico se encontra no Anexo XX.

Antes de examinar esse relatório, vale a pena identificar alguns marcos do caminho percorrido pelo CRT até a realização desse processo de planejamento estratégico.

[...] um acordo de empréstimo em 1994, em que a gente começa a lidar com planos operativos anuais (POA), em que começamos a fazer planejamento. Porque esse é o diferencial nosso. Esse acordo de empréstimo com o banco mundial, mais que a questão do recurso, ele nos levou a anualmente planejar o que a gente iria fazer. Anualmente, de 1994 até hoje, a gente elabora planos, a gente aprendeu a lidar com isso. Então, eu acho que foi um ganho o acordo de empréstimo, que a gente não valoriza. Essa coisa de fazer planos operativos, aprender o que é elemento de despesa, a valorizar a questão da administração do recurso. Porque eu percebo que em várias áreas da Secretaria não valorizam essa questão da administração do recurso. Tivemos que aprender a administrar o recurso. Então, em 1994 o acordo de empréstimo com o Banco Mundial tem uma importância, tanto para o CRT quanto para o Programa. Porque para o CRT também, ele teve que aprender a lidar com isso... (MG)

De fato, como explicitado na narrativa acima, as demandas colocadas para a elaboração e prestação de contas dos Planos Operativos Anuais que embasavam os convênios e repasses de recursos do MS no âmbito dos acordos com o BM ajudaram a sedimentar uma cultura de planejamento e avaliação das ações e recursos programáticos pelo CRT. É importante dizer, por outro lado, que os POA eram elaborados a partir das necessidades identificadas como prioritárias pela coordenação do programa, e não necessariamente de acordo com as regras do BM como mostrou o episódio da Rede de CD4.

O Programa Nacional de DST/AIDS dava suporte aos estados e municípios na área de planejamento e avaliação, e contava por sua vez com o apoio do Banco Mundial e da UNAIDS para essas atividades. Nesse contexto, uma Organização chamada *Management Science of Health* do Brasil (MSH) prestou assessoria em dois processos de avaliação e planejamento bastante importantes. O primeiro deles foi a adaptação e posterior aplicação no final da década de 1990 de um instrumento de *Autoavaliação dos Processos Gerenciais* (APROGE). Este

instrumento, originalmente desenvolvido para a ONG, e que foi adaptado no Brasil para os Programas de Aids, trazia critérios e uma metodologia para uma autoavaliação de dimensões importantes da gestão (Missão e planejamento, gestão de RH, de insumos e recursos financeiros e estratégias para a sustentabilidade financeira e política institucional), com a elaboração de um plano de melhoria com metas para alcançar estágios mais desenvolvidos em cada uma das dimensões gerenciais avaliadas.

O APROGE teve uma outra importância enorme para nós. O APROGE instrumentalizou a gente. Trabalhamos com as diferentes dimensões. Fazíamos planejamento. A gente não tinha missão. Então, vamos fazer a nossa missão. A gente não faz bem a nossa administração financeira... Eu tenho conteúdos que vieram desde aquele momento. E as ONGs também participaram desde aquele momento. (MG)

Então, apesar de ser “vertical”, quem construiu esse programa no Estado de São Paulo não foi a Coordenação. Isso é desde sempre, mas com uma marca muito grande. Quando começamos a discutir um planejamento estratégico em que a gente começa a discutir o que é fazer gestão, e qual é a missão do programa. Então, na discussão, quando começamos a perceber qual é a diferença de coordenação de programa para programa, e descobrir que nós não somos o programa, a gente coordena esse programa, aí, eu acho que demos um salto. Também foi um momento marcante. Nós fizemos uma discussão em que a gente fala: “Não, nós (o CRT) não somos um programa, o programa está no Estado. O programa ele tem que ser construído por todos os diferentes envolvidos, é de município, é de ONG, é de todos” (MG).

O segundo processo mencionado no trecho acima, e que também contou com o apoio do Programa Nacional e da MSH, foi o próprio Planejamento Estratégico do Programa de Aids de São Paulo. O trabalho com o APROGE foi realizado apenas com a diretoria do CRT. Naquela avaliação, como explicitado na narrativa acima, ficou mais evidente o papel do CRT como coordenação de um programa que contava com o protagonismo de vários atores na sua construção e gerenciamento ao longo do tempo. Assim, o Planejamento Estratégico pôde ser feito a partir dos acúmulos adquiridos nessa discussão e também a partir das experiências de gestão colegiada e participativa do Programa que o CRT já vinha desenvolvendo

junto aos interlocutores regionais, Programas Municipais de Aids, outras áreas da SES-SP, outras Secretarias de Estado e as ONG/Aids.

Foi outra história interessante. O Júlio Barrios (do PN-DST/AIDS) montou um curso de planejamento. Olharam e falaram: "Vai lá" (risos), precisava ter alguém. Então, eu tinha esse conhecimento da gestão que, naquela hora ajudava para falar essa língua. E fui lá para o curso. Foi super legal fazer aquele curso, e eles deram varias técnicas de planejamento. A gente saía de lá tudo doutor de planejamento com o Júlio Barrios (risos). Aí, a UNAIDS estava facilitando, patrocinando os processos de planejamento dos Estados, e saímos do curso com calendário que São Paulo tinha que fazer também seu plano estratégico. Então, eu tinha sido a pessoa que tinha ido no curso e tinha essa tarefa de fazer isso aqui. E, aí, começamos esse processo com algumas visitas, *Management Science for Health* com o APROGE, mas eu não peguei o APROGE. Eles fizeram mais diretamente com vocês, vieram e aplicaram. Nesse planejamento não, era com a gente junto. Então, tinha uma certa tensão. Tinha hora que era mais nós, tinha hora que era mais eles. Mas, enfim, foi saindo um processo de planejamento. Tinha a Marta Azenha, que cuidava pelo Programa Nacional, cuidava de São Paulo, e eu era a dupla dela como apoiadora local. Aí, foi o planejamento. Em 2000, eu tinha um ano aqui. A gente ficava preparando a oficina e aquele sofrimento: como é que faz, como é que não faz. E saiu o plano estratégico (risos). (SS)

Abordo nesse ponto alguns aspectos importantes para os objetivos deste trabalho, os quais podem ser discutidos a partir da análise de partes significativas do relatório do Planejamento Estratégico. Abaixo está apresentada cópia da página do relatório com os créditos institucionais e também de todos os atores e instituições participantes do processo de planejamento estratégico (SES-SP, 2001).

Secretário Estadual de Saúde - José da Silva Guedes

Coordenador dos Institutos de Pesquisa – José da Rocha
Carvalho

Coordenador do Programa Estadual de DST/AIDS - Artur
Kalichman

Coordenadora Adjunta - Maria Clara Gianna

Equipe Técnica do CRT-DST/AIDS: Alexandre Gonçalves, Ana
Lúcia Carvalho Monteiro, Angela Tayra, Cáritas Relva Basso,

Catalina Riera Costa, Denise Lotufo Estevam, Edjane Maria Vasconcelos Falcão, Fernanda Neves Dias, João Bosco Alves de Souza, José Reinaldo da Piedade, Joselita Maria Guimarães Caraciolo, Julio Cesar Barroso Pacca, Karina Wolffenbuttel, Leda Fátima Jamal, Ligia Rivero Pupo, Maria Cecília de A. Palhares, Maria Aparecida da Silva, Maria da Penha R. de Oliveira, Maria Filomena C. Aoki, Mario Luiz Scale, Mariliza Henrique da Silva, Naila Janilde Seabra Santos, Paulo Cesar Soares Mineiro, Renato Barboza, Reynaldo Bonfim da Paz, Rosana Del Bianco, Silvia Aparecida Costa da Piedade, Sonia Regina Santos Conceição, Stella Maris Heloisa S. Bueno, Vilma Cervantes, Wedja de Almeida Springer.

Fórum de Gestores: Direções Regionais de Saúde do Estado de São Paulo de 1 a 24, Municípios de Araçatuba, Araraquara, Barretos, Barueri, Baurú, Bebedouro, Caçapava, Campinas, Catanduva, Cubatão, Diadema, Franca, Guarujá, Guarulhos, Jacaréi, Jundiaí, Marília, Mauá, Osasco, Piracicaba, Praia Grande, Presidente Prudente, Ribeirão Preto, Rio Claro, Santo André, Santos, São Bernardo, São Carlos, São José dos Campos, São José do Rio Preto, São Paulo, São Sebastião, São Vicente, Sorocaba, Taquaritinga, Taubaté. Fórum de Organizações Não Governamentais que atuam na área de HIV/AIDS (Fórum ONG/AIDS). Instituto Adolfo Lutz, Coordenadorias de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo e Interior, Coordenadoria de Planejamento em Saúde, Secretaria de Estado da Segurança Pública de São Paulo, Secretaria da Educação do Estado de São Paulo, Secretaria da Justiça do Estado de São Paulo.

Apoio: Coordenação Nacional do Programa de DST/AIDS – Área de Planejamento e *Management Sciences of Health* do Brasil - MSH

Coordenação e redação final: Sara Romera da Silva

É possível observar que o, então denominado, “Fórum de Gestores”, o qual existia desde meados da década de 1990 em conjunto com representantes das gerências do CRT, formou o coletivo responsável pela elaboração do Plano Estratégico do Programa de Aids de SP. O Fórum tinha uma ampla gama de representantes da área da saúde, tanto do nível central da SES-SP, com representantes das duas Coordenadorias de Regiões de Saúde (CRS) e da Coordenadoria de Planejamento em Saúde (CPS), como dos níveis regionais, por meio dos interlocutores do Programa nas 24 DIR vinculadas à CRS. Também participavam

os 36 municípios prioritários por meio de seus Programas de DST/AIDS. O movimento social estava representado por três membros do Fórum de ONG/AIDS. O Planejamento contou também com representantes de outras Secretarias de Estado, buscando responder de forma mais integral e intersetorial às demandas trazidas pela epidemia, com apoio e participação do MS.

Esse processo de construção coletiva do Planejamento Estratégico em um mesmo movimento reconhecia o protagonismo, a importância e o papel de cada um dos partícipes a partir de sua inserção político-institucional, e implicava todos na construção e gestão democrática e colegiada do Programa. Dessa maneira, exercendo seu papel de coordenação, o CRT pôde mais uma vez criar um espaço de negociação e de elaboração que reforçava o vínculo e a responsabilidade de todos os sujeitos implicados com o planejamento e a gestão do Programa de Aids no SUS-SP.

A introdução do documento faz um histórico de como o processo de planejamento foi desenvolvido em parceria com o MS, e qual a metodologia utilizada. Grupos de Trabalho (GT) menores eram escolhidos por todos, com representação das várias instituições e do Fórum de ONG. Os produtos desses GT eram posteriormente validados por todo o grupo. Assim, em um processo de construção coletiva entre os anos de 2000 e 2001, foi elaborada a missão do Programa, uma análise de situação da epidemia e da resposta até então construída, que embasou as propostas dos objetivos gerais, estratégias, objetivos específicos e ações nucleares do Planejamento Estratégico do Programa de Aids de SP para o período de 2002 a 2005.

Analiso agora a missão do Programa de Aids de São Paulo, reproduzida abaixo da forma como ficou definida nesse processo de Planejamento Estratégico.

É MISSÃO DO PROGRAMA ESTADUAL DE DST/AIDS:

“Diminuir a vulnerabilidade da população do Estado de São Paulo em adquirir Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e HIV/AIDS; buscar a melhoria da qualidade de vida das pessoas afetadas e reduzir o preconceito, a discriminação e os demais impactos sociais negativos das DST/AIDS, pautados pela ética e pelo compromisso com as políticas de promoção da saúde e da cidadania, em consonância com os princípios do SUS[...].”

É possível verificar que o conceito de vulnerabilidade, já utilizado desde meados da década de 1990 pelo CRT para aumentar a capacidade de compreensão dos determinantes e a efetividade da resposta a epidemia, ganhou maior centralidade nessa formulação da missão do Programa de Aids. Outro aspecto que também trouxe a marca da busca pela integralidade foi a amplitude dos compromissos assumidos pela missão, que incluíam a promoção, prevenção e assistência em DST e HIV/AIDS, e também aqueles relacionados ao pleno exercício dos direitos de cidadania e ao combate ao preconceito e à discriminação das PVHA.

Assumir formalmente na missão do Programa trabalho na perspectiva da vulnerabilidade e da promoção dos direitos de cidadania significa um compromisso técnico, ético e político que busca reconhecer a centralidade dos sujeitos afetados e suas necessidades de saúde na definição das políticas e, ao mesmo tempo, a responsabilidade pela efetivação dessas políticas para a diminuição da vulnerabilidade social, programática e individual da DST/AIDS.

Analiso, então, as estratégias definidas no processo de planejamento, reproduzidas abaixo.

São estratégias do Programa Estadual de DST/AIDS para os próximos quatro anos:

E1. Participar ativamente nas instâncias de pactuação, gestão e controle social do SUS – COSEMS, CIB, CES, CMS, e das instâncias internas (CIP, CPS, CSRMGSP, CSI e CRH) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

E2. Contribuir para o fortalecimento e implementação da capacidade gerencial e desenvolvimento tecnológico de todas as instâncias de gestão, planejamento e avaliação do SUS, envolvendo as ações estratégicas em DST/HIV/AIDS no Estado de São Paulo, com vistas a garantir a sua sustentabilidade.

E3. Contribuir e participar ativamente na formulação, implantação, implementação e consolidação de políticas públicas relacionadas às DST/HIV/AIDS, junto às outras Secretarias de Estado e demais instâncias dos poderes públicos.

E4. Estabelecer e fortalecer parcerias com a sociedade civil, as universidades e o setor privado do Estado.

E5. Articular com as áreas de interfaces da Secretaria de Estado da Saúde a incorporação efetiva das ações de atenção em DST/HIV/AIDS na rede básica de saúde.

E6. Monitorar a tendência da epidemia de HIV/AIDS no Estado de São Paulo e identificar os fatores que alteram seu perfil de morbimortalidade e letalidade.

E7. Aprimorar o sistema de informação de DST, HIV, aids, SC e acidentes com material biológico nas instâncias municipais, regionais e estadual com particular atenção às DST.

E8. Ampliar o acesso da população e aprimorar a qualidade das ações de prevenção em DST/ HIV/AIDS junto à rede básica de saúde do Estado.

E9. Ampliar o acesso dos portadores e aprimorar a qualidade da atenção integral em DST/HIV/AIDS junto à rede de saúde do Estado.

E10. Fortalecer a rede laboratorial de apoio às ações de DST/HIV/AIDS.

E11. Desenvolver nos setores governamentais e não governamentais uma cultura de promoção à saúde e às ações de prevenção em DST/HIV/AIDS orientada para as populações mais vulneráveis e institucionalizadas no Estado.

E12. Incorporar o referencial de direitos humanos como um tema transversal nas diferentes ações do Programa Estadual.

E13. Estabelecer e adotar uma política estadual de comunicação social em DST/ HIV/AIDS.

Dados os objetivos deste trabalho, concentro minha análise na discussão de algumas dessas estratégias, ainda que o conjunto das mesmas seja bastante significativo no que tange à amplitude das ações desenvolvidas pelo Programa. Começarei pelas duas primeiras, que dizem respeito à gestão. Em seguida, discutirei as estratégias ligadas à qualidade da atenção integral em DST-HIV/AIDS na rede, e aquela relacionada à incorporação do referencial dos direitos humanos.

Reproduzo abaixo (Figura 9), excertos do Relatório do Planejamento Estratégico referentes à análise de resposta, e aos objetivos e ações relacionados às duas primeiras estratégias.

Planejamento Estratégico – 2002 a 2005
pg. 13

III. ANÁLISE DE RESPOSTA

Legenda

- O que está funcionando e deve ser mantido?
- O que está funcionando e pode ser expandido e/ou aprimorado?
- O que não está funcionando e precisa de uma nova resposta?
- O que nem foi considerado, mas é relevante?
- O que não é relevante e deve ser abandonado?

GESTÃO

1. INSTITUCIONALIZAÇÃO

- Estruturação da Coordenação do PE e do CRT juntos.
- Formalização do Fórum de Gestores.
- Estruturação de inúmeras Coordenações municipais.
- Articulação com COSEMS/ CB/ CIR/ Conselhos Estadual e Municipais de Saúde.
- Ampliação do canal de interlocução entre nível central, regiões, DIR, municípios e áreas programáticas.
- Processo de supervisão de forma integrada.
- Existência de equipe mínima para gerência de programas de DST/Aids.
- Estruturação das Coordenações em todos os níveis para participação no processo da NOAS.

Figura 8 - Planejamento Estratégico 2002-2005 - Análise de Resposta

É possível observar que o conjunto dos atores envolvidos no Programa de Aids de São Paulo validava a opção de manter o CRT como instância de coordenação do Programa, e validava os arranjos de gestão compartilhada representados pelo Fórum de Gestores e a estruturação de novos Programas Municipais de Aids. Por outro lado, apesar de reconhecer a importância e a efetividade desses arranjos gerenciais, ficava clara a necessidade de buscar uma maior integração com as instâncias formais de gestão e pactuação, com vistas a garantir a sustentabilidade e maior institucionalização do Programa no SUS. Os objetivos específicos e ações relacionadas e essas estratégias encontram-se reproduzidos abaixo.

V. _____ OBJETIVOS ESPECÍFICOS(O) E AÇÕES NUCLEADORAS ASSOCIADAS A ESTRATÉGIAS

- E.1. Participar ativamente nas instâncias de pactuação, gestão e controle social do SUS – COSEMS, CIB, CES, CMS, além das instâncias internas (CIP, CPS, CSRMGSP, CSI e CRH) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
- O.1. Obter o apoio do CES, da CB e, de no mínimo, 50% dos CMS e das CIR para o debate e aprovação das decisões prioritárias para o desenvolvimento das ações em DST/HIV/AIDS.
- a) Elaborar documento técnico e logístico que subsidie as propostas a serem pactuadas nas instâncias de gestão colegiada.
- b) Incorporar na pauta da CB a discussão e pactuação de papéis e responsabilidades frente à gestão e financiamento das ações estratégicas de DST/HIV/AIDS até 2004.
 - Definir e pactuar na CB competências para aquisição de preservativos masculinos e femininos e de gel lubrificante para adultos e adolescentes.
 - Definir e pactuar na CB que as ações de prevenção em DST/HIV/AIDS e SC como aconselhamento e

grupos educativos sejam entendidas como de atenção básica.

- Definir e pactuar na CB competências para aquisição de testes diagnósticos para HIV e outras DST.
- Definir e pactuar na CB competências para a incorporação dos agentes de prevenção ao SUS.
- Definir e pactuar na CB a definição de recursos para produção de material educativo e instrucional para populações mais vulneráveis e/ou institucionalizadas relacionados à prevenção e assistência às DST/HIV/AIDS.
- Definir e pactuar na CB a definição de recursos para a aquisição de medicamentos ainda não pactuados para IO e DST.
- Elaborar portarias que instituem comissões regionais de supervisão com a participação do nível local e das áreas técnicas afins (planejamento, VE e VISA).

c) Fomentar a discussão nas CIR da pactuação de papéis e responsabilidades frente à operacionalização das ações de DST/HIV/AIDS no nível regional.

- Incluir na pauta de discussão das CIR proposta de pactuação de responsabilidades pelos insumos para ações de prevenção e assistência às DST/HIV/AIDS (preservativos, testes diagnósticos e medicamentos para HIV/DST/SC e IO).
- Incluir na pauta de discussão das CIR: hierarquização da rede regional (prevenção, diagnóstico e assistência) para referência e contra referência.

d) Incorporar na Agenda Estadual de Saúde, no Plano Estadual de Saúde, nas PPI de Assistência e ECD, nas PDR e nos Planos Municipais de Saúde, o financiamento e as referências para as ações de DST/HIV/AIDS.

E.2. Contribuir para o fortalecimento e implementação da capacidade gerencial e desenvolvimento tecnológico de todas as instâncias de gestão, planejamento e avaliação do SUS, envolvendo as ações estratégicas em DST/HIV/AIDS no Estado de São Paulo, com vistas a garantir a sua sustentabilidade.

O1. Estruturar as instâncias de gestão em DST/HIV/AIDS em todos os níveis até 2003.

- a) Institucionalizar o fórum de gestores até 2002.
- b) Realizar eventos regionais para sensibilização de gestores municipais, quanto à importância da existência de instâncias formais de coordenação das ações de DST/HIV/AIDS.
- c) Incentivar a implantação de instâncias municipais de coordenação de programa de DST/HIV/AIDS em todos os municípios sede de módulos assistenciais do Estado, de acordo com os princípios da NOAS-2000.
- d) Estruturar fóruns regionais de integração nas 24 DIR até 2004.
- e) Contribuir para a institucionalização de uma estrutura de informática para suporte dos sistemas de informação em saúde.
- f) Desenvolver softwares que possibilitem conexão em rede de todos os níveis gerenciais.
- g) Desenvolver instrumentos que permitam aprimorar o gerenciamento dos programas estadual e municipais.
- h) Desenvolver capacitação permanente para 100% das instâncias de gestão.
- i) Manter avaliação das modalidades assistenciais em DST/HIV/AIDS em 100% dos municípios prioritários do ESP.
- j) Reestruturar e ampliar o processo de supervisão, envolvendo os diferentes níveis de atenção até 2002.
- k) Definir equipe multiprofissional mínima para RD, aconselhamento e prevenção.
- l) Desenvolver, no mínimo, cinco núcleos de capacitação em DST/HIV/AIDS no Estado até 2003.

Esse conjunto de propostas mostra claramente a intenção de garantir a sustentabilidade política e financeira das ações programáticas prioritárias de promoção, prevenção e assistência em DST-HIV/AIDS por meio da sua inclusão em todas as instâncias e instrumentos de pactuação e planejamento formais do SUS-SP. Mostram também que o CRT (e o Programa de Aids) atuava em parceria com os municípios, mas por uma óptica sistêmica de organização regional da rede

de atenção, estando sintonizada com as propostas e diretrizes emanadas da NOAS, e vendo nas Comissões Intergestoras Regionais (CIR) um importante espaço de pactuação das responsabilidades pelo financiamento e gestão da rede em HIV/AIDS no nível regional do SUS-SP.

Já as ações propostas para a segunda estratégia visavam a fortalecer a capacidade gerencial específica em DST/AIDS por meio da capacitação das equipes do Programa nos diversos níveis de atuação no SUS, da criação de sistemas de apoio com base em Tecnologias de Informação e da manutenção e ampliação de espaços de articulação e pactuação tecnopolítica do Programa de Aids. Novamente é feita referência à NOAS e à importância da existência de “instâncias municipais de coordenação do Programa nos municípios sedes dos módulos assistências” para a organização da rede regional de atenção em DST/AIDS.

Discuto agora alguns aspectos da estratégia relacionada à ampliação do acesso e ao aprimoramento da qualidade da atenção integral em DST/HIV/AIDS. Inicialmente, reproduzo abaixo excerto da análise de resposta referente a essa estratégia (Figura 9).

3. ATENÇÃO A PORTADORES DE HIV/AIDS

- Assistência aos portadores de HIV/AIDS no âmbito dos SAE.
- Disponibilização de anti-retrovirais.
- Disseminação das ações que estimulam a adesão aos anti-retrovirais.
- Ampliação do acesso aos exames de CD4/CV.
- Inclusão de ginecologista e pediatras na equipe mínima dos SAE.
- Disponibilização dos medicamentos para profilaxia e tratamento das infecções oportunistas.
- Garantia de serviços de referência, em especial para demandas cirúrgicas.
- Supervisão dos serviços, especialmente em relação à indicação e uso de ARV.
- Padronização da abordagem dos portadores de HIV/Aids nas casas de apoio.
- Aprimoramento do trabalho de equipe multiprofissional.
- Adoção de tecnologias que facilitem a integração e articulação de equipe.
- Acesso aos exames especializados e às especialidades para Infecções oportunistas.
- Adequação da assistência nos HD ao perfil da epidemia.
- Articulação e integração com o Programa de Saúde Mental.
- Assistência aos portadores de HIV/Aids nos presídios e delegacias (proposta em andamento).
- Atividades de aconselhamento aos portadores de HIV/Aids.
 - A proposta de acompanhamento dos portadores de HIV/Aids na rede básica.
 - Tratamento e notificação das hepatites B e C para os portadores de HIV/Aids.
- Implantação das ações de redução de danos para os portadores de DST/Aids nos serviços.
- Garantia de acesso ao diagnóstico de HIV/Aids para populações jovens confinadas (FEBEM) e presídios.

Figura 9 - Planejamento Estratégico 2002-2005 - Análise de Resposta

É possível observar que o conjunto dos atores validava o modelo de atenção e o papel dos SAE no cuidado das PVHA, bem como o acesso e as atividades para adesão a TARV que eram desenvolvidas nestes serviços. Por outro lado, descartava o acompanhamento das PVHA na rede básica. Grande conjunto de atividades realizadas demandava melhorias no que diz respeito ao cuidado multiprofissional, ao trabalho em equipe e às articulações para referências com outros serviços do SUS.

Fica claro o reconhecimento da necessidade de ampliação da clínica e de uma maior integralidade do cuidado quando as atividades de aconselhamento e de

articulação para atenção em de saúde mental para PVHA apareceram em vermelho, ou seja, não estavam funcionando a contento. Também eram reconhecidas as carências no cuidado com as populações mais vulneráveis, como usuários de drogas, menores em situação de risco e presidiários.

Por fim, analiso a estratégia relacionada à incorporação do referencial dos direitos humanos como tema transversal ao conjunto das atividades do Programa. Abaixo, reproduzo excerto relativo a esse tema.

8. PROMOÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS

Obs: Este é um tema transversal e deve ser contemplado na área de desenvolvimento institucional e gestão.

- Incorporação do tema em alguns projetos / ações. Ex.: Ouvidoria, Projetos “Profissionais do Sexo” e , “Redução de Danos”, na Resolução sobre Presídios e Fórum HSH.
- Incorporação com ampla discussão dos D.H. como enfoque transversal importante nas várias áreas do PE.
- Participação nos Espaços Institucionais (SES) onde a questão está sendo discutida. Ex: conselhos, grupo da CIP sobre Violência, etc.
- Reconhecimento da prevenção em DST/HIV/Aids como questão de D. H. na formulação de políticas públicas.
- Criação de espaço institucional que estimule o enfoque de D.H. nas ações do PE.
- Recomendação aos municípios de criação de ouvidorias, nos moldes do CRT.

Figura 10 - Planejamento Estratégico 2002-2005 - Análise de Resposta

O referencial aos DH já estava implícito na missão do Programa quando o mesmo fez referência à necessidade de reduzir o preconceito, a discriminação e outros impactos sociais negativos associados à epidemia. Essa dimensão do respeito às diferentes identidades de gênero e raça, orientações sexuais, e da garantia de direitos de saúde e cidadania a usuários de drogas, profissionais do sexo e populações privadas de liberdade (como parte central das ações de promoção e prevenção) foi ressaltada nesse documento. Da mesma forma, a referência à criação de ouvidorias trouxe uma proposta concreta de arranjo organizacional dos

serviços de saúde, voltada à escuta das necessidades e manifestações de seus usuários e trabalhadores, o que também foi reconhecido como uma ação de humanização do cuidado.

Chego ao final do relato sobre o processo de Planejamento Estratégico e com ele encerro a narrativa do período de “ebulição”, que vai de 1995 a 2001. De fato, o Programa de Aids de SP iniciou o século 21 com uma missão cujo enunciado incorpora e atualiza alguns dos sentidos da integralidade que já vinham orientando suas ações, como o conceito de vulnerabilidade e o referencial dos direitos humanos.

O Programa de Aids em SP tem também, no início dos anos 2000, um modelo e uma rede de atenção orientada pela busca de cuidado integral e estruturada, operando de forma descentralizada e regionalizada, e garantindo o acesso a TARV para mais de 45 mil PVHA. A implantação desse modelo de atenção foi também promovida pelo Programa Nacional em todo país, configurando uma Rede nacional de alternativas assistenciais para cuidado de PVHA. Essa rede, ainda que heterogênea em relação à sua distribuição no país e à qualidade e integralidade do cuidado ofertado nos serviços que a compunham, teve impacto importante na redução da mortalidade por aids, particularmente em São Paulo e em algumas outras unidades federadas.

O CRT e o conjunto de atores do Programa de São Paulo construíram também, nesse período, estratégias colegiadas e democráticas de gestão programática e da rede de cuidado em DST/HIV/AIDS as quais foram capazes de produzir pactuações bi e tripartite para seu funcionamento efetivo, as quais precisavam ser incorporadas e validadas nas instâncias formais do SUS para a garantia de sua sustentabilidade.

Sigo, então, nessa narrativa, avançando pela primeira década do século XXI.

V.C.3 De 2002 a 2010 um período de vento a favor

V.C.3.1 “... depois dessa fase de estruturação... a questão da adesão, de uma mudança grande por causa dos antirretrovirais...”

Como apontado no final da seção anterior, durante os anos 1990 foram consolidadas as bases de estruturação, tanto do CRT como da rede de cuidados em HIV/AIDS no SUS-SP. Desde o início dos anos 2000, e até a atualidade, o CRT trilha o caminho da qualificação da rede, dos seus espaços de gestão e organização e do cuidado ofertado pelas equipes às PVHA acompanhadas nos serviços. Identificarei, na perspectiva da busca pela integralidade, marcos e desafios importantes colocados para a gestão da rede de atenção em HIV/AIDS na primeira década dos anos 2000.

No ano de 2003, o Programa de DST/AIDS de São Paulo completou 20 anos de existência, e foi editada uma publicação atualizando aquela editada por ocasião dos 15 anos (SES-SP, 2003). As informações e discussões relativas à assistência aos PHIVA contidas nessa publicação permitem mapear a constituição da rede naquele período, e os desafios apontados para sua melhoria na perspectiva da qualidade e integralidade do cuidado ofertado em HIV/AIDS.).

Na publicação de 1998, a rede descrita era composta de 152 SAE, 57 HD, 840 leitos convencionais, 19 ADT e 676 vagas distribuídas em 23 Casas de Apoio geridas por ONGS/AIDS. Em 2003, segundo a publicação, existiam 170 SAE, 54 HD, o mesmo número de leitos e 27 ADT. O número de vagas em casas de apoio não foi informado, mas, apareceu listada a rede de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), os quais, naquele período, eram 39. É possível verificar uma pequena expansão no número de SAE e de equipes de ADT durante esse período, e uma maior valorização da rede de CTA, refletindo a importância que vai

ganhando o diagnóstico da infecção pelo HIV no conjunto das estratégias de prevenção e cuidado.

Após ressaltar todo o esforço e investimento despendidos na montagem da rede, foi mencionado no documento que “Com a rede estruturada, as preocupações voltaram-se para o estabelecimento de diretrizes orientadoras...assumindo, portanto, um caráter mais qualitativo”. O texto apontou também novos cenários para a assistência, representados pela “ampliação dos recursos terapêuticos, aumento da sobrevida, mudança do perfil epidemiológico”, com a maior participação de mulheres, a pauperização das PVHA e o grande número de UDI em tratamento.

Apesar dessa preocupação com a qualidade e organização da rede, também foi ressaltado que o trabalho de implantação de serviços e capacitação de profissionais continuava sendo uma atividade ainda preponderante. De fato, a publicação informou que, entre 1999 e 2003, a área de assistência realizou um total de 139 treinamentos, quase o mesmo número que os 144 realizados entre 1994 e 1998.

O texto também apresentou algumas atividades que vinham sendo realizadas no sentido da qualificação da rede de cuidados. Elas diziam respeito “ao aprimoramento do trabalho da equipe multiprofissional buscando a articulação e integração das atividades”, e também arranjos voltados ao estímulo da adesão com “capacitação das equipes multiprofissionais para a utilização do consenso de Terapia ARV”, a “ampliação do aconselhamento para os portadores de HIV para além do pré e pós teste”, implantação de ações de redução de danos em serviço e “de abordagem ao dependente de drogas lícitas e ilícitas portadores de HIV/AIDS e ampliação da assistência à mulher HIV positiva”.

Foram, então, discutidos alguns resultados obtidos até aquele período pela expansão da rede de serviços, que, naquele momento, dispensavam TARV para 55.050 PVHA, da rede de laboratórios de CD4 (25 laboratórios) e CV (20 laboratórios) que orientavam o manejo clínico da indicação e utilização dos

medicamentos ARV. Foram apresentados dados sobre redução de morbidade associada à aids, bem como de internações hospitalares e uso de medicamentos para IO.

Utilizando os dados do boletim do MS é possível verificar que a taxa de mortalidade por aids no Estado de SP foi de 9,4 por 100 mil/hab. em 2003, representando uma queda de 60% quando comparada ao pico da mortalidade, 23,2 por 100 mil/hab., ocorrido em 1995. No conjunto do país, a mortalidade caiu 36% nesse mesmo período, indo de 9,8 para 6,4 por 100 mil/hab., puxada pela queda em SP e no DF. De fato, a mortalidade por aids tinha subido ou parado de cair no restante das unidades federadas naquele período (MS, 2014).

O documento sobre a assistência mostrou ainda um tópico com o título “Desafios para os próximos anos”. Após destacar os sucessos que as políticas públicas estavam obtendo, o texto apontou novas questões e desafios colocados para o cuidado das PVHA na conjuntura de maior sobrevida e mudanças no perfil da epidemia. Foram elencados aspectos sobre a qualidade e integralidade, que se referiam tanto ao âmbito da gestão da atenção das PVHA nos serviços como ao da gestão sistêmica ou programática da rede de cuidados em HIV/AIDS.

No âmbito do cuidado das PVHA, foram levantadas questões de natureza biomédica relacionadas ao uso da TARV, tais como o aumento da importância da co-infecção com a Hepatite B e C, pois, devido ao aumento da sobrevida das PVHA, podiam evoluir para formas mais graves. Citou a necessidade de lidar com o manejo cada vez mais complexo da TARV e dos efeitos colaterais a ela atribuídos, como alterações do metabolismo das gorduras e açúcares.

O documento afirmou que “prescrições de alta qualidade e adesão a TARV asseguradas são condições fundamentais para a eficácia e efetividade da política de atenção aos PVHA”. Porém, chamou atenção também para questões relativas à necessidade de fortalecimento do cuidado multiprofissional, “visando a integralidade das ações de saúde”. O texto reconheceu que “ainda há muitos desafios a serem superados na organização das instituições. Da mesma forma, as

ações de aconselhamento para PVHA, nos aspectos relacionados a sexualidade, concepção-contracepção, pares discordantes, efeitos colaterais dos medicamentos, ainda precisam ser aprimoradas”. Também foi colocada a necessidade de ampliação das atividades de redução de danos em serviço, bem como de se organizar uma proposta abrangente para o cuidado de saúde mental, com os usuários de drogas.

Atender às necessidades específicas das mulheres vivendo com HIV e seus direitos reprodutivos foram desafios também reconhecidos. As demandas trazidas pelo cuidado das crianças portadoras de HIV/AIDS que atingiam agora a adolescência, trazendo questões associadas à sexualidade, reprodução e entrada no mercado de trabalho, além daqueles colocados pela revelação do diagnóstico também foram apontados. As dificuldades para a administração da PEP nos casos de violência sexual e de pares discordantes também foram levantadas no documento.

Neste tópico também foi citada a pesquisa realizada pela Coordenação Nacional, que avaliou a qualidade dos serviços ambulatoriais em 7 unidades federadas, incluindo São Paulo (Nemes, 2004).

Esse estudo, realizado pela mesma equipe do Departamento de Medicina Preventiva da USP que trabalhou no estudo de adesão em parceria com o CRT no passado, deu início ao Qualiaids. Tal como já se tinha visto naquele estudo, foi ressaltado no texto que a rede de SAE em SP era heterogênea, apresentando serviços classificados nos estratos de qualidade mais altos e também, ainda que minoritários, nos mais baixos. Foi, então, colocada a necessidade de supervisões, suporte técnico e de melhoria de infraestrutura para esses serviços.

Além da publicação citada no parágrafo anterior, relacionada ao Qualiaids, outros estudos e iniciativas que também buscavam avaliar e promover a qualidade e a integralidade do cuidado em HIV/AIDS nos SAE estavam sendo realizados em São Paulo nesse período. De maneira geral, esses estudos confirmavam e aprofundavam as discussões sobre as dificuldades e desafios apontados na

publicação dos 20 anos do Programa para a qualificação dos serviços, para a organização das equipes e do trabalho multiprofissional, e para a efetivação da integralidade do cuidado.

Vale ressaltar que esses estudos tiveram a participação de profissionais que trabalhavam nos serviços municipais e no próprio CRT. Aqueles desenvolvidos pela *Enhancing Care Initiative* (ECI), que envolvia o suporte da indústria farmacêutica e a participação de instituições acadêmicas como Harvard e USP, também contaram com a parceria do CRT e com a participação de técnicos dos programas municipais de DST/AIDS (Silva, 2002;; Oliveira, 2004). Deve-se mencionar que as atividades realizadas no âmbito do ECI resultaram em novos estudos e publicações (Paiva et al., 2011; Souza et al., 2011; Paiva et al., 2007; Lopes et al., 2007; Ayres et al., 2006; Marques et al., 2006; Ayres et al., 2004; Segurado et al., 2003; Paiva et al., 2002; Marques et al., 2002; Segurado et al., 2002).

A convergência e as sinergias entre o Programa Nacional e Estadual aumentaram ainda mais nesse período. Em 1996, Lair Guerra de Macedo deixou a Coordenação do Programa Nacional devido a um grave acidente automobilístico, do qual se recuperou, porém com sérias limitações. Pedro Chequer, que trabalhava no Programa desde seu início, assumiu a Coordenação, onde permaneceu até 2001, quando saiu para assumir um posto na UNAIDS. Ele indicou Paulo Roberto Teixeira para ficar no seu lugar, indicação que foi aceita pelo então Ministro da Saúde, José Serra. Paulo Teixeira assumiu a Coordenação e Alexandre Grangeiro, que trabalhou no Programa de Aids de SP desde seu início, e havia ido para o Programa Nacional em 1998, assumiu como Coordenador Adjunto (RP).

A pesquisa nacional conduzida entre 2001 e 2003, citada acima, avaliou 344 SAE em sete unidades federadas, demonstrando um crescimento importante da rede assistencial no país, se comparado com o relatório de 1998, que identificava 49 SAE em nível nacional. Ainda que com diferenças regionais, era marcante o

impacto positivo da política nacional de acesso a TARV viabilizada por essa rede na queda da mortalidade por aids. Como já apontado, os resultados dessa política pública foram fundamentais, fornecendo exemplo e evidências para pressionar a mudança nas diretrizes das agências internacionais referentes ao acesso a TARV em países pobres e em desenvolvimento.

Marco importante da mudança dessas diretrizes e, ao mesmo tempo, reconhecimento da importância brasileira para que ela se desse, foi o convite a Paulo Roberto Teixeira em 2003 para coordenar o Programa de Aids da OMS e implantar a política de expansão mundial do acesso a TARV, conhecida como *Three by Five*, que previa a garantia de acesso ao tratamento para três milhões de PVHA em países de baixa e média renda até 2005, sendo esse o primeiro passo para se chegar à garantia do acesso universal à TARV por todos que dela necessitem (WHO, 2003). Após a saída de Paulo Teixeira, Alexandre Grangeiro assume a coordenação do Programa Nacional de DSTAids.

Retomando a publicação alusiva aos 20 anos do Programa, pode-se observar que uma nova seção foi acrescentada àquela feita em 1998. Ela tratava das atividades desenvolvidas pela “Assessoria de Planejamento e Núcleo de Articulação com a Sociedade Civil”. Essa área foi criada no CRT após o processo de Planejamento Estratégico como forma de qualificação da gestão programática e da articulação com as ONG/AIDS, e outros representantes da sociedade civil. Como informado nessa seção da publicação, o ano de 2003 marcou também o início de uma nova forma de repasse de recursos do MS para os Estados e municípios no âmbito das ações de DST/AIDS, agora na forma de transferências do Fundo Nacional para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, e não mais de convênio, como até então vinha ocorrendo.

Essa forma de repasse dos recursos ocorreu no bojo de uma nova Política de Incentivo às ações de DST/AIDS, instituída pelo MS por meio da Portaria nº 2313, de 19 de dezembro de 2002 (MS, 2002). Essa nova política reconhecia “a importância da formulação e implementação de alternativas de sustentabilidade da

Política Nacional de DST e Aids” e “a necessidade de recursos específicos para o financiamento do combate à epidemia, dada a complexidade de ações a serem permanentemente desenvolvidas e ofertadas”. A justificativa da Portaria afirmava também que “os mecanismos financeiros desenvolvidos pelas diferentes políticas de saúde, entre os quais o de incentivo, o qual permite a pactuação de planos e metas entre os gestores do SUS, respeitando os diferentes graus de autonomia e capacitação desses níveis governamentais”.

Pode-se ver que a intenção de estabelecer políticas voltadas à institucionalização e sustentabilidade das ações do Programa de DST/AIDS no SUS, expressa no Planejamento Estratégico do Programa de Aids de SP, fazia parte de uma articulação mais ampla em nível nacional, e sinalizava para uma convergência e sinergia existentes entre as propostas de ação estaduais e federais. No âmbito estadual foram feitas, por exemplo, duas importantes pactuações na CIB, referentes à divisão de responsabilidades entre a SES-SP e as Secretarias Municipais para a aquisição de medicamentos para PVHA (CIB-49/99 e CIB-107/02). Não existiriam mais POA nem as contrapartidas financeiras da época dos convênios. Os Estados e municípios qualificados para a política de incentivo, a partir de critérios epidemiológicos e organizativos derivados da NOAS/02, passariam a elaborar Planos de Ações e Metas (PAM) anuais que teriam de ser aprovados nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, e validados posteriormente na CIB de cada estado. Nesses Planos seria detalhada a destinação do recurso a ser recebido, bem como as responsabilidades e recursos próprios a serem aportados pelo Estado ou município para as ações de DST/AIDS.

Outro aspecto importante da Política de Incentivo, no que se refere a sustentabilidade e institucionalização das ações em DST/AIDS, foi, além dos mecanismos já citados, a desvinculação dos recursos repassados aos Estados e municípios daqueles advindos dos acordos de empréstimo com o BM, como no Aids I e II, ainda que um novo acordo, o Aids III, tivesse sido negociado naquele

período. Dessa forma, os recursos repassados para Estados e municípios seriam integralmente oriundos de fontes próprias que não dependessem do dinheiro aportado pelo BM.

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

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

Outra coisa que me chama muita atenção que eu acho que é um grande marco é a questão de quando amplia um número de municípios. Então, se tinha um jeito de trabalhar lá com 37 municípios, de estar muito próximo, de ser acolhedor, de capacitar. De repente, passa para 145, e o jeito de fazer mantém que é uma loucura. A gente pensa pouco nisso, mas é uma loucura. Então, de repente, se eu podia trabalhar de um determinado jeito com 37, com 145 não dá com a mesma estrutura. E eu acho que o CRT teve essa possibilidade; Óbvio que deve ter ficado um monte de coisa no caminho, um monte de gente, um monte de dificuldades, mas a postura se manteve. Então, teve uma capilaridade muito maior na resposta do Estado, uma resposta mais interessante, mais intensa; mais gente, mais mudanças, e o CRT se manteve. Acho que é um grande marco também. (VC)

Nessa nova configuração, foi ficando clara a complexidade de manter as reuniões trimestrais regulares do Fórum de Gestores do Programa. O grande número de

participantes colocava dificuldades logísticas, e também para a dinâmica, participação e produtividade das discussões nas reuniões. Como solução, foi então criada em 2006 a Comissão de Gestão Participativa, a COGESPA.

Eu acho que eu tive uma vantagem, porque eu sempre participei da COGESPA dentro do CRT. Então, eu consigo enxergar essa política que a gente discute, que é participativa, que é outro diferencial do Programa de DST/AIDS do Estado de São Paulo. É construir, junto com a gente que está no nível regional e com representação também dos municípios, a política que a gente vai executar depois. (Interlocutora Regional do Programa).

Composta por representantes dos 27 Interlocutores regionais do Programa e dos 145 Programas Municipais de DST/AIDS eleitos pelos seus pares no Fórum, e por representantes do CRT, Fórum de ONG/AIDS, Rede Nacional de Pessoas vivendo com HIV/AIDS (RNP) e Fórum Paulista LGBT, a COGESPA se reunia duas vezes ao ano de forma alternada com o pleno do Fórum. Além da COGESPA, outra estratégia criada nesse período foi o curso para os novos Coordenadores Municipais de DST/AIDS.

[...] acho que foi em 2004. Que era a ideia de ter um curso onde as pessoas que chegassem tivessem essa dimensão dessa amplitude do programa. Porque a gente com essa missão ampla que a gente tem, a gente, quando está lá no lugar de coordenador, tem que dar conta de muitas questões ao mesmo tempo. Então, a gente tem que entender um pouco de tudo, às vezes até diferente do nosso papel no CRT. Porque aqui, no CRT, a gente vai ficando especialista. Se você perguntar para mim quantos antirretrovirais tem no Estado, quais os nomes deles, e o que cada um faz, eu não sei, mas quando eu era coordenadora municipal eu sabia (risos). Então, o coordenador municipal é isso. Ele tem que saber de antirretroviral, ele tem que saber de aspectos de compra, de reservas de recursos, de orçamentos de tudo mais; tem que saber de uma amplitude de temas que é humanamente difícil. Então, o curso tem muito esse papel de dar esse panorama dessa amplitude de atuação do coordenador municipal para ele poder ter uma boa gestão. Ele não vai saber de medicamento a ponto de medicar, mas ele precisa saber para ele fazer a gestão de insumos, para saber o que acontece, acompanhar o serviço, ver se tem algum problema. Então, a gente começou a fazer esse curso. Tivemos várias turmas, e os coordenadores se aproximam, gostam muito, elogiam muito, e a gente faz no primeiro ano da nova

gestão municipal e faz depois na metade. E, nos anos que intercalam, a gente faz de monitoramento e de avaliação, que é um curso rápido de um dia. Mas também dá conceitos de gestão, que é planejamento, monitoramento, avaliação, meta. Essa ideia de gestão a gente faz nos anos que intercalam.(VC)

Tal como o curso para Coordenadores, esse arranjo de quatro reuniões anuais intercaladas, duas da COGESPA e duas do Fórum, continua até os dias atuais. Nessa nova conjuntura ele passou a se chamar Fórum de Dirigentes do Programa de aids. Essa mudança de nome refletiu também um refinamento na compreensão da importância daquele espaço de articulação e dos espaços formais de pactuação do SUS.

Acho que são várias as instâncias que a gente tem. E acho que começamos a participar com mais frequência e valorizar muito os espaços de pactuação, em câmara técnica, em Bipartite, procurando pactuar as nossas estratégias, as nossas ações. Deixamos de olhar só para aquele espaço de coordenação de programa, e vem para o espaço do verdadeiro gestor. A gente até chamava de fórum de gestores, e deixamos de falar. Porque percebemos que ali a gente pôde articular. Mas para pactuar não era mais aí. Contamos com representações de COSEMS muito atuantes e próximas que possibilitaram sairmos daquele espaço, que era um espaço de articulação; e ocupar o espaço da pactuação, e valorizar o espaço da pactuação, sem falar: "Ah, mas a pactuação o povo só fica discutindo recursos". Mas, quando você pode, nesse espaço que as pessoas só discutem recursos, e discutir assistência integral a travesti transexual, e tem retorno positivo: "Que bom que você veio aqui. Que bom que você falou disso", em um espaço que só discute outra coisa. Que bom que você pode ir e pautar outras questões para esse espaço". Então, acho que tanto o espaço de articulação que existe e os espaços de pactuação, acho que a gente tem participado também dos espaços nacionais. Há muito tempo a gente participa da Comissão Nacional de aids. Lógico que participar da Comissão Nacional de Aids possibilita olhar para o país e também levar nossa experiência para os outros, mas trazer o que está acontecendo nos outros lugares. A valorização desses espaços nacionais, acho que sempre tivemos um diferencial na aids que é uma articulação técnica muito próxima, do ministério com a gente e com os municípios. Eu não gostaria de perder essa possibilidade. E não é que a gente sempre concorde em tudo. Nós já tivemos discordâncias com pessoas muito próximas, mas nas

discordâncias se chegava a um bom termo, e conseguia superar e ter propostas que pudessem vir a ser interessantes.... (MG)

A narrativa acima, além de tratar de forma bastante precisa a diferenciação aludida entre articulação e pactuação, aponta com clareza o movimento que tem sido feito desde o início dos anos 2000 em direção à institucionalização e sustentabilidade das ações do Programa de Aids no SUS. Traz também aspectos importantes para o desenvolvimento e conclusões deste estudo, retomados posteriormente nesta narrativa e nas considerações finais do trabalho.

Será trabalhado a partir deste ponto o relatório do Planejamento Estratégico do Programa, realizado em 2013 como recurso de apoio à narrativa que cobriu o período de 2006 a 2011, a qual encerra esta seção do texto. Abaixo é citada parte da Introdução do documento, que situa o contexto, as etapas de elaboração e os eixos prioritários que foram definidos no Plano (São Paulo, 2013).

PLANO ESTRATÉGICO PROGRAMA ESTADUAL DST/AIDS

O Plano Estratégico do Estado foi construído a partir da integração dos cinco planos que o Programa Estadual formulou ao longo dos anos para o enfrentamento da epidemia. Os planos foram criados em períodos diferentes conforme necessidades específicas apresentadas.

No Plano Estratégico os temas centrais, abordados nos planos anteriores, tornaram-se eixos prioritários para qualificar a resposta Estadual às DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) /Aids (Síndrome da Imunodeficiência Humana).

A elaboração da versão final do Plano, envolveu o debate entre as diversas áreas técnicas da CE DST/AIDS-SP, em reuniões da COGESPA (Comissão de Gestão Participativa), Fórum de Dirigentes em DST/AIDS e na Câmara Técnica do Conselho Estadual de DST/AIDS. Em 2013 todos os eixos foram totalmente revisados e levado para discussões nas instâncias e fóruns de discussões para chegar à esta nova versão. Esse percurso possibilitou o compartilhamento e a participação das representações regionais da Secretaria da Saúde, municípios e sociedade civil, por meio de críticas e sugestões.

Os eixos prioritários para este Plano Estratégico são:

I - Enfrentamento da Epidemia de aids e das DST entre Gays, outros HSH (Homens que fazem sexo com homens) e Travestis

II - Enfrentamento da Feminização da Epidemia de DST/AIDS no Estado de São Paulo;

III - Eliminação da Transmissão Vertical do HIV (vírus da imunodeficiência humana) e da Sífilis;

IV - Ampliação do Diagnóstico Precoce do HIV;

V - Saúde Integral às Pessoas Vivendo com HIV[...]

O planejamento buscou articular em um único Plano Estratégico processos relativamente independentes de planejamento que afetaram nos anos anteriores cada um dos temas formadores dos seus cinco eixos prioritários. Note-se que essa versão do Plano também foi construída de forma democrática e participativa por todos os atores institucionais e do movimento social envolvidos na resposta à epidemia no Estado. A maior institucionalização do controle e participação social, denotada pela criação da Câmara Técnica de DST/AIDS do Conselho Estadual de Saúde, foi criada em 2012, e também participou desse processo de planejamento.

Uma vez que esse Plano recupera processos ocorridos durante os anos anteriores, ele é particularmente útil para apoiar a narrativa desse período. Dados os objetivos deste trabalho, e também como forma de discutir duas questões importantes e ainda não abordadas nessa narrativa, são focalizados os três últimos eixos prioritários, sendo o trabalho da rede com transmissão vertical (TV) da Sífilis e do HIV, e aquela relativa ao diagnóstico precoce da infecção pelo HIV.

Antes vale comentar que a redação da Missão do Programa foi mantida inalterada nessa nova versão do Plano Estratégico, mostrando a manutenção dos compromissos e valores éticos, técnicos e políticos representados pela menção à vulnerabilidade e aos direitos humanos em sua formulação.

Abaixo, parte do texto que trata da TV da Sífilis e do HIV.

[...] Eixo III - Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis

O Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo (PEDST/AIDS-SP) vem apoiando a ampliação e manutenção das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e da Sífilis na rede de serviços (atenção primária, unidades de referência, maternidades)

gerenciada diretamente pelo Estado e municípios. Atualmente, todos os insumos utilizados para a prevenção da transmissão vertical do HIV e da Sífilis são financiados pelo Governo.

Em 2009, o PEDST/AIDS-SP lança o “PLANO DE ELIMINAÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV E DA SÍFILIS”, em consonância com as propostas do Ministério da Saúde, com metas escalonadas e regionalizadas de redução da transmissão vertical nas diferentes regiões do Estado.

Atualmente, constituem importantes desafios para o alcance dessas metas: o aumento na cobertura de testagem para HIV e Sífilis no pré-natal; o tratamento oportuno e correto da sífilis na gestante e seu parceiro sexual no pré-natal e a ampliação do número de maternidades que efetivamente realizem todas as medidas de profilaxia da transmissão vertical do HIV e Sífilis durante atendimento ao parto e ao puerpério. Nos municípios onde houve sensibilização e empenho para se reduzir essa via de transmissão para o Vírus da Imunodeficiência Humana, observam-se números semelhantes aos dos países desenvolvidos.

Em documento divulgado no segundo semestre de 2011, a UNAIDS propõe a “Eliminação de Novas Infecções por HIV em crianças até 2015, mantendo as Mães Vivas”. Esta proposta vem ao encontro das metas e ações do Plano Estratégico do Programa Estadual, na tentativa de atingir uma “Geração Livre do HIV”.

A Organização Panamericana da Saúde (OPS) define a eliminação da transmissão vertical do HIV, quando são alcançadas taxas de incidência menores que dois casos de HIV para cada 100 mães infectadas. Para a Sífilis Congênita, a OPS considera a doença eliminada, quando se atinge a cifra de 0,5 caso para cada 1.000 nascidos vivos. Estas taxas são também as metas do Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo no seu Plano Estratégico para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis...

É possível observar que o Plano original que abordava essa questão foi elaborado em 2009, em uma estratégia conjunta com o MS. O texto mostra que se, por um lado, em alguns municípios paulistas já se alcançavam taxas muito baixas de TV do HIV, muitos desafios ainda estavam colocados para a diminuição da TV da sífilis. De fato, nas figuras abaixo a resposta e os resultados alcançados foram muito diferentes, quando comparamos o comportamento da TV da sífilis e do HIV no Estado de São Paulo.

Casos de Aids em crianças, por transmissão vertical, segundo ano de diagnóstico. Estado de São Paulo, 1987 a 2013*.

Figura 11 - Casos de Aids em crianças, por transmissão vertical, segundo ano de diagnóstico. Estado de São Paulo, 1987-2013

É possível observar neste gráfico, além do comportamento descendente da taxa de TV do HIV, as diferentes intervenções programáticas introduzidas no decorrer do tempo para atingir tais resultados. Ainda que os dados de 2013 estivessem incompletos nessa série histórica, sem dúvida foi possível conseguir uma importante redução na TV do HIV no Estado de SP nesse período.

Figura 12 - Casos notificados de sífilis adquirida, municípios e unidades notificadoras, segundo ano de notificação, Estado de São Paulo, 2007 a 2013

Figura 13 - Taxa de detecção de sífilis em gestantes (TD SG) e taxa de incidência de sífilis congênita (TI SC) por 1.000 nascidos vivos, segundo ano de diagnóstico, Estado de São Paulo, 2007 a 2013

Os dados relativos aos casos de sífilis, tanto adquirida como congênita, mostram um quadro de crescimento importante, principalmente a partir de 2010, quando a notificação da sífilis adquirida passou a ser compulsória. Parte desse crescimento se deveu à melhora da notificação (Figura 12), pelo aumento de municípios e unidades notificantes no Estado. Porém, ocorria concomitantemente um aumento real dos casos de sífilis, o que também levava ao aumento verificado.

A figura 13 permite observar que o aumento na detecção de gestantes com sífilis, bom indicador da qualidade do pré-natal, não se fez acompanhar de uma queda na taxa de TV da sífilis, um indicador muito ruim. Dois fatores podem explicar esse quadro. Por um lado, o fato de muitas gestantes diagnosticadas com sífilis não serem tratadas adequadamente ou serem reinfectadas por não tratamento do parceiro. Por outro lado, existem os casos notificados de TV em que não foi feito o diagnóstico da sífilis materna durante o acompanhamento pré-natal e, dessa forma, o caso na gestante não foi notificado.

Uma possível explicação para a diferença encontrada pode estar na forma como o Programa de DST/AIDS organiza em São Paulo o cuidado às gestantes com HIV e com Sífilis. Em ambos os casos, o início do pré-natal se dá na Unidade Básica de Saúde (UBS). As gestantes diagnosticadas como portadoras do HIV são encaminhadas para os SAE, para acompanhamento durante a gestação e realização dos procedimentos de profilaxia; isso quando não “se descobrem grávidas” já em acompanhamento em um SAE. Aquelas nas quais é feito o diagnóstico da sífilis continuam seu acompanhamento pré-natal na UBS. A administração da Penicilina Benzatina para o tratamento da gestante e profilaxia da TV da sífilis é, ou deveria ser, realizado no âmbito do cuidado ofertado pela AB.

Foge ao escopo deste trabalho a abordagem do cuidado ao conjunto das DST e da sífilis em particular. Porém, o que se pode dizer é que, apesar de todos os esforços realizados pelo CRT e por outras instâncias do Programa no âmbito regional e municipal, em parceria com a área de coordenação da AB, eles ainda não foram suficientes para reverter o quadro de aumento dos casos de TV da

sífilis. Esse tema será retomado nesta narrativa e também nas considerações finais.

O eixo prioritário do Planejamento Estratégico diz respeito à ampliação do diagnóstico precoce da infecção pelo HIV. Este é um tema que veio ganhando cada vez mais importância no conjunto das estratégias de resposta a epidemia, posicionando-se atualmente como ferramenta fundamental, tanto para a prevenção como para o tratamento em tempo oportuno da infecção pelo HIV. Como informa o Plano Estratégico em referência a esse eixo.

---Eixo IV - Ampliação do Diagnóstico Precoce do HIV

O diagnóstico é fundamental para o controle da epidemia de aids, sobretudo, o diagnóstico precoce, por garantir melhor qualidade de vida para a pessoa infectada. A principal causa de morte por aids é a falta de acesso oportuno à terapia ARV (antirretroviral), sendo que essa situação leva a uma imunodeficiência importante e à ocorrência de infecções oportunistas graves e muitas vezes fatais.

O diagnóstico tardio contribui enormemente com o aumento do número de novos casos de infecção, pois a ausência de tratamento representa a manutenção da carga viral em níveis elevados e evidencia uma grande perda de oportunidade para o envolvimento de pessoas com HIV em ações de prevenção.

Segundo dados referentes à resposta brasileira à epidemia HIV/AIDS apresentados na Sessão Especial da Assembleia das Nações Unidas, o relatório do Brasil mostra que 43,7% dos portadores de HIV que chegaram aos serviços entre 2003 e 2006, iniciaram seu acompanhamento com a contagem de células de T-CD4+ abaixo de 200cel/mm³, ou apresentavam doenças associadas à aids, ou evoluíram para óbito no momento do diagnóstico, caracterizando assim um acesso tardio aos serviços de saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2008). A mesma situação ocorre no Estado de São Paulo (42%)²⁶. É importante lembrar que o acesso à terapia oportuna com ARV pressupõe a realização também oportuna do diagnóstico.

O referido relatório aponta ainda que a existência de Centros de Testagem e Aconselhamento e de Programas de DST/AIDS nos municípios foram fatores que contribuíram para a maior proporção de pessoas com seguimento clínico em momento oportuno (Brasil, 2008).

Até novembro de 2013, a Coordenação de DST/AIDS do Estado de São Paulo cadastrou 130 CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) localizados em 102 municípios, dentre os 145

considerados qualificados na política de incentivo. Considerando-se a recomendação de que todo município qualificado tenha um CTA, a rede de CTA tem ainda uma cobertura abaixo da esperada (70%). No entanto, uma ampliação significativa desta rede ocorre a partir das diretrizes do “II Encontro Anual de Centros de Testagem e Aconselhamento do Estado de São Paulo”, em 2007, e da implementação do teste rápido diagnóstico anti-HIV na rede especializada desde 2006.

São objetivos gerais, reduzir até 2015, para 15% a porcentagem de diagnósticos tardios de HIV e aumentar em 100% a população testada para HIV pelo menos uma vez na vida, no Estado. Ou seja, elevar o percentual de 39,7%, encontrado em 2004, (Brasil. Ministério da Saúde, 2005) para aproximadamente 80%...

O texto acima reforça a importância da rede de CTA, que cresceu de forma significativa, mas ainda insuficiente para a ampliação necessária do diagnóstico precoce da infecção. Embora esse planejamento tenha sido feito antes do lançamento pela UNAIDS da proposta conhecida como 90, 90, 90, comentada na Introdução deste trabalho, a importância do diagnóstico precoce é ressaltada para permitir o início oportuno da TARV para PVHA, garantindo a melhoria da qualidade de vida, a diminuição da mortalidade e também da transmissão do HIV.

Algumas estratégias de ampliação do acesso ao diagnóstico precoce da infecção pelo HIV têm sido adotadas pela Coordenação do Programa, com uso de campanhas de testagem anuais em todo Estado, em geral durante o período do dia internacional da aids utilizando a marca “Fique Sabendo”. A capacitação e implantação dos testes rápidos diagnósticos (TRD) em toda a rede de CTA e também na AB deve estar envolvida nas atividades de prevenção e diagnóstico da infecção pelo HIV. E também o apoio às ONG que têm se envolvido nas atividades de testagem, principalmente com populações mais vulneráveis.

O MS tem garantido e vem aumentando o fornecimento de testes rápidos para o diagnóstico de HIV e Sífilis, e também vem financiando ONGs para a realização de ações de testagem.

Abaixo, algumas figuras (14, 15 e 16) produzidas pelo CRT ilustrativas do processo de implantação e expansão do TRD no Estado e da melhoria dos

indicadores relacionados ao diagnóstico precoce da infecção pelo HIV nesse período.

Figura 14 - Incremento na implementação de testes rápidos de diagnóstico de HIV nos 645 municípios do Estado de São Paulo

Figura 15 - Municípios paulista com Unidade de Saúde que realizam teste rápido para o HIV

Primeiro CD4 < 200 cells/mm³/ml- indicador do Pacto da Saúde e total de pacientes sem tratamento segundo ano, Estado de São Paulo, 2008 a 2013

Figura 16 - Percentual de resultados CD4 < 200 cel/mm³ /ml, no primeiro exame realizado entre 2008 e 2013 no Estado de São Paulo

Finalmente, cabe analisar o eixo prioritário do planejamento estratégico relativo à “Saúde Integral às Pessoas Vivendo com HIV”. Segue citação relativamente longa do relatório do planejamento atinente a esse tópico, porém bastante ilustrativa como elemento narrativo da configuração de aspectos importantes de seu funcionamento e abrangência, e de alguns desafios colocados para a rede de cuidados em HIV/AIDS no SUS-SP.

[..] Eixo V - Saúde Integral às Pessoas Vivendo com HIV

O crescimento e interiorização da epidemia de aids ocorridos nas décadas de 80 e 90 levou a Coordenação Estadual de São Paulo a investir prioritariamente na estruturação de uma rede de serviços descentralizados durante este período.

O apoio técnico e financeiro empenhado impulsionou de forma importante a criação e expansão dos serviços, ampliando o acesso das pessoas ao cuidado clínico. Atualmente existem 200 SAE (Serviço de Assistência Especializada), 131 CTA e 26 unidades de ADT (Atendimento Domiciliar Terapêutico) para acompanhar as 103.172 pessoas vivendo com HIV (PVHIV) no Estado.

A partir de 1994 e com a parceria e coordenação do Instituto Adolfo Lutz iniciou-se a estruturação da rede laboratorial estadual para diagnóstico da infecção por HIV de forma regionalizada e hierarquizada. Paulatinamente também foram estabelecidos fluxos para realização de exames para acompanhamento da infecção HIV (contagem de CD4/CD8, carga viral HIV e genotipagem para HIV), posteriormente controlados pelos sistemas nacionais SISCEL (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4/CD8 e Carga Viral) e SISGENO (Sistema de Controle de Exames de Genotipagem). Hoje existem no Estado 25 laboratórios de referência para execução de exames de CD4 e 20 para carga viral, que realizam por mês aproximadamente 19.000 exames de CD4/CV (22.800 por ano) e seis laboratórios executores de exames de genotipagem, que realizam cerca de 600 por mês. A Rede Nacional de Genotipagem (RENAGENO) foi implantada a nível nacional em 2001 e disponibiliza o resultado dos exames de genotipagem juntamente com a análise do exame e sugestões terapêuticas realizadas por Médicos de Referência em Genotipagem (MRG). Existem, atualmente, 58 médicos capacitados e em atuação no Estado para esta atividade, qualificando o manejo da falha terapêutica aos antirretrovirais. O desafio atual é a incorporação de outros exames auxiliares para a definição de terapias de resgate para os casos em que a genotipagem é insuficiente para a sugestão de um esquema eficaz e duradouro.

Em relação ao acesso aos medicamentos, a distribuição iniciada com o AZT (azidotimidina) em 1990 foi ampliada a partir de 1996 com a aprovação da Lei 9.313, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV. Atualmente são fornecidos 21 antirretrovirais em 39 apresentações, incluindo formulações pediátricas. A logística destes medicamentos no Estado envolve 43 polos de distribuição e 159 Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) que utilizam o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). O número, de pessoas vivendo com HIV que recebe antirretrovirais em São Paulo, passou de poucas centenas no início dos anos 90, para 82.000 em Julho de 2013. Ainda no que diz respeito ao acesso a medicamentos, desde 2008 o Estado de São Paulo possui uma Câmara Técnica formada por representantes de municípios e da Sociedade Brasileira de Infectologia, que trabalha avaliando a indicação de antirretrovirais já registrados na ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) ainda não disponibilizados pelo

governo nacional, ea Secretaria Estadual de Saúde garante o acesso a tais medicamentos por compra administrativa. Desde a sua implantação foram analisadas solicitações de medicamentos para 724 PVHIV, com 582 indicações de uso e consequentemente encaminhamento do processo para aquisição administrativa do antirretroviral.

A partir da terceira década da epidemia, o Programa Estadual do CRT/DST/AIDS passa a concentrar esforços no aperfeiçoamento da atenção prestada, por meio da elaboração de diretrizes clínicas e de organização de serviço, mantendo contínua a capacitação da rede. O retorno das PVHIV ao cotidiano de vida trouxe, para o cenário clínico, questões como o resgate da vida sexual e reprodutiva, convivência com efeitos adversos, resistência viral e emergência de outras comorbidades (neoplasias, hepatites, DST, etc.).

Para enfrentar a lipodistrofia foi implantado o preenchimento facial em unidades ambulatoriais, com treinamento de diversos profissionais médicos e disponibilização de polimetilmetacrilato para preenchimento. Hoje o preenchimento facial é executado em 33 ambulatórios e em 2013 foram adquiridos e distribuídos 13,0 litros de polimetilmetacrilato. O processo de estabelecimento de referências para cirurgias plásticas tem se mostrado mais complexo sendo possível definir cinco hospitais para realização de lipoaspiração (giba, abdome, etc.) e mamoplastia. É maior a dificuldade para outros tipos de procedimentos plásticos, em particular, para a lipoatrofia glútea. Atualmente dois hospitais realizam implante de prótese glútea no Estado, sendo que em 2013 foram adquiridas e disponibilizadas 20 unidades para serem implantadas.

Desde o emprego da terapia antirretroviral há progressiva queda do número de óbitos no Estado. Com redução de 36% de 2000 a 2011, a taxa de mortalidade passou de 11,3 para 7,2 óbitos por 100 mil habitantes-ano neste período. Esta diminuição não ocorreu de forma homogênea entre os 645 municípios, sendo que no ano de 2011 havia 64 municípios (10%), com taxa de mortalidade superior a do Estado, cujos índices variavam de 26,4 a 7,3/100 mil habitantes-ano. Ressalta-se que estes 64 municípios concentravam 71,2% do total de óbitos e localizavam-se em 22 GVE (Grupo de Vigilância Epidemiológica).

Além do impacto clínico na vida das pessoas portadoras do HIV, os antirretrovirais têm se mostrado eficazes também na redução dos riscos de transmissão do vírus e cada vez mais se constituem como importante ferramenta de prevenção à infecção. Com indicação de utilização nas pessoas soronegativas para profilaxia pós-exposição sexual, violência e de acidente com material biológico há alguns anos, estudos mais recentes revelam que quando o tratamento antirretroviral adequado é iniciado

imediatamente nas pessoas infectadas o risco de transmissão através de relações sexuais é extremamente baixo. Chamada de “tratamento como prevenção” ou “testar e tratar”, e atrelada a outros métodos preventivos, esta estratégia desponta como uma oferta adicional para ajudar as PVHIV a protegerem seus parceiros, a despeito da polêmica acerca da necessidade do uso contínuo e dos efeitos colaterais envolvidos. Entretanto, mesmo com este cenário de possibilidades, ainda é grande a dificuldade de implementação de recomendações vigentes, como a realização da profilaxia pós-exposição sexual, e permanece necessário o combate ao preconceito e capacitação de profissionais para ampliar o acesso. Até dezembro de 2013 estavam cadastrados no Estado 393 serviços para realização de profilaxia pós-exposição, sendo 261 unidades de saúde para realização de profilaxia pós-exposição sexual, 227 para casos de acidente com material biológico e 258 para casos de violência sexual.

A complexidade envolvida na estrutura da assistência à saúde das PVHIV no Estado levou o CE DST/AIDS (Coordenação Estadual DST/AIDS) a estabelecer parceria com o Departamento de DST/AIDS/HV do Ministério da Saúde e com a Equipe Qualiaids de pesquisa da USP para aplicação de instrumento de avaliação e monitoramento da qualidade dos serviços (Avaliação Qualiaids). A terceira Avaliação Qualiaids, conduzida nacionalmente, ocorreu no ano de 2010 e contou com a adesão de 92,6%(n=659) dos ambulatorios do país e 100% do Estado. De acordo com a informação dos serviços participantes, a maior proporção das PVHIV é acompanhada em serviços de gestão municipal (77,31%, n=74342), de grande porte (77,24%, n=74277) e em ambulatorios especializados em HIV/AIDS (48,08%, n=46235). Em relação à qualidade foi possível estratificar os serviços em cinco grupos..., na qual os primeiros são os de melhor qualidade. Ficaram alocados no primeiro grupo 38,4% dos serviços (n=76), no segundo 15,2% (n=30), no terceiro 10,6% (n=21), no quarto 25,8% (n=51), e no quinto e pior grupo de qualidade, 20 ambulatorios especializados (10,1%). As maiores fragilidades identificadas estão relacionadas ao gerenciamento técnico do trabalho, notadamente nos aspectos de planejamento, avaliação, monitoramento, coordenação e supervisão.

A ampliação dos serviços, o aumento da sobrevida e a continuidade de ocorrência de casos têm desafiado o Programa Estadual na busca constante de meios efetivos de disseminação de suas diretrizes e prioridades, de modo a organizar melhor a resposta nas unidades de saúde, para que possam cada vez mais acessar e vincular ao cuidado clínico a população mais vulnerável e, também, ampliar a oferta assistencial de qualidade. O eixo “Saúde Integral às Pessoas Vivendo com HIV” do plano estratégico do Programa Estadual é elaborado em 2010 e nasceu da necessidade do Programa de sistematizar, dar visibilidade e,

principalmente, qualificar as ações e atividades desenvolvidas na atenção à saúde integral das PVHIV no Estado. Sua formulação busca superar a gestão reativa, centrada na busca de soluções de curto prazo para problemas emergentes.

As diretrizes para a “Saúde Integral às Pessoas Vivendo com HIV” estão pautadas pelo respeito à individualidade, singularidade e cidadania das PVHIV. Foram formuladas em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (universalidade de acesso, equidade, integralidade da atenção, descentralização e participação social)...

Para abordar de maneira mais apropriada algumas das questões apresentadas no texto acima, segue perfil dos 200 SAE do Estado que participaram do Qualiaids no ano de 2010.

Caracterização SAE					
Caracterização dos serviços do Estado de São Paulo		Serviços		Pacientes em acompanhamento	
		Nº	%	Nº	%
Instituição Gestora	Secretaria Municipal de Saúde	165	82,5	74342	77,31
	Secretaria Estadual de Saúde	16	8,0	9600	9,98
	Universidade	10	5,0	7467	7,76
	Ministério da Saúde	1	0,5	69	0,07
	Consórcio Intermunicipal	1	0,5	300	0,32
	Outros	6	3,0	4388	4,56
	Não respondeu	1	0,5	—	—
	Total	200	100	96166	100
Tipo de serviço	Amb. de especialidades	94	47,0	32811	34,12
	Amb. especializado em HIV/AIDS	57	28,5	46235	48,08
	UBS	29	14,5	2252	2,34
	Ambulatório de hospital	19	9,5	14868	15,46
	Não respondeu	1	0,5	—	—
Total	200	100	96166	100	
Porte do serviço	≤ 100 pacientes	68	34,0	2490	2,59
	> 100 e < 500 pacientes	76	38,0	19399	20,17
	≥ 500 pacientes	52	26,0	74277	77,24
	Não responderam	04	2,0	—	—
Total	200	100	96166	100	

Fonte: Qualiaids 2010

Figura 17 - Caracterização dos Serviços Ambulatoriais Especializados no SUS/SP, 2010

É possível observar uma rede de cuidado em HIV/AIDS consolidada no SUS-SP em 2010. A modalidade de HD perde importância devido à introdução da TARV e não foi citada assim como os leitos hospitalares, enquanto a rede de CTA ganhou mais importância no modelo de atenção. A rede de SAE atingiu a configuração que, com poucas mudanças, manteve-se até a atualidade, e continua sendo o principal ponto da rede de cuidado.

A rede, do ponto de vista da sua descentralização e regionalização, também alcançou a configuração atual. Nesse particular, vale uma breve atualização da organização regional da SES-SP e do processo de regionalização ocorrido durante o período da NOAS, e, posteriormente, dos Pactos pela Saúde.

No âmbito da NOAS/02, são definidas 65 regiões de saúde no Estado de São Paulo. Essas regiões têm uma distribuição muito semelhante à dos 65 ERSAS que compunham a divisão administrativa da SES-SP até 1995, quando foram criadas as 24 DIR. Em 2007, ocorreu nova reforma e as 24 DIR foram reorganizadas em 17 Direções Regionais de Saúde (DRS), as quais existem até os dias atuais. As 65 regiões de saúde definidas em 2002 foram referendadas e homologadas pela Deliberação da CIB 153, de julho de 2007. Nesse período também foram estruturadas as Comissões Gestoras Regionais (CGR), espaço das pactuações no nível regional.

Retomando a descentralização e regionalização da rede de cuidados em HIV/AIDS de São Paulo, é possível ver que cerca de 80% dos SAE estavam sob gestão municipal em 2010. Vale lembrar que em seu início ela era basicamente estadual. Do ponto de vista da regionalização daquele período até a atualidade, apenas duas das 65 regiões de saúde não contam com pelo menos um SAE em um de seus municípios. Vale lembrar também que uma das metas, quando do início do trabalho do CRT, era a implantação de pelo menos um SAE em cada ERSA.

Os SAE, por sua vez, e novamente evidenciado pelo Qualiaids 2010, são heterogêneos em vários aspectos. Podem funcionar em unidades exclusivamente

dedicadas ao cuidado de PVHA – em ambulatorios de especialidades, a maioria –, e até em UBS. Cerca de 35% foram classificados nos dois últimos estratos de qualidade, mesmo percentual daqueles SAE onde são acompanhados menos de 100 PVHA, outro indicador associado a menor qualidade do cuidado.

A contínua queda na taxa de mortalidade no Estado mostra a efetividade do conjunto da rede em garantir acesso e uso adequado da TARV. A análise da diferença do comportamento da mortalidade nos municípios, aliadas àquelas advindas das informações do Qualiaids, servem para orientar os investimentos para a sua melhoria. A lipodistrofia e as estratégias de seu manejo por meio do preenchimento facial mostram que a rede consegue absorver novas demandas biomédicas, ainda que não completamente como no caso das cirurgias mais complexas. A discussão sobre o “Tratamento como Prevenção” e as demandas colocadas pela PEP apontam para o aumento da importância das estratégias biomédicas de prevenção da epidemia, bem como para os novos encargos colocados para os SAE para sua efetivação.

O texto aborda, ainda que brevemente, os desafios associados às demandas de saúde sexual e reprodutiva trazidas pelas PVHA no contexto da melhoria da qualidade de vida trazida pela TARV.

O texto, por fim, reafirma que o trabalho com esses e outros aspectos existenciais e relacionados aos direitos de cidadania das PVHA acompanhadas nos SAE estão nas diretrizes do Programa para o cuidado integral das PVHA.

Como já apontado anteriormente, não são poucos nem pequenos os desafios, as dificuldades de implantar e manter arranjos e dispositivos de gestão e organização dos processos de trabalho em saúde que garantam e propiciem o trabalho das equipes multiprofissionais, assim como a produção de um cuidado integral de qualidade, comprometido com as necessidades mais amplas das PVHA. Também em 2010 foi publicado um trabalho de “Avaliação da implantação da Clínica Ampliada e Equipes de Referência”, no CRT. Esse processo de implantação, que continua até a atualidade, é feito em parceria com a UNICAMP. Essa publicação

será aqui brevemente tratada como exemplo dos desafios e dificuldades assinalados no início deste parágrafo (Pinto, 2010).

[...] Então, isso é uma coisa que o CRT tem dificuldade. Você tem na assistência, por exemplo... Porque eu lembro, lá nos idos de 2000, que eu li no livrinho verde do Gastão, que ele falava da alienação da sua obra. Eu trouxe em uma reunião com os diretores, falei para eles lerem, xeroquei, entreguei. Não quero ser lembrada por isso, mas eu me lembro que fui eu que introduzi essa conversa aqui dentro... (CB)

O estudo de Pinto, 2010 acima citado trabalhou a partir de uma triangulação de métodos, entrevistando pacientes e trabalhadores das equipes multiprofissionais do CRT de forma individual e em grupos focais, e também analisou os prontuários de pacientes entrevistados. De forma bastante sucinta, pode-se considerar que esse estudo mostrou que se, por um lado, o conceito de clínica ampliada – bem como a necessidade de uma abordagem permeável às várias dimensões existenciais das PVHA – estavam presentes e eram positivamente valorizadas, por outro, o exercício prático do conceito e de seus arranjos organizativos e gerenciais no cotidiano do serviço ainda apresentavam limitações importantes.

O cuidado biomédico era muito bem avaliado pelas PVHA que referiam grande vinculação e confiança em seus médicos. Porém, não se sentiam tão bem apoiados em outras esferas como no que dizia respeito à saúde sexual e reprodutiva, saúde mental e apoio social e familiar. Da mesma forma, era menor a referência ao vínculo com o conjunto de profissionais que compunham as equipes. Assim como os usuários, os trabalhadores também reconheciam a dificuldade em lidar com aspectos e necessidades existenciais mais amplas, e de apoiar as PVHA nessas questões.

A análise da implantação das Equipes de Referência mostrou padrão semelhante. Os profissionais as valorizavam como arranjo que propiciava o trabalho em equipe e a troca de experiências para o manejo de casos mais complexos. Porém, referiam dificuldade de implantação das mesmas e de manutenção de seu

funcionamento em bases rotineiras. Por parte dos usuários, o trabalho das equipes de referência não tinha em geral grande visibilidade.

Houve críticas também em relação à operacionalização e implantação das estruturas de gestão mais matriciais e multiprofissionais pretendidas quando da mudança de estrutura do CRT em 1998, e da criação da Gerência de Assistência Integral.

Mas eu acho que nós não estávamos preparados, nem a direção, nem os profissionais. Preparados para trabalhar no modelo matricial; tanto é que isso meio que voltou atrás. Teve alguns recuos de definir uma área com mais força. Por exemplo, a enfermagem de valorizar alguns espaços corporativos, que a estrutura matricial quebrava com isso. Então, acho que foi uma tentativa inovadora e de avanço no ponto de vista organizacional, mas que não funcionou. De implementação difícil por falta de preparo, da incapacidade, que eu acho que isso é um grande problema, não é só do CRT, é do serviço público.(CB)

Do ponto de vista sistêmico da gestão do cuidado, se, por um lado, o crescimento numérico e maior estruturação da rede, dos serviços e dos municípios com programas representou um avanço na resposta a epidemia no Estado, por outro, trouxe também novos desafios para a gestão da rede e para a busca permanente da qualidade e integralidade da atenção ofertada nos serviços, nessa nova conjuntura.

Acho que, em 2006, 2007. Ainda no primeiro momento, a gente tinha um papel muito importante em termos de ser um serviço de referência, e trabalhava na área de assistência de uma forma razoável, de contato, de participar de reuniões, de discussão de caso etc. Tinha essa questão da ampliação da clínica, que preocupava muito as organizações das equipes de referência aqui internamente. Mas eu acho que uma coisa que aconteceu é um pouco esse distanciamento, quer seja dos municípios, e a gente começa a fazer de um jeito mais organizado, talvez integrado como na supervisão do monitoramento presencial. Eu acho que isso é um dos fatores. Pode ser também que os serviços... Os municípios ganharam também certa autonomia, porque eles tinham locais muito bem estruturados, embora a gente saiba que tem uma importância grande o que o CRT faz. E, aí, tem o encontro de SAI em 2010, que é um grande marco da gente estar

aí com todos os serviços. Então, eu acho isso, que tem esse distanciamento, embora a gente tenha construído uma legitimidade. A gente sente. Quando vai nos locais, nos serviços, você vê que as pessoas reconhecem o CRT como referência técnica, de modelo de atenção. Eu acho que nesse período se estruturou muitas tecnologias, como, por exemplo, colocar uma rede de genotipagem, com os médicos de referência. A gente tem também um protagonismo, uma liderança com a Denise e a Simone, que já vêm juntas muito tempo, e que vem se consolidando. E eu acho que, ao mesmo tempo, a gente cria um distanciamento dos serviços. Que eu acho que a gente tem que encontrar hoje um jeito mais moderno e atual – porque não dá para ser como antes – da gente se integrar melhor com esses serviços. (RS)

Abaixo, dois excertos de entrevistas que apontam questões muito importantes sobre os diversos sentidos e possibilidades de aplicação da integralidade no trabalho do CRT. Como já apontado anteriormente, pelas características singulares de seu arranjo tecnológico e institucional, estão em operação no CRT, ao mesmo tempo, três esferas de gestão do cuidado (das PVHA, dos serviços e da rede). Nessas três esferas, por sua vez, esses mesmos sentidos e possibilidades da integralidade podem se expressar e alcançar graus de maturação e efetivação diferentes. Esse tema será retomado, assim como as reflexões trazidas nas duas narrativas

Quando olhamos para a questão do cuidado integral, da integralidade; e a gente olha a integralidade, e olha as estratégias de prevenção de uma forma articulada, as estratégias de prevenção colocadas, e as assistências colocadas. Se a gente for olhar só por esse ponto de vista, até que está tudo bem. Nós temos então o princípio da integralidade. A gente olha para todos e vai indo: tem prevenção, tem assistência. Mas eu acho que não demos o salto, que é trabalhar a integralidade do jeito integral de verdade (risos). Que é para dentro da assistência ter os conteúdos da prevenção bem colocados. A gente não deu esse salto. Então, na linha de cuidado, talvez a gente até consiga. E talvez com a questão da clínica ampliada, aqui para dentro do CRT. Mas eu fico muitas vezes preocupada com essa questão da clínica ampliada, porque é só discurso, e, aí, eu não aguento (risos). A gente nunca foi só de discurso, a gente sempre foi de discurso e prática. E a clínica ampliada para mim é um lugar que eu fico muito, assim,

porque parece que é só discurso, e eu não consigo me mover e sair do discurso e vir para a prática. Há anos que falamos de clínica ampliada e a gente não amplia a clínica (risos). É um discurso, mas é uma coisa que não se concretiza... (MG)

[...] [gestão] programática, eu acho que a gente dá mais conta, até porque é mais fácil (risos). Porque ela é basicamente de articulação, tem mais instâncias organizadas. Até nunca tinha pensado nisso, mas, no ponto de vista da gestão, você tem mais para onde correr, mais estrutura. Também é deficiente, como todos esses problemas e outros, mas talvez menos deficientes. Eu acho que programática a gente nada mais de braçada, mas é mais fácil, não tem a menor dúvida do que a integralidade no cuidado das pessoas(VC)

V.C.4 De 2011 aos dias atuais... E o tempo virou ou um período de instabilidade

V.C.4.1 “... os acordos de empréstimos, os incentivos e, agora, a linha de cuidado. Pode ser que a gente consiga dar esse salto...”

O excerto de entrevista utilizado no título acima faz uma síntese precisa que recupera o cenário no qual vem se desenvolvendo a política de DST/AIDS no país: os convênios associados aos recursos do BM nos anos 1990, as transferências fundo a fundo no âmbito das políticas de incentivo na primeira década dos anos 2000e, na década atual, as linhas e redes de cuidado.

Na finalização da presente narrativa, vou apontar de forma sintética mudanças no contexto político-institucional, além de novos debates e propostas programáticas, tanto na SES-SP como no MS, com impacto na gestão do cuidado, no modelo de atenção em HIV/AIDS em São Paulo e no país.

No final de 2009 foi publicado pelo Governo de São Paulo o Decreto nº 54.739, que definiu a nova estrutura da Coordenaria de Controle de Doenças (CCD) da SES-SP, órgão ao qual o CRT é subordinado. A CCD responsável pela área de saúde coletiva na SES-SP congregava então, entre outras instituições, o Centro

de Vigilância Epidemiológica (CVE), o Centro de Vigilância Sanitária (CVS), o Instituto Adolfo Lutz (IAL), o Instituto Pasteur (IP), o Instituto Clemente Ferreira (ICF) e o Instituto Lauro Souza Lima (ILSL),

Uma mudança importante trazida por esse Decreto foi a criação de áreas de suporte administrativo para as instâncias regionais ligadas diretamente à CCD e não mais ao Coordenador da instância regional da SES-SP.

Nesse contexto, as equipes regionais do CVE e do CVS, as quais até então tinham estrutura e chefia ligada à instância e ao Diretor Regional, passaram também a contar com uma estrutura própria e se reportar diretamente à direção do CVE e do CVS. Nessa nova configuração institucional, todos os interlocutores regionais do Programa de DST/AIDS passaram a ser necessariamente oriundos dos Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE), denominação das equipes regionais ligadas diretamente ao CVE e, portanto, à CCD.

No final de 2010, ocorreu a morte prematura do então Secretário da Saúde de SP, Luiz Roberto Barradas Barata. No ano seguinte, com o início de um novo mandato do governador Geraldo Alkmin, Giovani Guido Cerri, então Diretor da FMUSP, assumiu a SES-SP. Essa mudança encerrou um ciclo que se havia iniciado em 1995, quando um mesmo grupo, do qual Barradas também fazia parte, esteve à frente da SES-SP, já desde a gestão de José da Silva Guedes. O novo Secretário de Saúde convidou Marcos Boulos, infectologista e titular do Departamento de Moléstias Infecciosas da FMUSP, para coordenar a CCD.

O período de 2011 ao final de 2013 foi especialmente delicado para o CRT, devido à necessidade de construção negociada de um alinhamento técnico-programático com a nova direção da CCD. Esse processo de negociação girou em torno da discussão sobre quais seriam as atividades concernentes à CCD e suas instituições a partir das diretrizes colocadas para as ações de Vigilância em Saúde (VS).

Considero neste ponto duas portarias do MS sobre a VS de forma bastante sumária. As propostas e publicações relacionadas à VS não foram abordadas quando da narrativa sobre a elaboração de conceitos e políticas orientadas pelo princípio da integralidade. Busco, assim, tanto pontuar conteúdos relacionados ao tema da integralidade presentes nessas publicações, como mostrar as bases sobre as quais foi possível construir um alinhamento técnico-programático entre o CRT e a CCD sobre esse tema.

A primeira publicação do MS sobre a VS foi a Portaria Nº 1172 de 2004. Ela reúne de certa forma, sob um mesmo nome, as atividades de Vigilância Epidemiológica, Ambiental, de Situações de Saúde e a Vigilância Sanitária. Em 2010, a Portaria nº 3252 propôs nova abordagem para a VS, incorporando àqueles já citados conteúdos de Promoção da Saúde e maior articulação com as ações da Atenção Primária à Saúde (APS) e com as redes de atenção em saúde.

As novas diretrizes da VS nessa Portaria incluíam a construção de processos de trabalho que pudessem articular ações de vigilância, promoção, e atenção à saúde. Faziam parte dessa proposta de VS abordagens coletivas e individuais. Para esta última foram apontadas as estratégias de Clínica Ampliada, projetos terapêuticos, linhas e redes de cuidado. A articulação da VS e da APS foi colocada como condição obrigatória para a construção da integralidade no SUS.

Essas duas portarias podem ser tomadas como posições polares em referência ao lugar da dimensão assistencial no escopo das atividades da VS. Na primeira Portaria esse lugar praticamente inexistia; na segunda assume destaque na construção das respostas aos desafios colocados para a integralidade.

O trabalho desenvolvido pelo CRT o coloca claramente no polo da VS que reconhece e valoriza o papel da atenção em HIV/AIDS no conjunto das ações de prevenção e controle da epidemia. Não seria exato colocar a nova direção da CCD na polaridade oposta, porém a dimensão do componente assistencial no CRT causou certa dificuldade no alinhamento das propostas quando do início dessa nova gestão na CCD.

Na nova configuração da SES-SP foi possível construir um consenso que manteve as características de trabalho do CRT. Essa construção se deu no conjunto a partir da elaboração de uma proposta comum acerca das atribuições da VS, mas não sem alguns sobressaltos. Por exemplo, em um dado momento durante esse período se chegou a aventar a possibilidade de transferência da Enfermaria do CRT para o IER. Isso causou grande mobilização dos usuários do Centro, com envio de abaixo assinado e reuniões de seus representantes no Conselho Gestor do CRT (COGES) com a direção da CCD. Os leitos de internação permaneceram no Centro.

O COGES foi instituído no CRT em 2006 e está em funcionamento até os dias atuais. Tem composição tripartite com 25% de representantes indicados pela direção, 25% de representantes eleitos pelos trabalhadores e 50% dos representantes são eleitos por usuários do Centro. O COGES surgiu como estratégia de ampliação da participação dos usuários e trabalhadores do CRT na gestão conforme os princípios do SUS. Seu mandato se refere ao âmbito interno do CRT e à assistência prestada aos seus usuários e não se estende às questões programáticas que são tratadas no Conselho Estadual de Saúde.

As questões colocadas pela direção da CCD quanto ao papel das atividades assistenciais na VS não diziam respeito apenas ao CRT. Outras unidades subordinadas, como o ICF, o ILSL e o IP, também desenvolviam atividades dessa natureza e eram importantes referências em suas áreas de atuação: o primeiro em tuberculose (TB); o segundo em hanseníase (MH), e o último em relação à raiva.

O ICF, assim como o ILSL não tinham uma vinculação programática tão estreita como o CRT. A coordenação das ações nas áreas de TB e MH na SES-SP não estavam entre suas atribuições e sim a cargo do CVE. Já o IP era o responsável pelas ações de prevenção e controle da raiva no Estado de SP. Assim, o ICF e o ILSL saíram da CCD sendo transferidos para a Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS) por meio do Decreto Nº 59.926 de dezembro de 2013. Já o IP teve suas atividades assistenciais transferidas para o IER, permanecendo na CCD.

Nesse período o CRT teve mais dificuldade no trabalho de articulação das questões da assistência na SES-SP. O fato de os interlocutores regionais não estarem mais nas DRS também criava dificuldades adicionais. Estava sob a responsabilidade da DRS, ligada à Coordenadoria das Regiões de Saúde (CRS), a condução das instâncias de pactuação com os municípios (CGR), bem como a organização da regulação do acesso e das atividades assistenciais no nível regional. Assim, os interlocutores ficaram durante esse período mais distantes desses espaços nas regiões, bem como o CRT em relação à CRS e outras instâncias no nível central.

Esse processo de afastamento teve também vetores internos ao CRT e a algumas características do modelo de atenção em HIV/AIDS criado em São Paulo.

O CRT não é uma ilha. Apesar de tudo que a gente tem falado, se a gente ficar isolado...E acho que a gente tem que ter mais proximidade com os espaços de regulação do Sistema Único de Saúde, os espaços que regulam a questão da assistência hospitalar, os espaços que regulam a assistência ambulatorial. Me preocupa hoje a sensação que eu tenho de que pra alguns o CRT é uma ilha. Aqui eu resolvo se eu vou comprar um EPI, ou se aqui eu resolvo que tudo tem que se dar aqui. E não é assim. Eu acho que o CRT não é uma ilha, acho que essa ficha tem que cair. A gente tem que estar totalmente envolvido e ir para todas essas instâncias, e acho que isso é uma questão preocupante para a gente. Acho que estamos perdendo algum tempo nisso, e eu acho que a linha de cuidado só vai acontecer se dermos esse salto, se a gente deixar de ficar tão isolado. E não dá pra dizer que o outro nos isola, porque nós também nos isolamos. Às vezes eu escuto: "Ah, eu me sinto isolado, não consigo resolver". Mas eu não vejo a gente com uma proatividade, falando a gente enquanto unidade, e nós enquanto coordenação de programa. Acho que, como coordenação de programa e a linha de cuidado que a gente negociou esse ano, acho que é um grande salto. Se a gente souber como conduzir esse processo, eu acho que ele pode dar um grande salto. Mas é uma coisa muito complexa. (MG)

É interessante notar como essa questão é abordada por uma interlocutora regional do Programa a partir de um ponto de vista mais próximo da realidade local.

Eu acho que, quando a Coordenação está juntando serviço, isso dá a visão de varejo para a Coordenação, em uma proximidade muito grande com o usuário, uma proximidade muito grande com os prestadores de serviços. Enfim, você vê como a epidemia está acontecendo. Mesmo porque o CRT tem esse cuidado de se montar de um jeito que tem um pronto atendimento, tem uma enfermaria, tem ambulatório, tem serviços especializados, tem vários serviços, serviços completos. Então, você fica perto do usuário e você enxerga como a epidemia está caminhando. Por outro lado, eu acho... Eu não faço programa municipal, mas os programas municipais que a coordenação fica junto, às vezes fica afastado dos outros setores da secretaria de saúde que poderiam dar a mão para caminhar junto. Por exemplo, ter mais proximidade com a saúde da mulher, que está no outro prédio lá longe, talvez fosse adequado. Ter mais proximidade com a saúde materno-infantil, ter mais proximidade com outras áreas de vigilância epidemiológica talvez fosse salutar para a coordenação. Só que eu acho que o diferencial do Programa de Aids é estar ouvindo o consumidor, o usuário prestador de serviço, o usuário desde os doentes, os pacientes. Então, acho que é um ganho muito grande você estar junto do usuário. E o que você tem de serviço ainda te serve como laboratório, se isso funciona ou não. (Interlocutora Regional do Programa de DST/AIDS)

Essa necessidade de integração tem mão dupla e é vista como claramente benéfica e necessária ao cuidado das PVHA.

Outra coisa é garantir que o programa de DST/AIDS, até porque normalmente eles funcionam em serviços específicos, que eles conversem com outros programas. Então, por exemplo, você garantir atendimento às pessoas vivendo com HIV/AIDS, com oncologista, na diálise, com cirurgião geral para fazer cirurgias de lipodistrofia quando necessário. Para garantir outras especialidades que garantam a integralidade do atendimento é mega complicado também. (Interlocutora Regional do Programa de DST/AIDS)

...mais vai ficando muito complexo. Nos anos 2000, a gente precisa de ver lipodistrofia. As pessoas estão sobrevivendo, os pacientes precisam do psiquiatra. Por mais psiquiatras

que tenhamos, a gente nunca dá conta de resolver a questão da saúde mental. Essa ficha até cai, mas demora a cair. Porque tem que se integrar com a rede. Acho que temos uma dificuldade nesse processo até hoje, de integração. Mas a ficha caiu nos anos 2000, em que temos que nos integrar mais. Então, a gente vai para um processo de descentralização grande, e nesse período, ainda nos anos 2000, parece que temos um caráter mais conservador (MG).

A conjuntura no MS e no Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais (DDAH), nova designação da coordenação do Programa Nacional, também não era tranquila nesse início de segunda década. Fazendo rápida retrospectiva, Alexandre Grangeiro deixou a Coordenação Nacional em 2004, sendo substituído por Pedro Chequer. Este permaneceu no cargo até 2006, quando foi substituído por Mariângela Simão, que já trabalhava na equipe do Programa Nacional. Ela permaneceu como coordenadora até 2010, quando assumiu um posto na UNAIDS. Em julho de 2010, o professor titular de MI da UFMG, Dirceu Greco, assumiu a direção do DDAH.

As críticas ao MS nesse período podem ser sintetizadas pela iniciativa “AIDS no Brasil Hoje: O que nos tira o sono” . Em agosto de 2012 a iniciativa, formada por pesquisadores, ativistas e profissionais de saúde lançou um manifesto afirmando que o Brasil tinha perdido o controle da epidemia e estava atrasado na discussão e eventual adoção de novas tecnologias e práticas disponíveis ao tratamento e prevenção da infecção pelo HIV. Apontou também a importância da manutenção do referencial dos Direitos Humanos nas ações de prevenção frente ao aumento do poder de pressão de setores religiosos e conservadores sobre as políticas de prevenção em HIV/AIDS do MS.

A dificuldade do MS em lidar de forma proativa com a piora dos indicadores de incidência e mortalidade na maior parte do país, aliada ao avanço do poder de pressão de setores mais conservadores, desgastava a direção do DDAH. A demissão de Dirceu Greco em meados de 2013 se deu no âmbito da suspensão

pelo próprio Ministério da Saúde da publicação de material educativo produzido para profissionais do sexo pelo DDAHV, considerado inadequado pelo Ministro após pressões de setores conservadores e religiosos da sociedade..

Na segunda metade de 2013 ocorreram mudanças na direção do DDAHV e da SES-SP. Em Brasília, Fábio Mesquita assumiu a direção do DDAHV e David Uip assumiu o cargo de Secretário da Saúde em São Paulo. Fábio é um médico infectologista que já coordenou o Programa Municipal de DST/AIDS de Santos, na década de 1990, e de São Paulo, nos anos 2000. Trabalhou no Programa Nacional na época de Lair Guerra e Paulo Teixeira e estava em um posto internacional da OMS quando foi convidado para assumir a direção. David Uip, também médico infectologista e com longa história no trabalho com a aids, seja no atendimento clínico, seja na docência quando da criação e direção da Casa da Aids da FMUSP na década de 1990, era diretor do IER quando foi convidado para assumir a SES-SP.

A chegada desses dois novos atores modificou a conjuntura até então colocada no plano federal e em São Paulo no campo das DST/AIDS. Trabalharei inicialmente as alterações no âmbito do MS para, em seguida, ater-me às questões da SES-SP.

Ao assumir o cargo, Fabio Mesquita tomou algumas atitudes que deram respostas a parte das críticas que o MS vinha sofrendo. Por um lado, assumiu que o país precisava avançar na incorporação de novas estratégias e tecnologias de prevenção e tratamento. Assim, ainda em 2013 ocorreu mudança nas recomendações de TARV com a indicação mais explícita de início de tratamento a todas as PVHA, na perspectiva do tratamento como prevenção (MS, 2013). Por outro lado, apontou que, de fato, a resposta brasileira precisava de mudanças na sua condução como forma de lidar com a piora dos indicadores de incidência e mortalidade, principalmente nas regiões Sul e Norte do país. Nesse sentido, sinalizou para uma mudança no modelo de atenção em HIV/AIDS com o aumento do protagonismo da AB no acompanhamento das PVHA.

Essa proposta, lançada ainda em 2013, apareceu mais formalizada em duas publicações do DDAHV de 2014, citadas na Justificativa deste trabalho. Uma apresentou experiências de alguns municípios no cuidado de PVHA na AB e a outra apresentou os passos necessários para implantar esse tipo de atenção na AB. Ambas as publicações apontaram que o cuidado compartilhado das PVHA entre a AB e a rede de SAE era a estratégia para melhorar a qualidade do cuidado das PVHA no país, bem como aumentar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento. A segunda publicação sugeriu que as PVHA assintomáticas fossem acompanhadas na AB e aquelas com sintomas continuassem na rede de SAE.

A simplificação do tratamento com a disponibilidade do chamado três em um, formulação que reúne três ARV em uma única pílula, necessitando de apenas uma única dose por dia, mais a condição de doença crônica que a infecção pelo HIV tem assumido foram motivos apontados nas publicações para a maior participação da AB na linha de cuidado das PVHA. Os SAE deveriam dar suporte para o trabalho da AB no cuidado em HIV/AIDS nessa nova conjuntura de cuidado compartilhado.

Essa proposta suscitou várias reações negativas, principalmente entre as ONGs e ativistas que militam nessa área e nas Redes de PVHA. Exemplo disso pode ser visto em matéria que se encontra no site do Fórum de ONG/AIDS de SP sobre moção de repúdio da Rede Nacional de PVHA Nordeste sobre o lançamento de uma das publicações acima mencionadas (FOASP).

Essa proposta de mudança no modelo de atenção vem sendo discutida nos espaços de articulação programática e do SUS. Cabe às Secretarias Estaduais em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde de cada unidade federada discutir essas propostas e avaliar o papel da AB e da rede de SAE na linha de cuidado em HIV/AIDS em seu próprio contexto. É fundamental levar em consideração a vontade das PVHA e a posição das organizações e movimentos sociais nessa discussão. Retomarei a realidade paulista e analisarei as propostas construídas no SUS-SP para o cuidado em HIV/AIDS no novo contexto nacional.

A chegada do novo Secretário, mais ligado às ações de resposta à aids na SES-SP e ao consenso construído na CCD sobre o trabalho com as questões assistenciais, permitiu ao CRT coordenar um processo de elaboração de novas propostas para o cuidado das PVHA no SUS-SP.

O diagnóstico da necessidade de maior articulação e integração das atividades em HIV/AIDS com o conjunto do SUS-SP, tanto programática quanto assistencialmente, já existia e ficou bastante explícita nos últimos excertos de entrevistas apresentados acima. Porém, os caminhos apontados para o aprimoramento da rede e a definição do papel dos pontos de atenção das PVHA na linha de cuidado são diferentes na proposta construída no SUS-SP.

Antes de centrar a análise na Resolução que instituiu a Rede de Cuidados em HIV/AIDS e Hepatites Virais no SUS-SP e no incentivo financeiro para sua atuação, vale a pena recuperar rapidamente o processo de sua elaboração. Em uma reunião entre o Secretário de Saúde e a diretoria técnica do CRT e da CCD no início de 2014, para discutir a organização da atenção hospitalar às PVHA, a coordenadora do Programa sugeriu que fosse elaborada uma proposta mais ampla de Rede de Cuidados em HIV/AIDS no SUS-SP, envolvendo não apenas hospitais, mas todos os pontos de cuidado em HIV/AIDS. A sugestão foi aceita e, por orientação da CCD e do Secretário, as Hepatites Virais, também foram incluídas na proposta. (RP).

O processo de construção dessa proposta se deu inicialmente pela sua apresentação na Câmara Técnica de Vigilância em Saúde da CIB do Estado de São Paulo. Nesta, coordenada pela CCD, estão representadas as Secretarias Municipais de Saúde, por meio do COSEMS, e as várias áreas técnicas da SES-SP ligadas à VS. A proposta foi aprovada nessa instância e levada à plenária da CIB, a qual aprovou a criação de um Grupo de Trabalho (GT) bipartite para a implantação da Rede, por meio da Deliberação CIB 67 de 2014. Esse GT bipartite é formado pela CCD, CRS e CSS, representando a SES-SP, e o COSEMS. Posteriormente, a partir das elaborações desse Grupo de Trabalho, foi publicada

em fevereiro de 2015 a Resolução 16 do Gabinete do Secretário que instituiu a Rede de Cuidados em HIVAIDS e HV no SUS-SP.

Esse processo e as propostas incluídas na Resolução foram discutidos e articulados no âmbito da COGESPA e do Fórum de Dirigentes, mas pode ser visto que sua pactuação se deu inteiramente nas instâncias formais do SUS com a participação ativa do COSEMS. A construção da proposta da Rede completou, de certa forma, o movimento de maior aproximação e participação nas instâncias formais do SUS no âmbito da gestão programática em DST/AIDS iniciado em 2000. As propostas para o funcionamento da Rede apontaram também caminhos para a integração das PVHA no âmbito assistencial. Dada sua importância, reproduzo abaixo as partes consideradas mais relevantes da Resolução que instituiu a Rede.

Artigo 1º - Fica instituída a Rede de Cuidados em DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais, por meio da criação, articulação de pontos de atenção à saúde para todas as pessoas com vulnerabilidade para infecção pelo HIV, outras DST e Hepatites Virais, assim como as PVHIV, portadoras de outras DST e Hepatites Virais.

Artigo 2º - Fica instituído um incentivo estadual anual no valor de R\$ 30 milhões de reais, sendo R\$ 20 milhões para repasse aos Fundos Municipais de Saúde para os municípios que fizerem adesão, utilizando-se critérios, pactuados em Comissão Intergestores Bipartite (CIB), listados no parágrafo 1º e sua distribuição definida conforme anexo I e o montante de R\$ 10 milhões para ações de qualificação da Atenção Básica gerenciados pelo Grupo Técnico CIB da Atenção Básica (AB), incluindo a participação de representantes do Centro de Referência e Treinamento - CRT- DST/AIDS e Centro de Vigilância Epidemiológica- Programa Hepatites Virais segundo os critérios a serem estabelecidos.

Parágrafo Único - Os critérios pactuados para a distribuição dos recursos são: a) Ter mais de 20 mil habitantes, b) Ter serviço ambulatorial (Serviço de Assistência Especializada - SAE) de gestão municipal para atendimento às PVHIV e ou para portadores de hepatites virais, c) Serviço de Hepatites virais com dispensação de Inibidor da Protease, d) Número de PVHIV em tratamento antirretroviral – Fonte: Sistema de

Controle Logístico de Medicamentos Antirretrovirais (SICLOM), e) Piso de R\$ 50.000,00 para os municípios que possuem serviços especializados municipais que atendem DST/AIDS e/ou Hepatites Virais e R\$ 60.000,00 para serviço de hepatites virais com dispensação de tratamento com Inibidores de Protease para Hepatites Virais, d) Acrescido ao piso o valor variável correspondente ao número de PVHIV em Terapia Antirretroviral (TARV).

Artigo 3º - São diretrizes para o funcionamento da Rede de Cuidados em DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais: I. Garantia de acesso e de qualidade dos serviços; II. Promoção da equidade; III. Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; IV. Acolhimento com respeito à orientação sexual e ao uso do nome social; V. Acolhimento, Vínculo e Responsabilização, embasados em protocolos clínicos em todos os pontos de atenção; VI. Integralidade da atenção com trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional, tendo como eixos a elaboração de projetos terapêuticos, a gestão da clínica e a organização do trabalho em rede; VII. Diversificação das estratégias de cuidado; VIII. Integração das ações e dos serviços de saúde, tendo como porta de entrada preferencial a AB e o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA); IX. Encaminhamento regulado aos serviços de Atenção Especializada e Hospitalar; X. Articulação com as demais Redes Temáticas (Urgência/Emergência; Cegonha; Reabilitação Psicossocial; Pessoa com Deficiência; Doenças crônicas etc.); XI. Organização dos serviços em rede, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; XII. Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; XIII. Promoção de estratégias de educação permanente.

Artigo 4º - A Rede de cuidado da atenção aos usuários e às usuárias com demandas relativas às DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais é estruturada pelos seguintes componentes:

I - Atenção Básica:

Componente da rede de atenção responsável por: I. Realizar ações de prevenção junto à comunidade e populações mais vulneráveis; II. Disponibilizar materiais informativos, educativos e insumos de prevenção; Ofertar aconselhamento e testagem sorológica para HIV, sífilis, Hepatites B e C para população em geral; III. Ofertar aconselhamento e testagem

rápida do HIV e da sífilis para gestantes no pré-natal, populações vulneráveis e portadores de tuberculose (TB) (referenciar para SAE se HIV reagente); IV. Realizar abordagem sindrômica das outras DST; (alta magnitude e prevalência) V. Disponibilizar e utilizar penicilina G Benzatina para tratamento de sífilis inclusive materna e parcerias, e penicilina procaína para tratamento da sífilis congênita, quando indicado a sua utilização; VI. Realizar seguimento sorológico e controle de cura para todas as gestantes tratadas para sífilis; VII. Disponibilizar vacinação para Hepatite B, conforme orientação do Programa Nacional de Imunização; VIII. Acolher e encaminhar pessoas com HIV/AIDS/Hepatites Virais e crianças exposta ao HIV materno para os serviços de referência; IX. Realizar ações em saúde compartilhadas com a atenção especializada para PVHIV (ações voltadas para a qualidade de vida – exercícios físicos, nutrição, saúde mental, saúde bucal, atendimento ginecológico ou saúde sexual e reprodutiva) – adesão, busca de faltosos, acompanhamento conjunto de co-morbidades e tratamento supervisionado para TB. X. Garantir o acompanhamento ambulatorial, laboratorial (incluindo seguimento líquórico para os casos de sífilis congênita com neurolues) e avaliações com especialistas (neurologia, oftalmologia e otorrinolaringologia) de todas as crianças com sífilis congênita e as expostas a sífilis materna até os dois anos de idade; XI. Realizar ações de vigilância epidemiológica.

II - Atenção Especializada:

II.a – CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
Componente da rede de atenção responsável por: I. Realizar diagnóstico sorológico de HIV e triagem sorológica para sífilis e hepatites B, C e D e Testes Rápidos (TR): TRsAnti-HIV, treponêmico para Sífilis e Hepatites Virais B (HBsAg) e C (anti-HCV). Todos os CTA devem ofertar o teste rápido diagnóstico (TRD) do HIV 1/2, e testagem rápida (TR) como triagem para sífilis e hepatites virais, sobretudo para a ampliação do acesso ao diagnóstico entre populações com maior vulnerabilidade às infecções. II. Vacinação Os CTA deverão oferecer à população a vacina contra hepatite B, entre outras, e/ou referenciar uma unidade da AB mais próxima para a oferta de vacinas. Para a oferta de vacinas o CTA deve atender a qualificação em equipamentos, sala, insumos e recursos humanos de acordo com o estabelecido nas normatizações do Programa Nacional de Imunização

(PNI), Ministério da Saúde. III. Aconselhamento O aconselhamento é uma ação de prevenção que permite a atenção individualizada e singular, além de representar importante componente do processo de diagnóstico do HIV 1/2, da sífilis e das hepatites virais. Deve estar previsto na rotina do CTA nos momentos pré e pós testagem e no atendimento às pessoas que buscam o serviço. IV. Atender às pessoas vivendo com DST/HIV/AIDS e/ou hepatites B e C São atribuições dos CTA na atenção às PVHIV e portadores de DST e hepatites virais: V. Realizar encaminhamento resolutivo dos casos para os serviços de referência; VI. Disponibilizar atendimento aos usuários no período que sucede o diagnóstico, quando estes ainda não estiverem sendo acompanhados nos serviços de referência; Realizar ações de aconselhamento para casais soropositivos e sorodiscordantes. VII. Disponibilizar materiais informativos e educativos Distribuição de materiais informativos, educativos e insumos de prevenção no CTA e em locais públicos ou eventos. VIII. Orientar quanto ao uso de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos. Os CTA devem abordar a questão na perspectiva da redução de danos (RD) e adequar às orientações preventivas, no momento do aconselhamento, conforme o tipo de droga utilizada. Os insumos de RD devem estar disponíveis no serviço e nas atividades extramuros, quando pertinente. IX. Atividades extramuros para prevenção da transmissão do HIV, das hepatites B e C, da sífilis e demais DST. X. Encaminhamento para outros serviços do SUS ou rede de apoio da comunidade; Outras, a serem definidas de acordo com a realidade do serviço. XI. Estabelecer CTA volante ou itinerante XII. Promover articulação com as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), outras instituições locais e programas de DST/AIDS e hepatites virais. XIII. Os CTA deverão se estruturar para realização de abordagem sindrômica das DST e para os casos de HIV e hepatites virais confirmados, deverão encaminhar para serviços de referência mais próximos, ofertando a integralidade da assistência ao usuário. XIV. Realizar ações de vigilância voltadas para o HIV/AIDS, hepatites virais e sífilis Os CTA têm o dever legal de notificar às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde os seguintes agravos: Suspeita de casos e casos confirmados de hepatites virais em instrumento específico do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN 1; Infecção pelo vírus do HIV na

população geral, AIDS na população geral, HIV em gestantes e 6 crianças expostas ao risco de transmissão vertical; Sífilis em gestantes; Sífilis adquirida; Sífilis congênita; Síndrome do corrimento uretral. XV. Realizar capacitações Os CTA podem contribuir para a capacitação de profissionais de saúde e outros trabalhadores, em temas como aconselhamento, redução de danos, técnica de testagem rápida e outros definidos conforme suas habilidades. XVI. Produzir informação O uso de sistemas de informação facilita a sistematização dos dados coletados nos CTA, o planejamento do trabalho e o monitoramento dos resultados alcançados pelo serviço. Devem ser disponibilizados sem barreiras, segundo critérios definidos pelo Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, respeitando as necessidades, práticas sexuais e uso de drogas por parte de cada usuário. São considerados insumos essenciais de prevenção no CTA: Preservativos masculinos de 49 mm e 52 mm; Preservativos femininos; Gel lubrificante; Vacinas; Kits para redução de danos.

II. b – SAE – Serviço de Assistência Especializado Componente da rede de atenção responsável por: I. Prestar assistência clínica, e psicossocial às pessoas vivendo com HIV/AIDS/Hepatites Virais, individual e/ou coletivo, incluindo: II. Prestar assistência durante todas as fases do processo saúde-doença, de modo interdisciplinar, garantindo às referências e contra referências, organizada pela RRAS; III. Construir Projetos Terapêuticos Singulares (com a participação do usuário); IV. Abordagem clínica e laboratorial de adulto, adolescente, criança exposta e infectada pelo HIV e gestantes; V. Indicação de profilaxias primárias e secundárias para infecções oportunistas e DST; VI. Indicação e manejo de TARV; VII. Prevenção e abordagem dos eventos adversos à terapia antirretroviral; VIII. Realizar preenchimento facial ou ter referências estabelecidas; IX. Monitoramento laboratorial para o reconhecimento de falhas terapêuticas e seu manejo; X. Diagnóstico e manejo das comorbidades e infecções oportunistas; XI. Diagnóstico e manejo das coinfeções (Hepatites Virais, HTLV entre outros); XII. Diagnóstico precoce, acompanhamento e tratamento da coinfeção HIV/TB (ativa/latente); XIII. Disponibilizar tratamento com Inibidores da Protease para hepatite C XIV. Acompanhamento psicológico, social e de enfermagem; XV. Prevenção e tratamento das afecções odontológicas; 7 XVI. Realizar ações de prevenção e

qualidade de vida junto às PVHIV e seus parceiros: redução de danos, adesão, lipodistrofia e outras comorbidades, humanização, planejamento familiar, avaliação e aconselhamento nutricional, abordagem de parceiros; XVII. Ter referências para apoio diagnóstico e laboratorial assegurando, a realização de contagem de células CD4/CD8, quantificação de carga viral, exames de genotipagem, biópsia hepática, assim como outros exames pertinentes à assistência. XVIII. Oferecer assistência aos casos de exposição sexual, acidente ocupacional e violência sexual, ou ter referência estabelecida; XIX. Realizar ações de vigilância epidemiológica; XX. Desenvolver ações compartilhadas, através de apoio matricial com a atenção básica, complementares à atenção da saúde das PVHIV: exercícios físicos, nutrição, saúde mental, saúde bucal, atendimento ginecológico, adesão, busca de faltosos, tratamento supervisionado para TB, etc. XXI. Desenvolver programas de formação, aperfeiçoamento e treinamento para a rede, além de desenvolver pesquisa científica.

II.c - Outros Serviços Especializados de diferentes densidades tecnológicas complementares para atenção à saúde em DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais.

III - Atenção Hospitalar:

O encaminhamento para rede hospitalar deverá ocorrer levando-se em consideração as necessidades de assistência que cada caso requer e a complexidade e capacidade resolutive hospitalar. Considerando-se a necessidade de aperfeiçoar a organização regional da assistência hospitalar e o acesso da população a esses serviços, estratificando os hospitais de acordo com sua complexidade e capacidade assistencial, as referências deverão ser pactuadas, definidas regionalmente e os encaminhamentos regulados. É o componente da rede de atenção responsável por: I. Prestar assistência hospitalar em Serviço de Infectologia ou com Equipe com infectologista e Gastroenterologista capacitada no manejo Hospitalar em HIV/AIDS/HV; II. Realizar transplante Hepático; III. Realizar tratamento de Sarcoma de Kaposi; IV. Realizar tratamento e profilaxias de agravos que necessitem de administração de 8 drogas endovenosas diárias ou semanais; V. Realizar procedimentos cirúrgicos de média e alta complexidade, incluindo as cirurgias reparadoras de lipodistrofia; VI. Realizar diagnóstico e tratamento das comorbidades; VII. Internação de casos de

pequena ou média complexidade; VIII. Realizar biópsia hepática (Hepatites Virais); IX. Referência de biologia molecular e genotipagem (HIV/Hepatites Virais); X. Realizar internação de longa permanência para assistência e reabilitação; XI. Apoiar programas de formação acadêmica, treinamento para a rede, além de desenvolver e apoiar pesquisa científica. Parágrafo Único - Compreende-se como usuários/as todas as pessoas com vulnerabilidade para infecção pelo HIV, outras DST e hepatites virais, bem como as PVHIV e portadoras de outras DST e hepatites virais.

Artigo 5º - Fica criado o Grupo Técnico Estadual Bipartite para condução da rede, no nível central e regional para elaboração do termo de referência com diretrizes gerais e elaboração dos planos regionais.

Parágrafo 1º – O Grupo Técnico Estadual Bipartite, será constituído por representantes no nível central: da Coordenadoria de Regiões de Saúde, Coordenadoria de Serviços de Saúde, Coordenadoria de Controle de Doenças e COSEMS e no nível regional: por representantes dos Departamentos Regionais de Saúde, Grupo de Vigilância Epidemiológica interlocução DST/AIDS e Hepatites Virais e representação de município.

Parágrafo 2º - Fica definido que a coordenação da implantação da linha de cuidado é responsabilidade dos grupos técnicos bipartites considerando os mapas (diagnósticos) de saúde das regiões e as ações definidas para os componentes ambulatorial e hospitalar da rede de Cuidados em DST/HIV/AIDS e hepatites virais, conforme descritos no Artigo 4º.

Artigo 6º - Fica definido que a distribuição do recurso para repasse aos fundos municipais de saúde será avaliada anualmente de acordo com o desenho da rede, desempenho dos serviços com base em indicadores propostos pelo grupo condutor e pactuados em CIB [...]

No anexo que acompanha a publicação foram listados os 150 municípios onde existiam SAE que acompanhavam PVHA ou portadores de HV. No caso das PVHA, esses serviços eram, com poucas modificações, aqueles identificados o Qualiaids 2010, assim como eram os municípios que faziam parte da política de incentivo do MS.

A proposta da Rede reconheceu a necessidade e reforçou o papel do cuidado compartilhado e de maior articulação dos vários pontos de atenção, particularmente a AB, a SAE e os CTA, para melhorar do cuidado das pessoas mais vulneráveis ao HIV/AIDS. Neste sentido, se aproximou da avaliação do MS. Porém, as estratégias propostas para ampliar esse compartilhamento do cuidado e para definir o papel de cada um dos pontos de atenção diferiam nas duas abordagens.

Na proposta de SP, os CTA tinham um papel muito importante no trabalho de prevenção, diagnóstico precoce e encaminhamento dos portadores da infecção pelo HIV para o acompanhamento no SAE. Atuavam também na capacitação da AB para essas atividades propostas na linha de cuidado no que tange ao HIV/AIDS, como apresentado anteriormente. A prioridade para a AB era o trabalho com as DST, principalmente com a Sífilis. A Portaria colocou também para a AB uma ampla gama de atividades no cuidado de saúde das PVHA a serem desenvolvidas em parceria com o SAE. A articulação dos SAE com o restante da rede especializada por meio das instâncias formais de regulação apareceu como forma de buscar garantir e aprimorar a integralidade do cuidado das PVHA em relação às demandas não atendidas na Rede. A articulação com as outras Redes existentes no SUS também era parte da proposta.

Acho que como coordenação de programa e a linha de cuidado que a gente negociou esse ano, acho que é um grande salto. Se a gente souber como conduzir esse processo, eu acho que ele pode dar um grande salto, mas é uma coisa muito complexa. Tem os três pedaços, a qualificação da atenção básica. A atenção básica que tem que se incorporar aos nossos conteúdos. Não dá mais para eu ficar discutindo alguns conteúdos, se a atenção básica da Secretaria não priorizar a sífilis, a sífilis congênita, a transmissão vertical do HIV, a questão dos preservativos, a penicilina, e outras questões nossas. Esses modelos têm que estar incorporados dentro da qualificação da atenção básica, e estruturar melhor os serviços de referência. Por incrível que pareça, acho que é o pedaço que está mais no nosso domínio. Lógico que vai ter que regular, lógico que nós

vamos ter que nos organizar melhor. E a assistência hospitalar, eu fico muito preocupada porque nós temos problemas ainda com relação à assistência hospitalar, e é um mundo muito novo. A gente ficou muito distante da questão da assistência hospitalar, dos hospitais estruturantes, estratégicos e de apoio.(MG)

A Resolução trouxe também um conjunto de diretrizes, dispositivos e arranjos que buscavam construir a integralidade do cuidado das PVHA com base em vários conceitos e propostas abordados nesta narrativa. Como já comentado, a gestão do cuidado no âmbito dos serviços e da relação entre equipes e PVHA apresenta grandes obstáculos a trabalhar.

Eu acho que o maior desafio é essa questão do trabalho relacional. Na resolubilidade dessa integração da construção das linhas de cuidado consigam chegar nessa resolubilidade integrando os diversos pontos de atenção do SUS; e dessa questão do modelo de atenção, da vinculação, aí, do trabalhador da saúde. Como é que eu desenvolvo, trabalho com essas pessoas no sentido de valorizar essa questão das relações e da autonomia, e de olhar o outro, não como um objeto, não como uma doença, e identifique nele uma pessoa, um sujeito com potencial para tomar decisões e para cuidar da sua saúde? E o trabalhador da saúde como apoiador e integrado em equipe? Acho que esse é o desafio, não só dos serviços ambulatoriais de AIDS. Inclusive da estratégia da saúde da família que nasceu para trabalhar desse jeito. E a gente vê vários estudos, teses, mostrando que tem muita dificuldade: esse olhar relacional de trabalhar em equipe, de construir de fato um trabalho de grupo; de se articular e de olhar para o usuário, valorizando essa pessoa, como uma pessoa potente para trabalhar com a sua vida e tomar decisões. Integrar com esses serviços e dar conta de toda a linha é um desafio. (RS)

O conjunto de questões postas para a melhoria da qualidade do cuidado está no contexto mais amplo de construção do SUS e das Redes de Atenção em Saúde.

Acho que esse desafio está para além do programa, e nós conseguirmos viabilizar o SUS. Acho que por mais que a gente fique tentando arrumar aqui, arrumar ali...Hoje de manhã as pessoas estavam falando sobre isso. Nós temos a terceirização da gestão das unidades básicas que estavam no estado inteiro. Aí, o pessoal estava dizendo: "A gente capacita, e as pessoas saem", e eles não têm governabilidade sobre isso. Então, a gente tem que buscar outros mecanismos, procurar saber como fazer para segurar isso. Nosso calcanhar de Aquiles, ele está dentro da viabilização desse SUS como a gente o imaginou, como o formulou, e o que ele é hoje. Então, a nossa grande dificuldade é essa: por mais que o programa tenha recurso aqui ou ali, ele tem muita dificuldade de vencer isso. Porém, ele tem um espaço que é esse espaço de apoiar os serviços dentro de algumas coisas que podem ser feitas, e que eu acho que no programa está sendo feito, por exemplo. Eu acho que, quando o programa propõe que os municípios que estão com uma mortalidade mais alta invistam, apoiem e ajudem, é esse o papel do programa mesmo, porque, aí, você vai identificar que está com mortalidade alta porque está falhando no atendimento. Aí você tem, digamos, mais argumentos para discutir dentro do município, e você tem um nívelzinho de governabilidade no ponto de vista que é uma governabilidade maior; porque, antes, ela tem uma legitimidade. Então é assim, tem legitimidade aumenta a governabilidade, as pessoas te escutam e acham que aquilo é uma coisa boa e se propõem a mudar, e fazem correções que estão no nível delas. São coisas dessa ordem. Agora é formulação. Eu acho que a gente tem que insistir muito, fazer as propostas, apoiar onde identifica as fragilidades, mas sabendo que temos limites, infelizmente. O problema para encaminhar um paciente para internação em uma unidade pública no SUS, para quem tem HIV é semelhante à de quem não tem. Talvez você diga: "Ah, o HIV é pior", Sim, tem muita discriminação, muito preconceito. Então, em alguns locais isso pode ser pior por conta do estigma, por conta do preconceito, mas o que eu quero dizer é que, no ponto de vista estrutural, a gente enfrenta os mesmos problemas que todo mundo com as outras patologias. Acho que esse é o nosso desafio, que é entrar nessa briga para esse SUS melhor. (CB)

A publicação da Rede de Cuidados em HIV/AIDS e HV é o evento que marca o final desta narrativa. Os desafios para sua implantação são de várias ordens e estão sendo vivenciados na atualidade. A recuperação histórica realizada mostrou que o CRT tem conseguido lidar com desafios de forma proativa, construindo respostas que têm feito avançar, ainda que com limitações, as melhores aspirações do SUS. O excerto abaixo finaliza essa narrativa, apontando o próximo salto.

O que isso vai significar na linha de cuidado, se a gente não souber como fazer? Isso vai virar uma grande falácia. Então, ao mesmo tempo em que eu acho que é um processo muito rico, eu estou muito assustada com ele. Porque, da mesma forma, a gente teve acordo de empréstimo muito importante nos anos 1990, um incentivo super importante nos dez primeiros anos dos anos 2000, Para os próximos anos, a linha de cuidado pode ser um novo caminho, a linha de cuidado pode ser um marco, um diferenciador. Então, os acordos de empréstimos, os incentivos e agora a linha de cuidado. Pode ser que a gente consiga dar esse salto. (MG)

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste trabalho, vale assinalar os aprendizados e os desafios suscitados pelas narrativas construídas sobre a elaboração conceitual e a prática da integralidade no SUS, e sobre as experiências do CRT na gestão do cuidado às PVHA.

Acredito que o primeiro percurso narrativo foi capaz de estabelecer um referencial teórico-conceitual sobre o princípio da integralidade e suas aplicações no SUS. Ele foi o pano de fundo a partir do qual foi dado o enfoque da segunda narrativa, fornecendo o quadro da interpretação das experiências do CRT na perspectiva da integralidade.

Creio também que a narrativa das experiências do CRT na gestão do cuidado das PVHA foi capaz de sustentar a tese apresentada na justificativa deste estudo. Foi possível identificar vários sentidos e pretensões que se busca imprimir nas políticas e modelos de atenção à saúde no SUS sob a égide da integralidade. Foi possível também avaliar alcances e limites, distâncias entre *intenção e gesto* no exercício da integralidade nos espaços de gestão do cuidado às PVHA no modelo de atenção construído pelo SUS-SP.

Antes de abordar os resultados e discussões do conjunto da tese, é importante e necessário destacar a importância dos pares do CRT e do Programa de DST/Aids. De fato, o trabalho com as entrevistas e o uso de seus excertos, assumiu grande centralidade no conjunto deste trabalho, seja como recurso narrativo, seja como fonte de interpretações e reflexões sobre o processo histórico estudado.

VI.1 Alcances e limites na gestão do cuidado das PVHA na perspectiva da Integralidade

A criação do CRT e seu arranjo tecnológico e institucional atualizaram e potencializaram um conjunto de experiências programáticas e de cuidado já fortemente marcadas pelo princípio da integralidade no contexto da saúde paulista. Exemplos disso são as experiências prévias do Programa de Hanseníase em lidar com o estigma, com a discriminação e com o cuidado multiprofissional, além da importante marca da participação e compromisso com o movimento social, o gay em particular, na origem da resposta à aids pela SES-SP em 1983. A própria organização e articulação programática das ações de prevenção, vigilância e assistência iniciadas no IS e retomadas no CRT são características que, ao mesmo tempo, são moldadas pelo princípio da integralidade como valor e contribuíram para atualizá-lo como prática do SUS.

O arranjo tecnológico singular do CRT permitiu, dadas suas condições político-institucionais, o exercício de três níveis de gestão do cuidado (das PVHA, dos serviços e da Rede) numa mesma plataforma. Essa configuração promoveu maior visibilidade e permeabilidade desses níveis de gestão às necessidades e demandas trazidas pelas PVHA. Esse arranjo também aumentou a legitimidade e a capacidade do CRT de estabelecer parcerias e dar suporte à rede de serviços e aos Programas Municipais de Aids.

Na segunda metade da década de 1990 e início dos anos 2000, uma conjuntura político-institucional muito favorável, tanto na SES-SP como no MS, permitiu ao CRT um exercício mais pleno de suas potencialidades. Nesse período foram desenvolvidas e aprofundadas estratégias de gestão do cuidado nos três níveis citados, assim como um modelo de atenção em HIV/AIDS fortemente orientado pelos compromissos com a integralidade. Vale ressaltar a incorporação das propostas da Clínica Ampliada e da Teoria do Cuidado nas práticas de gestão do cuidado das PVHA e dos serviços de saúde, bem como do conceito de

Vulnerabilidade e do referencial dos Direitos Humanos, transversalmente, na orientação do conjunto das ações do Programa.

Porém, pôde ser evidenciado, nas entrevistas, documentos e publicações analisadas, que o alcance e os limites na efetivação da integralidade, além das pretensões trazidas por seus constructos conceituais e arranjos práticos, tem sido desigual entre os três níveis de gestão do cuidado. Houve consenso de que se caminhava mais e com mais facilidade na dimensão gerencial da rede de cuidado, nos espaços de articulação e mesmo na pactuação programática, e menos, e com maior dificuldade na efetivação da integralidade do cuidado às PVHA, bem como na gestão dos serviços de saúde.

Esses diferentes gradientes de dificuldade nas três esferas da gestão do cuidado formaram importante campo de investigação que deve ser mais explorado, devido a seu potencial para orientar estratégias de efetivação da integralidade. Pode-se apontar algumas pistas a seguir, com base no referencial teórico-conceitual e nas experiências narradas neste trabalho.

Evidenciou-se que existe menor assimetria de poder e de inserção social e institucional entre os atores que participam dos espaços de gestão sistêmica ou programática da rede, quando comparados aos outros dois, todos espaços públicos por sua natureza. A transparência e a divulgação das articulações, pactuações técnicas e políticas por eles realizadas não só são desejáveis como necessárias de um ponto de vista republicano. Em contrapartida, esses espaços e seus atores são sujeitos as injunções e mudanças de natureza político-partidárias.

Ocorreu no Programa de Aids de São Paulo a combinação entre manutenção ininterrupta do mesmo grupo de coordenação de meados da década de 1990 até os dias atuais, o que não é muito comum, assim como o desenvolvimento ativo de estratégias colegiadas e democráticas de gestão e gerência da rede de cuidados. O Fórum de Dirigentes e seus desdobramentos regionais com a participação de representantes governamentais, do movimento social e das PVHA são bons

exemplos de espaços de articulação e construção participativa dessa rede. Nesses espaços foram exercitadas estratégias de gestão com forte marca comunicativa, o que permitiu e tem permitido a apropriação e responsabilização coletiva pela construção da rede de cuidado em HIV/AIDS no SUS-SP.

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.

Os espaços da gestão dos serviços e do cuidado das PVHA são, por sua vez, marcados por uma multiplicidade maior de atores com mais assimetria de poder entre si e em suas inserções sociais e institucionais. Os espaços clínicos e da organização dos serviços são mais protegidos do escrutínio público, quando comparados aos de articulação e pactuação. Se, por um lado, essa maior proteção se fez necessária para preservação de aspectos da vida privada e das relações que lá se estabeleciam, por outro dificultou a visibilidade e a intervenção no cotidiano dessas dimensões do cuidado.

Nesses níveis de gestão, a existência de várias assimetrias de poder aumentou as dificuldades de alinhamento em bases comunicativas dos diversos interesses institucionais: dos gestores, dos trabalhadores e suas corporações profissionais e dos usuários. Aliado a isso, a maior rotatividade, tanto de RH como das gerências, trouxe outros obstáculos à implantação de estratégias mais democráticas de gestão dos serviços, de processos e de arranjos entre as equipes multiprofissionais, as quais propiciassem 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 DST-HIV/AIDS e HV incorporassem 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.

VI.2 Alcances, limites e desafios para o Modelo de Atenção em HIV/AIDS na perspectiva da integralidade

A partir de seu arranjo tecnológico e institucional, o CRT 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 serviços, 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.

Posso 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 à Saúde propostas pelo MS em 2010.

Porém, no período posterior à publicação da Portaria Nº 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. Essa posição criou inédita área de debate 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 alcançou em São Paulo resultados satisfatórios no que diz respeito ao acesso aos serviços e à TARV, e na dimensão biomédica do cuidado. Os desafios colocados atualmente 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.

Atualmente, não se avalia como necessário ou mesmo desejável que o acompanhamento de PVHA ocorra na Atenção Básica (AB) no SUS-SP. Nesse momento ainda é preciso qualificar a AB para as atividades de prevenção e diagnóstico da infecção pelo HIV e, principalmente, para alcançar a eliminação da TV e a diminuição da sua transmissão sexual, uma demanda inadiável de saúde pública que já apresenta dificuldades importantes para sua realização.

A implantação do modelo de atenção em HIV/AIDS nos demais 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 SAE para este fim ou, ainda, uma combinação das duas estratégias?

A partir das experiências narradas, cabe apenas apontar alguns elementos a considerar ao escolher uma das estratégias acima.

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 são mais sujeitas a preconceitos e discriminação na sociedade, e em serviços de saúde. Por essa razão, as PVHA têm medo da quebra de confidencialidade, caso 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 adequado do que envolver o conjunto das unidades da AB de todos os municípios no acompanhamento das PVHA. Apenas como parâmetro, existem no Estado de São Paulo SAE 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 Portaria 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, que marcou o início dessa narrativa, a publicação que instituiu a Rede, e marcou o seu final, atualizou e incorporou várias estratégias e propostas programáticas orientadas pela busca da integralidade construídas ou adotadas pelo Programa de DST/AIDS no SUS SP para o cuidado das PVHA.

As interpelações e desafios enfrentados atualmente pelo CRT, por essa Rede de Cuidado e pelo Modelo de Atenção em HIV/AIDS em São Paulo são os mesmos postos ao SUS, para o sucesso na sua missão de promover saúde integral e cidadania. É minha esperança que a experiência aqui relatada e o conjunto de mediações teóricas aqui utilizadas possam trazer alguma contribuição para essa tarefa mais ampla, de expandir e aprofundar esse impressionante processo político, técnico e científico que fez do SUS essa expressiva conquista e promessa emancipatória.

VII ANEXOS

VII. 1 - ANEXO I

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.

Temário para Roteiro de Entrevista

– Profissionais do CRT-DST/AIDS

- Identificação do entrevistado (trajetória profissional, formação, titulação acadêmica, tempo de trabalho, como começou e que função já desempenhou no CRT)
- Conhecimento e participação na formulação da proposta inicial de trabalho do CRT
- Trajetória do CRT no período de 1988 a 2013, quais mudanças importantes ocorreram nesse período, quais os momentos mais marcantes na e da instituição nesse período
- Oduplo papel do CRT no trabalho de assistência direta às PVHA e no trabalho de coordenação programática de descentralização e municipalização da assistência a PVHA no SUS-SP
- Participação do CRT-DST/AIDS na forma como são identificadas as necessidades de saúde e definidas as finalidades das ações e serviços da linha de cuidado das PVHA no SUS-SP, incluindo a participação destas nestas definições

- Principais políticas e estratégias de ação programática criadas e executadas nesse período pelo CRT-DST/AIDS para o suporte da criação e operação dos Programas Municipais e da Rede de Serviços para PVHA no SUS-SP
- Principais características das articulações do CRT-DST/AIDS com o MS (Programa Nacional de DST/AIDS), Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS, Programas Municipais de DST/AIDS, Bipartite) e com as demais instâncias da SES-SP na definição destas políticas e estratégias programática de descentralização e municipalização da assistência a PVHA no SUS-SP no decorrer desse período
- Principais limites e potencialidades do CRT-DST/AIDS na gestão e organização programática do cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS para a maior efetivação da sua integralidade no SUS-SP
- Aplicação do princípio da Integralidade no Programa Estadual de Aids e no cuidado das PVHA na Rede Assistencial no SUS-SP e quais os maiores desafios para sua efetivação

Temário preliminar para Roteiro de Entrevista

– Interlocutores Regionais do Programa Estadual de DST/AIDS, Membros ou Coordenadores de Programas Municipais de DST/AIDS

- Identificação do Entrevistado (trajetória profissional, formação, titulação acadêmica, tempo de trabalho, como começou e que função já desempenhou na Regional ou no Município)
- Trajetória da Regional/Programa Municipal no período de 1988 a 2013, quais mudanças importantes ocorreram nesse período, quais os momentos mais marcantes na e da instituição nesse período

- O duplo papel do CRT no trabalho de assistência direta às PVHA e no trabalho de coordenação programática de descentralização e municipalização da assistência a PVHA na sua Região/Município nesse período
- Participação do CRT-DST/AIDS na forma como são identificadas as necessidades de saúde e definidas as finalidades das ações e serviços da linha de cuidado das PVHA na sua Região/Município
- Principais políticas e estratégias de ação programática criadas e executadas nesse período pelo CRT-DST/AIDS para o suporte da criação e operação dos Programas Municipais e da Rede de Serviços para PVHA na sua Região/Município
- Como se deram e quais as principais características das interações do CRT-DST/AIDS com o MS (Programa Nacional de DST/AIDS) e a sua Região/Município na definição destas políticas e estratégias programáticas de descentralização e municipalização da assistência a PVHA no SUS-SP no decorrer desse período
- Principais limites e potencialidades do CRT-DST/AIDS no suporte e apoio para a gestão e organização programática do cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS e para a efetivação da sua integralidade na sua Região/Município
- Aplicação do princípio da Integralidade no Programa Estadual de Aids e no cuidado das PVHA na Rede Assistencial na sua Região/Município e quais os maiores desafios para sua maior efetivação

VII.2 - ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: "A integralidade no cuidado das pessoas vivendo com HIV e Aids: a experiência do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS (CRT-DST/AIDS) da SES-SP"

Pesquisador: Artur Olhovetchi Kalichman

Orientador: Prof. Dr. José Ricardo Carvalho Mesquita Ayres

Prezado(a) Senhor(a),

Estamos realizando um projeto de pesquisa, vinculado ao CRT-DST/AIDS e ao Programa de Pós-graduação da FM USP em nível de Doutorado, que tem por objetivo principal recuperar a experiência do CRT-DST/AIDS na gestão e organização programática do cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS no Estado de São Paulo, no período de 1988 a 2013, analisando criticamente os aspectos facilitadores e limitantes de sua atuação sob a perspectiva da integralidade da atenção à saúde.

Estamos fazendo essa entrevista a fim de coletar informações mais detalhadas sobre as suas experiências com a gestão e organização programática do cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS e sobre suas relações com o CRT-DST/AIDS na perspectiva crítica e reflexiva apontada acima.

Estamos entrevistando técnicos que trabalham ou trabalharam em posições chave do Programa Nacional, no CRT-DST/AIDS e em instâncias Regionais da SES-SP e Programas Municipais selecionados no Estado de São Paulo, bem

como ativistas de ONG/Aids e de Redes de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS. Os resultados da pesquisa que estamos desenvolvendo contribuirão para subsidiar as políticas públicas em DST/AIDS no Estado de São Paulo e em outras regiões brasileiras.

A entrevista será gravada e posteriormente transcrita, e os dados obtidos poderão ou não serem incluídos no relatório final. Esclarecemos que sua participação é voluntária e que o(a) senhor(a) poderá desistir a qualquer momento da entrevista, sem que isso acarrete nenhum prejuízo ou dano. Poderá também solicitar a qualquer tempo antes da publicação dos resultados que as informações fornecidas não sejam utilizadas e/ou que seus registros sejam inutilizados.

Asseguramos a(o) senhor(a), o sigilo e a confidencialidade quanto às informações prestadas durante a entrevista, na análise e organização dos dados, na elaboração do relatório final, bem como na etapa de divulgação dos resultados. Desde já nos comprometemos a apresentar e disponibilizar cópia do relatório final ao término do projeto, no primeiro semestre de 2016.

Asseguramos uma cópia deste Termo para o(a) senhor(a) e outra para o pesquisador.

Antecipadamente, agradecemos sua colaboração e nos colocamos à disposição para qualquer esclarecimento, com Artur Olhovetchi Kalichman, pesquisador principal, no Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS, à Rua Santa Cruz, 81 - 1º andar – Vila Mariana, São Paulo CEP 04121-000 ou pelos telefones (11) 50846143 ou pelo e-mail artur@crt.saude.sp.gov.br, no horário das 10:00 às 18:00 horas, de segunda a sexta-feira; ou Comitê de Ética em Pesquisa do CRT-DST/AIDS com seu coordenador Dr. Eduardo Ronner Lagonegro pelo telefone 5087-9837.

Atenciosamente,

Artur O Kalichman
Pesquisador responsável pelo estudo
RG Nº 3094196

Eu, _____, RG Nº _____, declaro que compreendi o conteúdo desse Termo e concordo em participar da entrevista.

Endereço eletrônico do Entrevistado _____

São Paulo, ____/____/____

Assinatura do entrevistado(a):

Carneiro
211
1996

VII.3 - ANEXO III

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO

**INSTITUTO ADOLFO LUTZ
PROGRAMA ESTADUAL DE DST/AIDS**

**ORIENTAÇÕES E NORMAS PARA UTILIZAÇÃO DA REDE
DE LABORATÓRIOS PARA DETERMINAÇÃO DE
LINFÓCITOS CD₃, CD₄ E CD₈**

SÃO PAULO, Dezembro de 1995

Participaram da elaboração deste manual

Artur O. Kalichman - Programa Estadual de DST/AIDS - CRT-DST/AIDS

Denize Lotufo Estevam - Programa Estadual de DST/AIDS - CRT-DST/AIDS

Flavia Rossi - Instituto de Infectologia Emílio Ribas

Mirthes Ueda - Instituto Adolfo Lutz

Rosa de Alencar Souza - Programa Estadual de DST/AIDS - CRT-DST/AIDS

Silvia R. C. Milanello - Instituto Adolfo Lutz

APRESENTAÇÃO

A Rede de Laboratórios para determinação de Linfócitos CD₃, CD₄ e CD₈ da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo tem por objetivo dar suporte às **atividades assistenciais** desenvolvidas com os portadores da infecção pelo HIV/AIDS matriculados e acompanhados nos serviços de saúde do SUS-SP.

A Rede, que realizará os exames de determinação das sub-populações de CD₃, CD₄ e CD₈ através de citometria de fluxo, tem a participação de Laboratórios vinculados ao Instituto Adolfo Lutz (IAL), Hemo-Rede, Instituto Emílio Ribas (IER) e ao Centro de Referência de AIDS (CRAIDS) da Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Santos.

As atividades de organização e operacionalização da Rede envolvem a ação articulada do IAL, das Coordenações e Direções Regionais de Saúde e do Programa Estadual de DST/AIDS contando com o apoio do Programa Nacional de DST/AIDS.

O IAL-Central é a instância que coordena a Rede sendo responsável pela definição das normas técnicas, rotinas e instrumentos usados na colheita, transporte e processamento das amostras, bem como pela supervisão e controle de qualidade dos procedimentos laboratoriais dos componentes da Rede.

Cabe, também, ao IAL-Central a gerência administrativa da Rede no que diz respeito aos procedimentos para a aquisição dos reagentes imunológicos para realização do exame, a operacionalização e controle de sua distribuição e remanejamento entre os laboratórios.

As CRSs e DIRs são responsáveis pela definição das áreas de abrangência de cada laboratório bem como, pela organização do fluxo e dos esquemas de transporte das amostras das unidades da SES-SP, onde será feita a colheita, até o laboratório de referência.

O Programa Estadual de DST/AIDS é responsável pela definição das normas técnicas, rotinas e instrumentos relativos às solicitação e uso do exame para melhorar o manejo clínico dos portadores da infecção pelo HIV/AIDS.

As cotas de reagentes imunológicos a serem enviadas a cada laboratório participante serão definidas pelas instâncias da Coordenação da Rede a partir de critérios epidemiológicos e operacionais. Estas cotas serão reavaliadas bimensalmente e redimensionadas sempre que possível e necessário.

COMPOSIÇÃO DA REDE E ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DOS LABORATÓRIOS REGIONAIS

1. INSTITUTO ADOLFO LUTZ: Laboratório Central

Av. Dr. Arnaldo, 351 - 10º andar - SP Telefone: 851-0111 Ramal 216/253

RESPONSÁVEL: Dra. MIRTHES UEDA

INTERLOCUTOR CRS/DIR: Dr. Paulo Seixas (Tel: 011-2822468)

CITÔMETRO DE FLUXO: com "Sorter Mecânico"

ÁREA DE ABRANGÊNCIA: DIR I - CAPITAL - CRT - DST/AIDS

NÚCLEO 3

NÚCLEO 4

NÚCLEO 5

DIR II - SANTO ANDRÉ

DIR III - MOGI DAS CRUZES

DIR IV - FRANCO DA ROCHA

DIR V - OSASCO

DIR XVII - REGISTRO

2. INSTITUTO DE INFECTOLOGIA "EMÍLIO RIBAS"

Av. Dr. Arnaldo, 165 - SP Telefone: 851-5653

RESPONSÁVEL: Dra. FLÁVIA ROSSI

INTERLOCUTOR DIR: Dr. Paulo Seixas (Tel: 011-2822468)

CITÔMETRO DE FLUXO: sem "Sorter Mecânico"

ÁREA DE ABRANGÊNCIA: DIR I - CAPITAL - NÚCLEO 1 (exceto CRT-
DST/AIDS)

NÚCLEO 2

3. INSTITUTO ADOLFO LUTZ: Laboratório I de Campinas

Rua São Carlos, 720 - Campinas Telefone: (0192) 33-7977

RESPONSÁVEL: Dra. CHRISTINA LEOPOLDO E SILVA

INTERLOCUTOR DIR: Dra. Celeste Aparecida Boicato (Tel: 0192-348465)

CITÔMETRO DE FLUXO: sem "Sorter Mecânico"

ÁREA DE ABRANGÊNCIA: DIR XII - Campinas

DIR XXI - São José dos Campos

DIR XXIV - Taubaté

DIR XV - Piracicaba

DIR XX - São João da Boa Vista

4. INSTITUTO ADOLFO LUTZ - Laboratório I de São José do Rio Preto

Rua Alberto Sufredini, 2.325 - São José do Rio Preto Telefone: (017) 224-1423

RESPONSÁVEL: Dra. MARGARIDA G. BASSI

INTERLOCUTOR DIR: Dra. Ivone Dalpon Escancella (Tel: 017-
2320388/2338802)

CITÔMETRO DE FLUXO: sem "Sorter Mecânico"

ÁREA DE ABRANGÊNCIA: DIR XXII - São José do Rio Preto

DIR XVI - Presidente Prudente

DIR VI - Araçatuba**5. HEMOCENTRO DE BOTUCATU - Laboratório de Citometria**

Rua Rubião Junior, S/N - Botucatu Telefone (014) 821-2121 ramal 2041

RESPONSÁVEL: Dr. PAULO MACHADO

INTERLOCUTOR DIR: Dra. Maria Salete Carli (Tel:014-8212322)

CITÔMETRO DE FLUXO: com "Sorter Mecânico"

ÁREA DE ABRANGÊNCIA: DIR XI - Botucatu

DIR X - Bauru

DIR XIV - Marília

DIR VIII - Assis

DIR XXIII - Sorocaba

6. HEMOCENTRO DE RIBEIRÃO PRETO

Rua Tenente Catão Roxo, 2501 Telefone- (016) 633-6046

RESPONSÁVEL: Dr. DIMAS TADEU COVAS

INTERLOCUTOR DIR: Dra. JoseLY M. P. Pintya (Tel: 016-6256333)

CITÔMETRO DE FLUXO: com "Sorter Mecânico"

ÁREA DE ABRANGÊNCIA: DIR XVIII - Ribeirão Preto

DIR XIII - Franca

DIR IX - Barretos

DIR VII - Araraquara

7. LABORATÓRIO CRAIDS - PREFEITURA DE SANTOS

Rua Silva Jardim, 40 - Telefone: (013) 222-2072

RESPONSÁVEL: Dr. LUIZ HENRIQUE GAGLIANI

INTERLOCUTOR DIR: Dra. Ana Lucia G. Colaço(Tel: 013-2893900)

CITÔMETRO DE FLUXO: sem "Sorter Mecânico"

ÁREA DE ABRANGÊNCIA: DIR XIX - Santos

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

REDE DE LABORATÓRIOS
CD4, CD8INSTITUTO ADOLFO LUTZ
Programa DST/AIDS

CONCEITOS BÁSICOS

Desde o início da epidemia, antes mesmo da identificação do HIV como agente etiológico, a determinação da proporção CD_4/CD_8 era utilizada para a avaliação clínica de pessoas em maior risco para o desenvolvimento da AIDS. A identificação do HIV como agente causal da AIDS e posteriormente a demonstração do tropismo desse vírus pela molécula de CD_4 que é encontrada na superfície de determinados linfócitos, confirmou a importância da contagem do CD_4 , mais que a proporção CD_4/CD_8 , na avaliação dos pacientes HIV positivos.

Ficou claro, através de vários estudos que a gravidade da doença induzida pelo HIV está associada com a depleção progressiva da porcentagem e do número absoluto das células CD_4 . A partir desses estudos, a contagem de CD_4 passou a ser usada como o melhor marcador disponível para avaliação de progressão da imunodeficiência e para indicar quando iniciar terapia anti-retroviral e profilaxias primárias, além de auxiliar no diagnóstico das infecções oportunistas. (tabela 1)

É importante enfatizar que muitos fatores podem afetar a exatidão do CD_4 como:

Método: atualmente recomenda-se a citometria de fluxo como método de eleição.

Horário: a contagem pela tarde é mais alta do que pela manhã.

Idade: a criança tem valores mais elevada e adultos acima de 65 anos tem um declínio dos valores quando comparados com indivíduo entre 25 e 40 anos.

Outros fatores que também podem alterar o resultado do CD_4 são: exercício físico intenso (diminui o CD_4), infecções agudas virais ou bacterianas (diminuem o CD_4).

Em vista dessas variáveis sempre que se for tomar decisões no que diz respeito a início de medicações ou troca das mesmas, deve-se preferencialmente obter duas contagem com intervalo de uma semana, se possível coletado no mesmo horário e realizadas pelo mesmo método.

Quadro 01:

Valores da contagem de linfócitos CD₄ e relação com o surgimento de primeiros episódios de manifestações clínicas da infecção pelo HIV1

Contagem de CD₄	Manifestação clínica
> 500	<ul style="list-style-type: none"> - linfadenopatia generalizada - Candidíase vaginal recorrente
> 250 - 500	<ul style="list-style-type: none"> - Pneumonia pneumocócica - Tuberculose pulmonar - Herpes Zoster - Candidíase oral - Neoplasia intraepitelial cervical - Sarcoma de Kaposi - Linfoma não Hodgkin
100 - 250	<ul style="list-style-type: none"> - Pneumonia por P.carini - Histoplasmoze disseminada - Toxoplasmose - Perda de peso - Câncer cervical
< 100	<ul style="list-style-type: none"> - Retinite por citomegalovírus - Mycobacterium avium- Complex disseminado - Candidíase esofágica - Criptococose - Criptosporidiose persistente

PERIODICIDADE DE SOLICITAÇÃO DO CD4

A contagem do CD₄ deve fazer parte do acompanhamento clínico do paciente HIV positivo e deverá ser solicitado em uma primeira consulta e repetido de acordo com o quadro abaixo:

Plano de solicitação de exames e indicação de algumas condutas baseados na contagem de linfócitos CD₄

Contagem de CD ₄ ou porcentagem	Conduta - Anti-retrovirais e Quimioprofilaxia 1 ^a	Orientações para nova solicitação
> 500/mm ³	—	a cada 06 meses
500 - 300/mm ³ ou > 22%	Se sintomático terapia anti-retroviral	a cada 06 meses*
300 - 200/mm ³ ou 20 - 22%	Se sintomático terapia anti-retroviral	a cada 03 meses*
< 200/mm ³ ou < 20%	Terapia anti-retroviral Profilaxia p/ Pneumocistose Profilaxia p/ Toxoplasmose (em casos de sorologia +)	A critério do médico responsável

*Em casos sintomáticos repetir com maior frequência, a critério médico.

Quanto à profilaxia primária da Tuberculose e de acordo com o Manual de Normas para Controle da Tuberculose (1995), da Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária, recomenda-se que esta seja feita para pacientes com PPD < que 5mm e CD₄ < 350 mm³ ou quando o PPD for > ou = 5mm com qualquer valor do CD₄. Deve-se sempre, antes de iniciar a profilaxia, afastar a possibilidade de TB ativa.

Até o momento, segundo a literatura, não existe nenhuma recomendação definitiva a respeito do uso do CD₄ na tomada de decisão sobre uma eventual troca da terapia anti-retroviral. Entretanto, a queda rápida e progressiva dos valores do CD₄, o tempo de tratamento e o aparecimento de sinais clínicos de progressão da doença (Infecção oportunista, doença consumptiva, etc...) podem indicar falência clínica do tratamento anti-retroviral e necessidade de troca de medicação e/ou associação.

Não devemos perder de vista que a contagem de CD₄ é apenas um exame complementar, devendo ser encarado como tal, entendendo que de forma alguma poderá substituir o acompanhamento clínico do paciente ou a utilização de outros marcadores de progressão.

ORIENTAÇÕES PARA COLETA E TRANSPORTE DE AMOSTRA DE SANGUE E PARA PREENCHIMENTO DA SOLICITAÇÃO DOS EXAMES

A- Coleta e Transporte

1- Colher 5 ml de amostra de sangue em tubo tipo "Vacutainer" contendo EDTA (frasco com tampa roxa). Rotular o tubo de sangue adequadamente, contendo as seguintes informações: nome do paciente, número da matrícula na Unidade, data e hora da coleta do sangue. Logo após a coleta do sangue o tubo deve ser agitado delicadamente, por inversão, para misturar bem o sangue com o anticoagulante, evitando assim a formação de coágulos que inviabilizam a realização do exame.

2- A amostra deverá chegar ao laboratório de referência num prazo máximo de seis horas. Caso contrário há o risco de inviabilizar tecnicamente a realização dos exames.

3- A coleta sempre deverá ser feita pela manhã devendo a amostra chegar no máximo até às 12:00h no laboratório de referência. Se necessário, a coleta pode ser centralizada em determinados serviços dentro de cada DIR ou município para viabilizar a chegada em tempo hábil ao laboratório de referência.

4- A amostra biológica deverá ser acondicionada adequadamente para o transporte (evitar temperaturas superiores a 37° C ou inferiores a 10° C) e seguindo os critérios de biossegurança. Em épocas quentes ou de verão a amostra deverá ser acondicionada em "container" de material isolante (isopor); este "container" deverá ser colocado em outro contendo gelo. Este procedimento poderá auxiliar na conservação da amostra em temperatura ambiente. Não deixar a amostra em contato direto com gelo.

B- Solicitação dos Exames

1- O exame deverá ser solicitado através do formulário padrão de SADT e de formulário específico da Rede CD₃, CD₄ e CD₈ (modelo anexo).

2- O SADT deverá ser preenchido em duas vias, sendo uma para hemograma (por necessidade técnica é necessário realizar o hemograma sempre que for feita a contagem de CD4/CD8) e outra para a determinação de CD₄ e CD₈.

3- A finalidade do SADT é de caráter administrativo e financeiro e portanto deverá ser preenchido completamente, embora muitas das informações repitam-se no formulário específico.

4- Para a Rede Rede CD₃, CD₄ e CD₈ foi elaborado um formulário específico com dados pertinentes ao acompanhamento clínico dos portadores da Infecção pelo HIV/AIDS.

5- As Unidades que solicitam exames, além de todos os itens já descritos, deverão encaminhar lista com o nome e número de matrícula de todos os pacientes, cujas amostras estão sendo encaminhadas numa mesma data, numa folha a parte e datilografada. Este procedimento facilita a conferência das amostras no ato do recebimento pelo laboratório, bem como o retorno dos resultados à Unidade.

Apresentamos abaixo o modelo do formulário específico para solicitação do exame CD4/CD8 e hemograma. As informações clínicas contidas no formulário são fundamentais para uma correta interpretação do resultado do exame bem como, para a avaliação epidemiológica e operacional do funcionamento da Rede.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE REDE CD₃, CD₄ e CD₈		LABORATÓRIO: _____	
		Entrada do Material: ____/____/____	
1 -		Cod. Unid. _____	
Unidade Requisitante: _____		Tel: _____	
Endereço: _____		Município: _____	
Médico Resp.: _____		GARIBO CRM	
2 -		3 - Uso de Antiretroviral	
Nome: _____		[] Sim [] Não	
Data de Nascimento: ____/____/____		Uso de Profilaxia t ^a p/ I.O.	
Nº. Matrícula: _____ Idade: _____ Sexo: _____		[] Sim [] Não	
[] Assintomático [] Sintomático [] Casos de AIDS		Infecção Aguda (Bacteriana/Viral/Fúngica)	
		[] Sim [] Não	
4 -		5 - CD4 anterior	
Exame Pedido: CD4/CD8 - HEMOGRAMA		[] Sim [] Não	
Material Entregue: Sangue		Valor do último CD4: _____	
Data de Coleta: ____/____/____ Hora: _____		Data: ____/____/____	
RESULTADO:			
Local, data			
____/____/19____			
Técnico Responsável			
Obs: O material para exame só será aceito se todos os itens (1 a 5) foram totalmente preenchidos.			

BIBLIOGRAFIA

- 1- Turner, B J., et alii - CD₄ T Lymphocyte measures in the treatment of individuals infected with Human Immunodeficiency Virus Type 1.
Arch Intern Med/Vol 154, 1994
- 2- Boutitie F & Pococh S J.- Predictive of repeated measurements of CD₄ lymphocyte counts on progression to AIDS
AIDS, 8(1):35 - 41, 1994
- 3- Phillips A N. et alii - CD₄ lymphocyte count as a determinant of the time from HIV seroconversion study
AIDS, 8: 1299 - 1305, 1994
- 4- Hechrt F M., & Friedland G H. - Asymptomatic HIV infection:assessment and prophylaxies.
HIV Advances in Research and Therapy. 2 (2), 1992
- 5- Branson B M - Early Intervention for Persons Infected with Human Immunodeficiency Virus
Clin. Infect. Dis., - 20 (suppl 1) S3-S22, 1995
- 6- Tsoukas C.M. & Bernard N.F. - Markers pedicting progression of HIV - Related Disease
Clin. Microbiol. Rev., 7(1): 14:28, 1994

Rede CD4 - Operacionalização

- ◆ **IAL - Central** : definição de normas técnicas, rotinas e instrumentos usados na colheita, transporte e processamento das amostras/ supervisão e controle de qualidade laboratorial
- ◆ **CRS's e DIR's** : definição das áreas de abrangência de cada laboratório/ organização do fluxo e dos esquemas de transporte das amostras
- ◆ **PE DST/AIDS** : definição das normas técnicas, rotinas e instrumentos relativos à solicitação e uso do exame

Critérios para solicitação de CD4

Contagem de CD4/mm³	Orientação para nova solicitação
> 500	a cada 6 meses
500 - 300	a cada 6 meses
300 - 200	a cada 3 meses
< 200	a critério do responsável

VIII REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Aids no Brasil: o que nos tira o sono?. *Aids no Brasil: o que nos tira o sono?* Disponível em: <http://oquenostiraosono.tumblr.com/home>.
2. Aids no Brasil: o que nos tira o sono?. Notícias e notas sobre a censura do Ministério da Saúde à campanha do Programa de Aids em alusão ao “Dia Internacional das Prostitutas”. Disponível em: <http://oquenostiraosono.tumblr.com/censura>.
3. Arouca ASS. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. 1975.
4. Ayres, JRCM. Epidemiologia sem números: Outras reflexões sobre a ciência epidemiológica, a propósito da AIDS. In: Seminário Epidemiologia Social da AIDS, ABIA/IMS-UERJ. *Anais*. Rio de Janeiro; 1994, p. 8-19.
5. Ayres, JRCM. O Enfoque de Risco na Programação em Saúde: Fundamentos e Perspectivas. *Saúde e Sociedade*. 1995. 4(1/2):71-74.
6. Ayres, JRCM. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia, São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 1997.
7. Ayres, JRCM. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. *Interface – Comunic., Saúde, Educ*. 2000;6:117-20.
8. Ayres, JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2001;6(1):63-72.
9. Ayres, JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004;13(3):16-29.

10. Ayres, JRCM et al. *Caminhos da integralidade*: levantamento e análise de tecnologias de cuidado integral à saúde em serviços de atenção primária em região metropolitana. São Paulo: Fapesp; 2006. 28p. (Projeto de Pesquisa – Fapesp - 2006/51688-9)
11. Ayres, JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*. 2009;18(supl.2):11-23.
12. Ayres, JR, Paiva V, França Júnior I, Gravato N, Lacerda R, Negra MD, Marques HHS, Galano E, Lecussan P, Segurado AC, Silva MH. Vulnerability, Human Rights and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. *American Journal of Public Health*. 1971;96(6):1001-1006.
13. Ayres, JR, Segurado AC, Galano E, Marques HHS França Júnior I, Silva MH, Negra MD, Gravato N, Gutierrez PL, Lacerda R, Paiva V. *Adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS*: cuidado e promoção da saúde no cotidiano da equipe multiprofissional. São Paulo: Office, 2004 (Brochura de disseminação científica).
14. Barboza R. Gestão do Programa Estadual DST/AIDS de São Paulo: uma análise do processo de descentralização das ações no período de 1994 a 2003. [Dissertação]. Coordenadoria de Controle de Doenças. SES-SP, São Paulo, 2006.
15. Borges, MJL. Integralidade da atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV/AIDS: uma avaliação de serviços de assistência especializada. [Dissertação]– Rio de Janeiro: Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz: 2010.
16. Brasil. Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Mulher*: bases de ação programática. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do

- Ministério da Saúde. Brasília, DF; 1984. (Série B: Textos Básicos de Saúde, 6)
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. *Projetos, Programas e Relatórios*. Brasília: Ministério da Saúde. 2001; Série C,.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
 20. Brasil. Ministério da Saúde. SVS – DDAHV Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos, 2013. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolo_final_31_7_2015_pdf_30707.pdf.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. SVS – DDAHV. *Cinco passos para a implementação do Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica*, 2014a. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/55883/coordenadores_pdf_46953.pdf.

22. Brasil. Ministério da Saúde. SVS – DDAHV. *Caderno de Boas Práticas em HIV/AIDS na Atenção Básica*. 2014b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2014/caderno-de-boas-praticas-em-hivaids-na-atencao-basica>
23. Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico - Aids e DST*. 27^a à 52^a semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2013. 2013; Ano II, nº1.
24. Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico - Aids e DST*. 01^a à 26^a semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2014. 2014; Ano III, nº1.
25. Brasil. Ministério da Saúde. *Relatório de Atividades assistenciais do MS relativos ao Projeto Aids I*. 1998). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/08aids_relatorio_atividades.pdf.
26. Campos GWS. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec; 1991.
27. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Mehry EE, Campos GWSC, Cecílio LCO (org.) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994.
28. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 1999;4(2):393-404.
29. Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. São Paulo: Hucitec; 2002. (Saúde Paidéia)
30. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada: a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007;12(4):849-59.

31. Carneiro OS, Forster AC, Ferreira, JBB. A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. *Saúde debate*. 2014;38(100):57-68.
32. Castanheira ERL. Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/AIDS em serviço públicos no estado de São Paulo: relações entre qualidade processo do trabalho. [tese] São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.
33. CDC - *Centers for Disease Control and Prevention, Recommendations for HIV prevention with adults and adolescents with HIV in the United States*, 2014. Disponível em: <http://stacks.cdc.gov/view/cdc/26062>.
34. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco; 2001, p.113-26.
35. Cecilio LC, Merhy EE. A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. Campinas, março de 2003. Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.pdf>.
36. Cecílio LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 2009;13(S1):545–55.
37. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 2011 Aug 11 [cited 2013 Jan 16];365:493–505. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1105243>
38. Cyrino AP, Schraiber LB. O projeto Centro de Saúde Escola e sua proposta tecno-assistencial. In: Cyrino AP, Magaldi C. *Saúde e comunidade: 30 anos*

- de experiências em extensão universitária em saúde coletiva. Botucatu, SP: Cultura Acadêmica/FMB/Unesp; 2002, p.37-66.
39. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc. saúde coletiva*. 2004; 9(1):7-14.
 40. Donnangelo MCF, Pereira L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades; 1976. Disponível em: <http://www.prppg.ufpr.br:8080/saudecoletiva/sites/default/files/processoseletivo2015/politicas/DONNANGELO,%20Maria%20-%20Saude%20e%20sociedade.pdf>
 41. Fórum de Ongs Aids do Estado de São Paulo. Notícias. *RNP+Nordeste divulga moção de repúdio à publicação do DDAHV/MS*. Disponível em: http://www.forumaidssp.org.br/home/noticias/noticia_detalhe/636
 42. Franco TB, Magalhães Jr HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE (org.) *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2ª.ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.
 43. Grangeiro A, Silva, LL, Teixeira PR. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(1):87-94.
 44. Grangeiro A, Escuder MML, Castilho EA. The AIDS epidemic in Brazil and differences according to geographic region and health services supply. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(12):2355–67.
 45. Grangeiro A, ESCUDER MM, Cassanote AJF, Souza RA, Kalichman AO, et al. The HIV-Brazil Cohort Study: Design, Methods and Participant Characteristics. *PLoS ONE*. 2014;9(5):e95673.
 46. Greco DB, Simão M. Brazilian policy of universal access to AIDS treatment: sustainability challenge and perspectives, AIDS. 2007;21(suppl 4): S37–S45.

47. Hacker MA, Kaida A, Hogg RS, Bastos FI. The first ten years: achievements and challenges of the Brazilian program of universal access to HIV/AIDS comprehensive management and care, 1996–2006. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(suppl 3):S345–59.
48. Kalichman AO. Vigilância epidemiológica de AIDS: recuperação histórica de conceitos e práticas. [Dissertação] Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo; 1993.
49. Kalichman AO. Pauperização e banalização de uma epidemia. In: Seminário "A Epidemiologia Social da AIDS", *Anais*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1994, p. 20-26.
50. Kalichman AO, Diniz SD. AIDS treatment in Brazil: what kind of evidence do we need? *Lancet*. 2009;374(9695):1066.
51. Laurindo-Teodorescu L, Teixeira PR, Histórias da aids no Brasil, v. 1: as respostas governamentais à epidemia de aids. -- Brasília : Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015.
52. Leavell HR; Clark, EG, *Textbook of Preventive Medicine*. New York: MacGraw –Hill, 1953
53. Lewi, D, Suleiman JM, Uip DE et al. Randomized, double-blind trial comparing indinavir alone, zidovudine alone and indinavir plus zidovudine in antiretroviral therapy-naive HIV-infected individuals with CD4 cell counts between 50 and 250/mm³. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2000;42(1):27-36.
54. Lopes F, Buchala CM, Ayres JR . Mulheres negras e não negras e vulnerabilidade ao HIV aids no Estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública* . 2007;41 (S):39-46.

55. Lundgren J et al. *The START study: design, conduct and main results*. The Strategic Timing of AntiRetroviral Treatment (START) study: results and their implications. IAS 2015, Session MOSY03.
56. Mann J, Tarantola D, Netter T. (orgs.). *A Aids no Mundo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS/UERJ; 1993.
57. Marques HHS, Latorre MR, Negra MD, Pluciennik AMA, Ayres JR, Buchalla CM, França Júnior I, Paiva V, Silva NG, Lacerda R, Segurado A, Miranda SD. Falhas na identificação da infecção pelo HIV durante a gravidez em São Paulo, SP, 1998. *Revista de Saúde Pública*. 2002;36(4):385-392.
58. Marques HHS, Silva NG, Gutierrez PL Lacerda R, Ayres JR, Negra MD, França Júnior I, Galano E, Paiva V, Segurado A, Silva MH. A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS e seus pais e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006;22(3):619-629.
59. Mattos RA. Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/AIDS: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro. In: Parker R, Galvão J, Bessa SM (org.). *Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil*. São Paulo; ABIA; Ed. 34; 1999, p. 29-87.
60. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA (orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco; 2001. p. 39-64.
61. Mattos RA, Terto VJ, Parker R. As estratégias do Banco Mundial e a resposta à AIDS no Brasil. *Divulg Saúde Debate*. 2003;27:81-94.
62. Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede

- estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1994.
63. Merhy EE, Queiroz MS. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1993, vol.9, n.2, pp. 177-184
 64. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológica – contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* 2000;6:109-16.
 65. Mota A, Schraiber LB. Atenção Primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. *Revista Saúde & Sociedade.* 2011;20(4):837-52.
 66. Nemes MIB. Prática Programática em Saúde. In: Scharaiber LB, Nemes MIB, Mendes-Goncalves RB (orgs.). *Saúde do Adulto: programas e ações da unidade básica.* 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p.48-65.
 67. Nemes MIB (org.). Avaliação da aderência ao tratamento por antiretrovirais em usuários de ambulatórios do sistema público de assistência à AIDS no Estado de São Paulo. Brasília (DF): Coordenação Nacional DST/AIDS, Ministério da Saúde; 2000. (Série Avaliação, nº 1).
 68. Nemes MIB, Castanheira ERL, Melchior R, Basso CR, Alves MTSSB. Avaliação da Qualidade da Assistência no Programa de Aids: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(Supl 2):S310-S21.
 69. Nemes MIB, Alencar TMD. *Avaliação da assistência ambulatorial aos adultos vivendo com HIV/AIDS QUALIAIDS, Relatório 2007/ 2008.* Brasília: Ministério da Saúde; 27. p. 2008. Nemes MIB, Basso CR, Castanheira ERL, Melchior R, Alencar TMD, Caraciolo JMM, Alves MTSSB. *QUALIAIDS - Avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em Aids no SUS.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. v.1.

70. Nemes MIB, Castanheira ERL, Santa Helena ET et al.. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em aids no Brasil. *Rev Assoc Med Bras.* 2009;55(2):207-12.
71. Noronha JC, Oliveira JA, Rodrigues RD, Landmann J. *Transformações de um ambulatório de medicina integral com vistas a um programa de atenção médica primária.* A experiência do Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Saúde públ.* 1977;11:429-43.
72. Oliveira LA, Landroni MAS, Silva NEK, Ayres JSCM. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/AIDS no município de São Paulo. *Ciênc saúde coletiva.* 2005;10(3):689-98.
73. Paim JS. *Saúde, política e reforma sanitária.* Salvador, BA: ISC; 2002.
74. Paiva V. Enhancing Care Initiative - Brazil et al. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Cad. Saúde Pública.* 2002;18(6):1609-19.
75. Paiva V, Ayres JR, Segurado AC, Lacerda R, Silva NG, Silva MH, Galano E, Gutierrez-Pilar L, Marques HHS, Negra MD, França-Júnior I. A sexualidade de adolescentes vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado. *Ciência e Saúde Coletiva* (Impresso). 2011;16:4199-4210.
76. Paiva V, Santos N, França-Júnior I, Filipe E, Ayres JR, Segurado A. Desire to Have Children: Gender and Reproductive Rights of Men and Women Living with HIV: A Challenge to Health Care in Brazil. 2007;21:268-277.
77. Paiva V, Latorre MR, Gravato N, Lacerda R, Ayres JR, Segurado AC, Pluciennik AA, Buchalla C, Marques HHS, França-Júnior I, Negra MD, Salomão ML. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública.* 2002;18(6):1609-1620.
78. Parker R. *Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/AIDS no Brasil:* o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/AIDS, 1982-1996. Rio de Janeiro: Divulgação em Saúde para Debate. 2003, n.º 27, p. 8-49.

79. Pinheiro R, Mattos RA (orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco; 2001.
80. Pinto CAG. Avaliação da implantação da Clínica Ampliada e Equipes de Referência em um serviço especializado em DST/AIDS, utilizando-se a triangulação de métodos. [Tese] Carlos Alberto Gama Pinto. Campinas, SP: Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. 2010.
81. Ricouer P. *Hermeneutics and the Human Sciences*. Paris: Maison de Sciences d l'Homme and Cambridge University Press; 1981.
82. Ricouer P. *Tempo e narrativa (I)*. Tradução: Claudia Berliner; Marcia Valeira Martinez de Aguiar. São Paulo: Martins Fontes; 2012.
83. São Paulo (Estado). Assembleia Legislativa. *Decreto Nº 39.546 de 18 de novembro de 1994*. DOE-I 19/11/92, p. 2. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1994/decreto-39546-18.11.1994.html>.
84. São Paulo (Estado). Assembleia Legislativa. *Decreto Nº 42.117 de 22 de agosto e 1997*. DOE-I 23/08/1997. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1997/decreto-42117-22.08.1997.html>
85. São Paulo (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS. *Boletim Epidemiológico*. 2014; CRT DST/AIDS - CVE - ANO XXXI - Nº1.
86. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. *Plano Estratégico Programa Estadual DST/AIDS/SP 2002 E 2005*. 2001. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/acoes-programaticas/plano-estrategico-2012-2015/plano_estrategico_2002_2005versaoresumida.pdf?attach=true.

87. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. *Plano Estratégico Programa Estadual DST/AIDS/SP 2014 E 2015*. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/acoes-programaticas/plano-estrategico-2012-2015/planoestrategico20142015.pdf?attach=true>.
88. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. *Resolução nº 16, de 23 de fevereiro de 2015*. DOE, 24/02/15. Nº 35. Poder Executivo, Seção 1; p.33. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2015/iels.fev.15/iels35/E-R-SS-16_230215.pdf.
89. São Paulo (Estado). Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. *Decreto nº 32.895, de 31 de janeiro de 1991*. DOE-I, 01/02/1991. Poder Legislativo, p.16. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1991/decreto-32895-31.01.1991.html>
90. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. *Deliberação CIB – 67, de 2014*. DOE, 11/12/14. Nº 234. Poder Executivo, Seção 1; p.64. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2014/iels.dez.14/iels236/E_DL-CIB-67_2014.pdf.
91. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Estado do Programa DST/AIDS. Centro de Treinamento e Referência DST/AIDS. *Relatório Especial 15 Anos do Programa de Aids de São Paulo*. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/publicacoes/outras-publicacoes/15anos-programaestadualdstaids.pdf?attach=true>.
92. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação dos Institutos de Pesquisa. Centro de Treinamento e Referência DST/AIDS. *Relatório Especial 20 Anos do Programa de Aids de São Paulo*. Disponível

em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/publicacoes/outras-publicacoes/20anos-programaestadualdstaids.pdf?attach=true>.

93. Sassine V. *Ex-diretor de Aids diz que há pressão religiosa na Saúde*. O Globo. Seção Brasil. 06/06/2013 12:08 / atualizado 06/06/2013 12:17. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/brasil/ex-diretor-de-aids-diz-que-ha-pressao-religiosa-na-saude-8609012>.
94. Schraiber LB (org.). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec; 1990.
95. Schraiber LB. *O Médico e seu Trabalho. Limites da Liberdade*. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1993.
96. Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Goncalves RB, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações da unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 2000. p.29-47.
97. Segurado A, Miranda SD, Latorre MRD, Ayres JR, ECIBR. Evaluation of the care of women living with HIV/AIDS in São Paulo, Brazil. *AIDS patient care and STDs*. 2003;17(2):85-93.
98. Silva N, Oliveira LA, Figueiredo WS, et al. Limites do Trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/AIDS. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(4 Supl):108-16.
99. Silva GR. Origens da Medicina Preventiva como disciplina do ensino médico. *Rev. Hosp.Clin. FMUSP*. 1973;28:91-6.
100. Taglieta MFB, Avaliação da implantação do incentivo no âmbito do programa nacional de HIV/AIDS e outras DST em dois municípios do estado de São Paulo. [Dissertação]. ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2006
101. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. 1998. *IESUS VII(2)*: 7-28.

102. Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. 2002. Cad. Saúde Pública 18:S153-S162.
103. 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.
104. Teixeira PR. Acesso Universal a medicamentos para AIDS: a experiência do Brasil. Divulg Saúde Deb. 2003;27:50-7.
105. Teixeira PR, Vitória MA, Barcarolo J. Antiretroviral treatment in resource-poor setting: the Brazilian experience. *AIDS*. 2004; 18(suppl 3):S5–S7.
106. UNAIDS. *90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic*. 2014. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf.
107. Unidade de Assistência. Setor de Serviços/Aids. *Aids I. Relatório de Atividades*. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/08aids_relatorio_atividades.pdf.
108. UNAIDS. *90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic*. 2014. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf.
109. WHO. *A Public Health Approach for Scaling up ARV Treatment*. 2003. http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/arvtoolkit_en.pdf?ua=1.