

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE E DOENÇAS
CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS

Plano Estratégico do Programa Estadual de
IST/Aids de São Paulo
2024/2027



MISSÃO

Eliminar a Aids como problema de saúde pública no estado de São Paulo; Diminuir a vulnerabilidade da população às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e HIV/Aids; prevenir novas infecções; promover a qualidade de vida das pessoas afetadas, reduzir o preconceito, a discriminação e os demais impactos sociais negativos das IST/HIV/Aids, em consonância com os princípios do SUS.

VISÃO

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

VALORES

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

PRINCÍPIOS

1. Trabalhar em consonância com os Princípios do SUS: Universalidade, regionalização, hierarquização, equidade, integralidade e participação social.
2. Basear a resposta em evidências e respeitar os Direitos Humanos;
3. Inovar e qualificar a resposta;
4. Ter a humanização como referencial, através da clínica ampliada e gestão participativa.
5. Buscar Zero discriminação

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Eleuses Paiva

Coordenadoria de Controle de Doenças
Regiane Cardoso de Paula

Centro Referência e Treinamento DST/Aids - São Paulo
Coordenação Estadual de IST/Aids - São Paulo
Alexandre Gonçalves
Rosa de Alencar Souza

Organização:

Jean Carlos de O. Dantas
Joselita Maria de Magalhães Caraciolo
Mara Cristina Vilela
Wilma A. Cervantes

Colaboração Diretoria Técnica CRT/DST/Aids:

Alexandre Gonçalves
Rosa de Alencar Souza -

Colaboração Gerentes CRT/DST/Aids:

Ivone de Paula
Jean Carlos de O. Dantas
Laura M. de Azevedo
Marcia Teresinha F. Santos
Mariza Vono Tancredi

Colaboração das Áreas Programáticas CRT/DST/Aids:

Carmen Sílvia Bruniera Domingues
Joselita Maria de Magalhães Caraciolo
Karina Wolffenbüttel
Mariliza Henrique da Silva
Roberto José Carvalho da Silva

Colaboração da Equipe Técnica do CRT/DST/Aids:

Ângela Tayra
Denize Lotufo Estevam
Fabiola Santos Lopes
Mara Cristina Vilela
Marisa Hatsue
Mylva Fonsi
Rosemeire Munhoz
Simone Queiroz Rocha

Colaboração COGESPA – Comissão de Gestão Participativa
Representante das Interlocação Regional de IST/Aids - GVE
Representante das Coordenação Municipais de IST/Aids
Representante da Sociedade Civil Organizada.

MISSÃO.....	2
VISÃO.....	2
VALORES.....	2
PRINCÍPIOS.....	2
INTRODUÇÃO.....	7
PARTE 1 – CENÁRIO.....	10
2.1 Epidemiológico.....	10
Aids no estado de São Paulo.....	10
Mortalidade por Aids.....	11
Aids em Crianças menores de 13 anos de idade.....	12
Sífilis Adquirida.....	14
Sífilis em Gestante.....	15
Transmissão Vertical da Sífilis.....	18
Sífilis Congênita.....	20
2.2 Resultado da pesquisa “Fatores de discriminação de populações vulneráveis ao HIV/AIDS no estado de São Paulo”.....	23
2.3 Diagnóstico situacional do “Programa de Qualificação em Boas Práticas em HIV/Aids”.....	25
PARTE 2 - Diretriz, Objetivos, e Estratégias do Programa Estadual IST/HIV/Aids-SP.....	33
PARTE 3 – METAS 2024-2027.....	35
1 - Promoção e Prevenção.....	36
Estratégia 01: Ampliar o acesso à prevenção combinada às IST/HIV/Aids junto às populações mais vulneráveis, incluindo a incorporação de novas tecnologias especialmente à PrEP, PEP e outros insumos de prevenção.....	36
Metas:	36
Até dezembro de 2027, ampliar para 165 o número de municípios que ofertam PrEP.....	36
Até dezembro de 2027, ampliar para 85% o número de municípios com unidades de atendimento 24horas para PEP.....	36
Até dezembro de 2027, ampliar em 20% a distribuição de preservativos externos no Estado.....	36
Até dezembro de 2027, ampliar para 13 GVE a estratégia “Juntos na Prevenção - Saúde-Educação” em pelo menos um município prioritário.....	36
Até dezembro de 2027, ampliar para 09 GVE a estratégia #PPP – Partiu Prev em áreas de maior vulnerabilidade e/ou periférica.....	36
2 - Diagnóstico e Vinculação.....	37
Estratégia 02: Qualificar e ampliar a oferta dos diagnósticos de HIV e sífilis em populações mais vulneráveis pelo método rápido e vincular os casos diagnosticados.....	37
Metas	37
Até dezembro de 2027, ampliar para 510 o número de municípios utilizando o SISLOGLAB na logística dos testes rápidos de HIV e sífilis no estado de São Paulo.....	37
Até dezembro de 2027, ampliar para 157 o número de municípios com participação no Programa de Avaliação Externa de Qualidade de Testes Rápidos do DATHI/MS.....	37
Até dezembro de 2027, ter a adesão de 90% dos municípios à Campanha Estadual de Testagem da Sífilis e do HIV.....	37
Até dezembro de 2027, aumentar para 90% o percentual de PVHA com início da TARV em até 30 dias após a realização do primeiro CD4 –.....	37
Estratégia 03: Qualificar os municípios do Estado para implementar as boas práticas no cuidado da gestante e recém-nascido para evitar a transmissão vertical do HIV e da sífilis.....	38

Meta	38
Até dezembro de 2027, aumentar para 85% o percentual de gestantes diagnosticadas com sífilis no pré-natal até o 2º trimestre de gestação.	38
3 - Tratamento, Retenção, Adesão, Supressão ou Cura	39
Estratégia 03: Qualificar os municípios do Estado para implementar as boas práticas no cuidado da gestante e recém-nascido para evitar a transmissão vertical do HIV e da sífilis.	39
Metas	39
Até dezembro de 2027, ampliar para 95% o percentual de gestantes diagnosticadas com sífilis no pré-natal tratadas com penicilina.	39
Até dezembro de 2027, ampliar para 100% o percentual de crianças com sífilis congênita tratadas.	39
Até dezembro de 2027, ampliar para 95% o percentual de terapia antirretroviral (TARV) em gestantes vivendo com HIV/Aids durante a gestação.	39
Estratégia 04: Reduzir as lacunas do cuidado em HIV/Aids: vinculação tardia, gap de tratamento, carga viral detectável, interrupção de tratamento e ausência de tratamento da Infecção Latente de Tuberculose - ILTB.	40
Metas	40
Até dezembro de 2027, manter o gap de tratamento em até 5%.	40
Até dezembro de 2027, reduzir a taxa de carga viral > 50 cópias/mL para até 5%.....	40
Até dezembro de 2027, reduzir a interrupção do tratamento para no máximo 10%.....	40
Até dezembro de 2027, reduzir a taxa de carga viral detectável global > 50 cópias/ml para 15% ou menos.	40
Até dezembro de 2027, diminuir em 15% ao ano a interrupção do tratamento de tuberculose nas PVHA	40
Até dezembro de 2027, ter 80% dos casos de pessoas co-infectadas TB/HIV em uso de TARV	41
Até dezembro de 2027, aumentar para 70% o número de PVHA com CD4 < 350 mm ³ avaliados para o tratamento de ILTB.	41
4 - GESTÃO E DIREITOS HUMANOS	42
Estratégia 05: Apoiar a qualificação da Atenção Primária à Saúde e à Atenção Especializada para o enfrentamento das IST/HIV/Aids.	42
Meta	42
Até dezembro de 2027, Investigar 100% dos casos de TVHIV ao ano.	42
Estratégia 06: Aprimorar e integrar as informações clínico-epidemiológicas e disseminar conhecimento sobre IST/Aids	42
Metas	42
Até dezembro de 2027, realizar o diagnóstico situacional da atenção às IST em 84 municípios do Estado.	42
Até dezembro de 2027, ampliar para 95% o percentual de cobertura de tratamento de sífilis em até 30 dias dos casos informados no RedCap.	42
Até dezembro de 2027, implantar projeto piloto de vigilância sentinela de Gonorreia e Clamídia por biologia molecular em 5 municípios do Estado.....	42
Até dezembro de 2027, ampliar para 80% a cobertura de casos investigados de sífilis adquirida no sistema RedCap no Estado de São Paulo em relação ao SINAN.	43
Estratégia 07: Ampliar a investigação de óbitos ocorridos em pessoas vivendo com HIV/Aids	43
Meta	43
Até dezembro de 2027, aumentar para 90% o número de municípios periodicamente elencados, para a realização da investigação dos óbitos ocorridos entre PVHA, com grupos ou comitês de investigação de óbitos instituídos, utilizando o RedCap de mortalidade e inquérito do PE-IST/Aids.....	43
Estratégia 08: Contribuir para a redução do estigma e discriminação com vistas a atingir à Zero Discriminação.	43
Meta	43
Até dezembro de 2027, ampliar para 41 regiões de saúde a implantação de serviços de saúde integral para travestis, transexuais e/ou outras variabilidades de gênero.	43
Estratégia 09: Aprimorar os processos e espaços de gestão participativa.	44

Metas	44
Até dezembro de 2027, realizar, anualmente, estratégias conjuntas entre a Secretaria de Saúde e a Secretaria da Administração Penitenciária, Secretaria Educação, Secretaria da Justiça e Cidadania e Secretaria do Desenvolvimento Social e os municípios, para prevenção de IST/Aids, com ênfase na sífilis adquirida e sífilis congênita e atenção as PVHA e demais populações vulneráveis.	44
Até dezembro de 2027, realizar com as áreas técnicas do CRT duas oficinas anuais de integração para os novos coordenadores municipais de IST/AIDS.	44
Estratégia 10: Qualificar os municípios com serviços especializados em HIV/AIDS do estado de São Paulo para implementar boas práticas em HIV/AIDS.	44
Metas	44
Até dezembro de 2027 oferecer suporte técnico para implementação das Boas Práticas em 100% dos municípios com SAE.	44
Até dezembro de 2027, monitorar 100% dos planos de ação construídos pelos municípios participantes do Programa de Boas Práticas.	44
Referência Bibliografia.	45

INTRODUÇÃO

O Programa Estadual de IST/AIDS de São Paulo (PE IST/AIDS-SP) é constituído pela Coordenação Estadual de IST/AIDS (CE IST/AIDS-SP), Interlocações Regionais de IST/AIDS dos Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE), Coordenações Municipais de IST/AIDS e a Sociedade Civil Organizada, especialmente, às Organizações da Sociedade Civil, Fórum das ONG/AIDS do estado de São Paulo, Rede de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (RNP+), Movimento das Cidadãs Positivas (MNCP, Rede de Jovens Vivendo com HIV/AIDS do estado de São Paulo,), Fórum Paulista LGBTQIAP I+ e demais instituições representativas de pessoas sensíveis ao HIV/AIDS. Além, deste rol de parceiros, o PE IST/AIDS-SP, conta com o apoio de outras áreas técnicas da Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP) e demais Secretarias de Estado, em especial à de Educação, Desenvolvimento Social, Justiça e Cidadania e Administração Penitenciária. As ações integradas das instituições de governo e da sociedade civil colaboram para fortalecimento de uma resposta organizada para a eliminação da Aids como problema de saúde pública. Desde 2002, a CE IST/AIDS-SP elabora em parceria com todos os seus colaboradores, o Plano Estratégico do PE IST/AIDS-SP. O plano visa criar e pactuar com o conjunto dos atores do PE IST/AIDS-SP, estratégias para enfrentar os principais desafios impostos pelas IST/HIV/AIDS, à redução dos indicadores de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita, e à ampliação da atenção às travestis, mulheres e homens trans e pessoas com variabilidade de gênero e raça, tendo os direitos humanos como balizador para a sua execução.

A apreciação, pactuação, monitoramento e avaliação do Plano Estratégico do PE IST/AIDS-SP, é realizado na Comissão de Gestão Participativa (Cogespa).

Em 2023 o PE IST/AIDS-SP, que tem a sua sede no Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS da SES-SP (CRT DST/AIDS-SP), iniciou o processo de planejamento do novo Plano Estratégico para o período de 2024 a 2027. As informações que orientaram a elaboração do cenário do Plano Estratégico, teve como embasamento as informações epidemiológicas, os dados do Programa de Qualificação de Boas Práticas para Municípios com Serviços Especializados em HIV/AIDS (PQBPM-HIV/AIDS-SAE) e os resultados da Pesquisa Zero Discriminação do CRT DST/AIDS-SP/2023. Foram considerados também, as principais diretrizes do Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DATHI), o Plano Estadual de Saúde de São Paulo (PES 2024/2027), e a Declaração de Paris (Unaid), assinada pelo estado de São Paulo em 01 de

dezembro de 2021. Com essa declaração, o estado de São Paulo assume o compromisso de avançar em suas ações para eliminar a epidemia de Aids em seu território.

Os compromissos da Declaração de Paris visam garantir que, ao trabalhar em conjunto, as Cidades e Estados signatários consigam acelerar as ações locais para acabar com as epidemias de Aids, Tuberculose e Hepatites Virais em seus respectivos territórios até 2030.

A Declaração de Paris lançada oficialmente em 2014 e atualizada em abril de 2021, está vinculada às metas globais 95-95-95, propostas pelo Unaid. As metas estabelecem que 95% das pessoas conheçam seu diagnóstico positivo para HIV, 95% das que conhecem seu diagnóstico, estejam em tratamento, e 95% das pessoas que vivem com HIV/Aids, em tratamento estejam com a carga viral suprimida.

Os compromissos atualizados da Declaração de Paris, assinada pelo estado de São Paulo, incluem:

- ✓ Acabar com a epidemia de Aids no estado até 2030;
- ✓ Colocar as pessoas no centro da resposta ao HIV, focando os esforços nas pessoas vulneráveis ao HIV, tuberculose, hepatite viral e outras doenças;
- ✓ Enfrentar as causas do risco, das vulnerabilidades e da transmissão do HIV;
- ✓ Usar a resposta à Aids para gerar uma transformação social positiva, usando a liderança política para alavancar transformações sociais inovadora;
- ✓ Construir e acelerar uma resposta adequada ao HIV que reflita as necessidades locais e que seja livre de estigma e discriminação;
- ✓ Mobilizar recursos para a saúde pública e um desenvolvimento integrado e sustentável;
- ✓ Usar a liderança para desenvolver um plano de ação comum de resposta rápida ao HIV e à Aids, transparente e baseado em evidência e dados.

São Paulo foi o primeiro estado do Brasil a assinar a versão atualizada da Declaração.

As respostas mais bem-sucedidas ao HIV/Aids seguem princípios muito semelhantes aos que ancoram a Agenda Comum das Nações Unidas e que servem como pontos de referência para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Eles colocam as pessoas em primeiro lugar, enfrentam as desigualdades, defendem os direitos humanos e constroem a confiança entre as autoridades públicas e as comunidades afetadas. Existem enormes oportunidades para avançar em todos esses aspectos. Aproveitá-las agora levará o mundo a

alcançar o fim da pandemia da Aids como ameaça à saúde pública, e dará um novo impulso para alcançar uma série de ODS. (2).

O Plano Estratégico do PE IST/AIDS-2024/2027 traz em seu conteúdo, a Missão, Visão, Valores, Princípios, Diretriz, Objetivos e Estratégias do PE IST/AIDS-SP para os próximos 4 (quatro) anos. Ele é o documento norteador para os municípios qualificados na política de incentivo elaborarem o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde e a Programação Anual para as IST/AIDS, sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita e a saúde integral para população trans. A sincronização das ações planejadas em todos estes Planos e Programações possibilita uma resposta articulada para alcançar os objetivos do Plano Estratégico do PE IST/AIDS-SP.

As metas do Plano Estratégico do PE IST/AIDS estão elaboradas de acordo com o as etapas da estratégia do “Contínuo do Cuidado em HIV/AIDS e sífilis”:



Fonte: Faculdade de Medicina Preventiva da USP - CRT DST/AIDS-SP

PARTE 1 – CENÁRIO

2.1 Epidemiológico

Aids no estado de São Paulo.

No período de 1980 a 30 de junho de 2022, foram registrados na Base Integrada Paulista de Aids (Bipaida) 294.752 casos de Aids no estado de São Paulo. Desse total, 262.378 casos (89,0%) foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), 12.176 (4,1%) foram provenientes do Sistema de informação de óbitos da Fundação Seade e 20.198 (6,9%) do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos Siscel/Siclom do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DCCI/SVS/MS) - atual DATHI/MS. De acordo com a origem dos dados, observou-se que as notificações geradas pelo Sinan tiveram decréscimo na participação percentual em 46,1% de 2012 e 2021, enquanto que os casos encontrados no Seade se elevaram em 37,8% entre 2011 e 2020 e, Siscel/Siclom tiveram acréscimo, representando 90,4% entre 2012 e 2021.

A taxa de incidência (TI) da Aids no ESP teve redução de 37,0% nos últimos dez anos, de 20,0 em 2012 para 12,6 casos por 100 mil habitantes-ano em 2021 (20,2 casos para cada 100 mil homens e 5,3 casos para cada 100 mil mulheres). A queda da incidência de Aids de 2012 para 2021 entre mulheres foi maior do que entre os homens, 54,3% e 30,4%, respectivamente

A taxa de incidência de Aids para o sexo masculino, no período de 2012 a 2021 segundo faixa etária revelou crescimento somente entre os jovens de 15 a 19 anos e aqueles com 25 a 29 anos. Observou-se aumento da incidência de 1,1 vezes entre os jovens de 25 a 29 anos comparando os anos de 2012 e 2021.

Nestes últimos 10 anos (2012 a 2021) 20.430 jovens de 15 a 29 anos de idade, de ambos os sexos, adoeceram pela Aids no estado de São Paulo, mostrando a gravidade do curso da infecção nesta faixa de idade.

Ressalta-se a necessidade de implementar as ações de prevenção da infecção pelo HIV, particularmente para o público jovem, ainda com mais ênfase entre homens que fazem sexo com homens, travestis, mulheres trans e profissionais do sexo, assim como a ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento das IST e ampliação da testagem para o HIV

Quanto à distribuição geográfica dos casos residentes no estado de São Paulo, entre 2012 e 2021, todas as regiões compreendidas pelas Redes Regionais de Atenção à Saúde - RRAS

apresentaram redução no número de casos de Aids. No ano de 2021 a taxa de incidência (TI) no estado de São Paulo foi de 12,6 casos de Aids por 100 mil habitantes-ano, sendo que as quatro regiões que apresentaram TI acima dessa média foram as regionais da Capital (17,1), Santo André (15,9), Osasco (14,3), Santos (13,5).

Dentre os 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) do estado de São Paulo, nove responderam por 79 % do total de casos do ano de 2021, sendo que 56,7% eram residentes na região do DRS da Grande São Paulo.

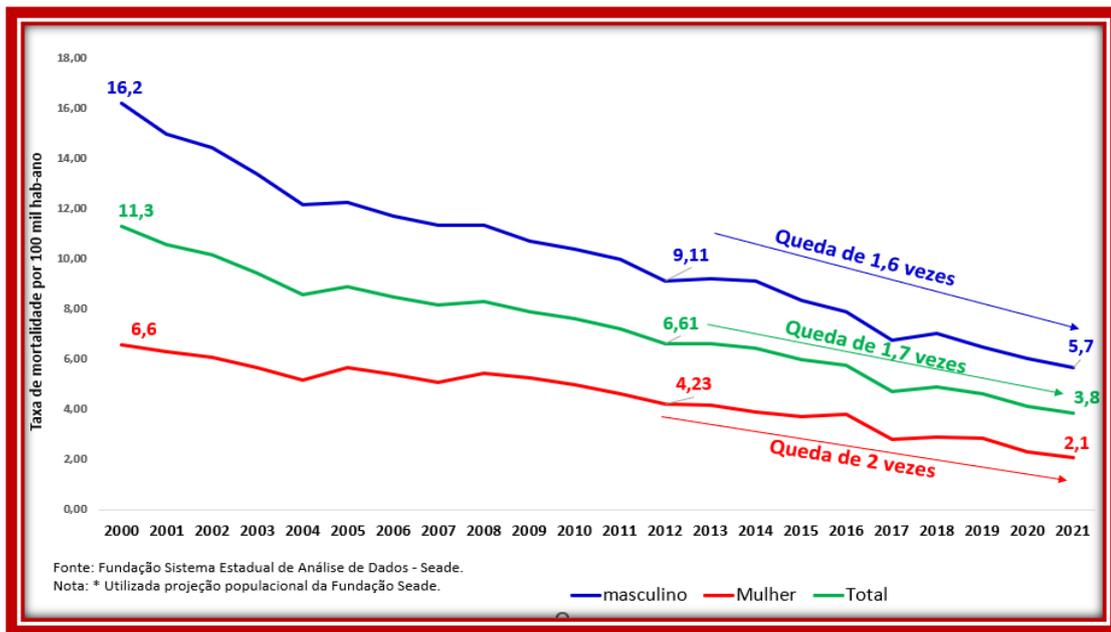
Entre os 162 municípios prioritários da Política de Incentivo e que concentram 94,1% dos casos acumulados de Aids no estado de São Paulo, 47 apresentaram TI maior que a média do Estado em 2021, que foi de 12,6 casos por 100 mil habitantes-ano.

Mortalidade por Aids.

De 1985 a 2021 ocorreram 123.734 óbitos no estado de São Paulo. Nos últimos 10 anos, 2012 a 2021 foram a óbito por Aids 23.234 indivíduos, neste período a taxa de mortalidade (TM) por 100 mil habitantes, sofreu redução de 30,5% e o número de óbitos por Aids diminuiu 37,9%. Em 2012 a TM foi de 6,6 óbitos por 100 mil habitantes e ocorreram 2.771 óbitos, e em 2021 a TM foi de 3,8 e ocorreram 1.719 óbitos por Aids, ou seja, uma diferença de 1.052 casos de pessoas que foram a óbito na última década. A redução de número de óbitos para o sexo feminino foi maior que para o masculino, 47,1% e 33,5% respectivamente; assim como da TM, 50,5% entre o sexo feminino e 37,8% no masculino.

Comparando os últimos 10 anos, 2012 e 2021, observa-se que os municípios com maiores quedas da TM foram: Ribeirão Preto (70%), Jacareí (68,8%), Francisco Morato (67,9%) e Araçatuba (66,4%). Os municípios com maior nº de óbitos em 2021: São Paulo, Campinas, Guarulhos, São Vicente, Osasco e Santos tiveram as seguintes quedas da TM respectivamente: 41,2%, 23,8%, 56,8%, 29,5%, 27,9% e 23,1%.

Figura 1- Taxa de mortalidade por Aids por 100 mil hab-ano (TI), segundo sexo, estado de São Paulo, 2021.



Aids em Crianças menores de 13 anos de idade.

No período de 1984 a 30/06/2022, foram registrados 6.882 casos de crianças infectadas pelo HIV ou que tiveram diagnóstico de Aids com menos de 13 anos de idade. Destes, 6.736 (98%) tiveram a causa investigada e estabelecida como tendo sido por transmissão vertical (TV). Foram incluídos 860 casos (13%) provenientes das fontes de dados da Fundação Seade (banco de óbitos) e do Siscel (banco que contém informações de contagem de células TCD4). A categoria de exposição desses casos ainda está sendo investigada, embora a causa mais provável da infecção seja a transmissão vertical, por isso os casos ainda não foram notificados no Sinan pelos serviços de saúde.

Na série histórica de casos de crianças que nasceram com o HIV no estado de São Paulo, temos que 364 (5,4%) são de casos infectados pelo HIV, 222 (3,0%) foram notificados como soropositivos e evoluíram para caso de Aids e 6.150 (91,3%) já tinham Aids no diagnóstico de HIV.

No ano de 1984 nasceram os primeiros 9 (nove) casos com HIV no estado de São Paulo, e esse número aumentou quase 64 vezes até 1996, quando atingiu 573 casos. Após 10 anos, em 2006, o número de nascidos infectados pelo HIV caiu 82,9%, foi reduzido para 98 casos; e de 2006 para 2016, a queda foi de 61,2%, de 98 casos em 2006 para 38 em 2016.

De 1984 a 30 de junho de 2022, foram registrados 6.833 casos de Aids em menores de 13 anos de idade no estado de São Paulo, sendo 6.171 casos (90,3%) provenientes do Sistema de

Informação de Agravos de Notificação (Sinan), 363 (5,3%) captados do Sistema de Mortalidade da Fundação Seade, e outros 299 (4,4%) do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel) e validados pelo Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) do DCCI-MS.

Desde a primeira década da epidemia estimula-se a atividade de busca ativa de casos entre os óbitos, que consiste na seleção de declarações de óbito que contenham o registro dos termos HIV ou Aids em qualquer linha do documento. Tal achado deve desencadear procedimento de investigação no serviço de atendimento e notificação de caso de Aids no Sinan. Mesmo diante desta recomendação, verifica-se que 363 casos de óbitos com Aids em crianças ainda não foram investigados, ou seja, a fonte de informação do caso foi unicamente a declaração de óbito. Conhecer um caso de criança infectada no momento do óbito demonstra a existência de falhas importantes no processo de vigilância e rede de cuidados para o HIV/Aids.

Verifica-se também, de maneira preocupante, a ocorrência crescente de subnotificação dos casos de Aids em criança por critério da contagem de TCD4 menor para a faixa de idade, que atingiu 56,3% dos casos em 2021. Isso significa que metade dos casos foram descobertos através do cruzamento de bancos de dados pelo ministério da Saúde, ou seja, a última instância do Sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE). O uso da fonte de dados laboratorial é muito importante no processo de vigilância epidemiológica de qualquer agravo. As crianças filhas de mães infectadas pelo HIV, devem realizar contagem de carga viral do HIV para determinação da infecção e contagem de células TCD4 para verificação da situação imunológica. Os serviços de saúde devem estar atentos aos resultados desses exames para dar seguimento ao acompanhamento dessas crianças e proceder à notificação desses casos no Sinan.

Nos últimos dez anos, o número de casos de Aids em menores de 13 anos de idade foi reduzido em 79,8%, de 79 casos em 2012 para 16 casos em 2021; e a taxa de incidência (TI) caiu de 1,1 para 0,2 casos por 100.000 crianças menores de 13 anos de idade no mesmo período. Do total de 6.833 casos, 5.139 (75,2%) tinham menos de cinco anos de idade no diagnóstico de Aids; 1.254 (18,4%) entre cinco e nove anos e 440 (6,4%) com 10 a 12 anos de idade.

O número de casos de Aids em menores de cinco anos de idade faz parte do grupo de indicadores da Pactuação Interfederativa para todos os municípios do país (Brasil, 2021 e São Paulo, 2021) e sofreu uma redução acentuada até 2018, com uma estabilidade nos últimos 3 anos, em torno de 25 casos/ano. Entre 2019 e 30/06/2022 ocorreram 67 casos nesta faixa etária, sendo 16 na Capital.

Casos de Aids em crianças apontam para falhas na assistência durante o pré-natal da gestante HIV, no momento do parto e/ou na assistência durante a primeira infância da criança infectada pelo HIV. A situação se torna ainda mais preocupante quando o diagnóstico do caso de Aids é feito na ocorrência do evento óbito.

Todo caso de criança menor de 2 anos de idade infectada pelo HIV ou Aids deve ser investigado utilizando o Protocolo de Investigação de Casos de Aids por transmissão vertical do HIV - TVHIV do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). Esta investigação visa identificar possíveis falhas na linha de cuidado da gestante infectada pelo HIV e da criança exposta ao HIV materno ou a presença de algum fator de vulnerabilidade individual, social ou programática que afete o binômio mãe-filho, que levaram à ocorrência do HIV ou da Aids. Quando se conclui que a falha foi do serviço, discute-se a adequação de ações no processo do cuidado, seguindo o protocolo de assistência, com o intuito de evitar novos casos de HIV e Aids, visando a eliminação da transmissão vertical do HIV. No estado de São Paulo é preconizado que o evento seja discutido no Comitê de Mortalidade Materno Infantil Municipal ou Regional (São Paulo, 2020).

Sífilis Adquirida

No estado de São Paulo foram notificados 334.478 casos de Sífilis Adquirida de 2007 até 30 de junho de 2022. Em 2021, a taxa de detecção (TD) de Sífilis Adquirida (SA) foi igual a 88,3 por 100.000 habitantes. Pode-se observar elevação do número de casos e aumento da TD de SA até 2021, com uma ocorrência de uma redução isolada em 2020, provavelmente em decorrência da pandemia de COVID-19

Ao se analisar a distribuição da taxa de detecção de SA segundo o sexo, verificou-se que a TD foi em 2021: 120,2 por 100.000 habitantes para o sexo masculino e 58,0 para o sexo feminino, com a exclusão das gestantes com sífilis desta análise. A tendência da TD de SA segundo o sexo é crescente em ambos os sexos no período, apesar da queda em 2020.

Em 2021, dos 39.649 casos notificados com sífilis adquirida (excluindo-se as gestantes com sífilis), a maioria era do sexo masculino (66,2%) correspondendo a uma razão masculino/feminino de 1,8. No entanto, deve-se interpretar essa razão M/F com cautela, pois não leva em consideração o conjunto de mulheres gestantes com sífilis. Ao se adicionar as gestantes com sífilis em 2021, 15.252 gestantes com sífilis notificadas adicionadas aos 13.358

casos do sexo feminino notificados com sífilis adquirida, encontra-se o total de 28.610 mulheres notificadas, que corresponderia a uma razão M/F de 0,96.

A tendência da TDSA mantém-se crescente em ambos os sexos, e a partir de 2016 ocorreu uma taxa ligeiramente superior de detecção de sífilis adquirida do sexo feminino (somadas as gestantes com sífilis) em relação ao sexo masculino, em 2021.

A distribuição da TD de SA por 100.000 habitantes segundo raça/cor mostra tendência crescente nas três categorias analisadas da cor/raça: branca; parda e preta. Entretanto, as TD foram maiores para os casos de sífilis adquirida de pessoas com raça/cor preta e parda em relação aqueles de raça/cor branca; respectivamente 3,1 vezes e 1,6 vezes. Estas diferenças nas tendências das TD de SA, com piores indicadores entre as pessoas de raça/cor preta e parda, podem refletir barreiras e dificuldades de acesso ao diagnóstico e ao tratamento da SA associados ao racismo estrutural, institucional e interpessoal arraigado em nosso país.

Entre 2011 e 2021, chama atenção a elevação de casos notificados abaixo de 25 anos, jovens, passando de 17% para 29,1% dos casos notificados. Em 2021, o maior número de casos notificados foi de indivíduos abaixo de 25 anos, jovens, em ambos os sexos. Ao se analisar, as taxas de detecção segundo o sexo e faixa etária, fica evidente que em 2021 no sexo masculino a maior TD foi observada na faixa etária de 25 a 29 anos, e no sexo feminino na faixa etária de 20 a 24 anos.

Ao se analisar a distribuição de casos de sífilis adquirida por Região de Saúde (RS) pode-se observar importante heterogeneidade. As TDSA por 100.000 habitantes em 2021 que se apresentaram acima do Estado com 88,3 foram observadas nas Redes Regionais de Atenção à Saúde da Capital (São Paulo) /RRAS 06 (148,7), e; Baixada Santista/RRAS 07 (109,9).

Sífilis em Gestante.

No período de 2007 a junho de 2022, foram notificados, no estado de São Paulo, 114.352 casos de sífilis em gestantes. Observa-se que o número de casos notificados vem aumentando a cada ano, passando de 1.073 gestantes com sífilis em 2007, para 15.252 em 2021. Nos últimos dez anos a taxa de detecção da sífilis em gestantes sofreu um aumento expressivo de 4,5 vezes, passou de 6,5 casos em 2012, para 29,2 por 1.000 NV em 2021.

Nos últimos 10 anos, tem sido observado o crescimento de gestantes com sífilis em todas as faixas etárias. No entanto, quando comparado o ano de 2015 com 2021, nota-se que o maior

incremento (2,6 vezes) ocorreu em gestantes de 20 a 24 anos. Em 2021, a maior parte dos casos notificados encontra-se na faixa etária de 20 a 29 anos (59,9%). Também merecem destaque as adolescentes (de 10 a 19 anos) com percentual de 21,0%.

Em relação ao critério raça/cor, em 2021, identificou-se que 43,5% das mulheres gestantes diagnosticadas com sífilis eram pardas, 39,6% brancas e 11,9% pretas. Analisando-se os casos entre pardas, brancas e pretas observa-se tendência crescente entre as três raças, entretanto, a maior velocidade de 609 casos/ano se deu entre as pardas, seguida de 496 casos/ano entre as brancas e 145 casos/ano entre as pretas.

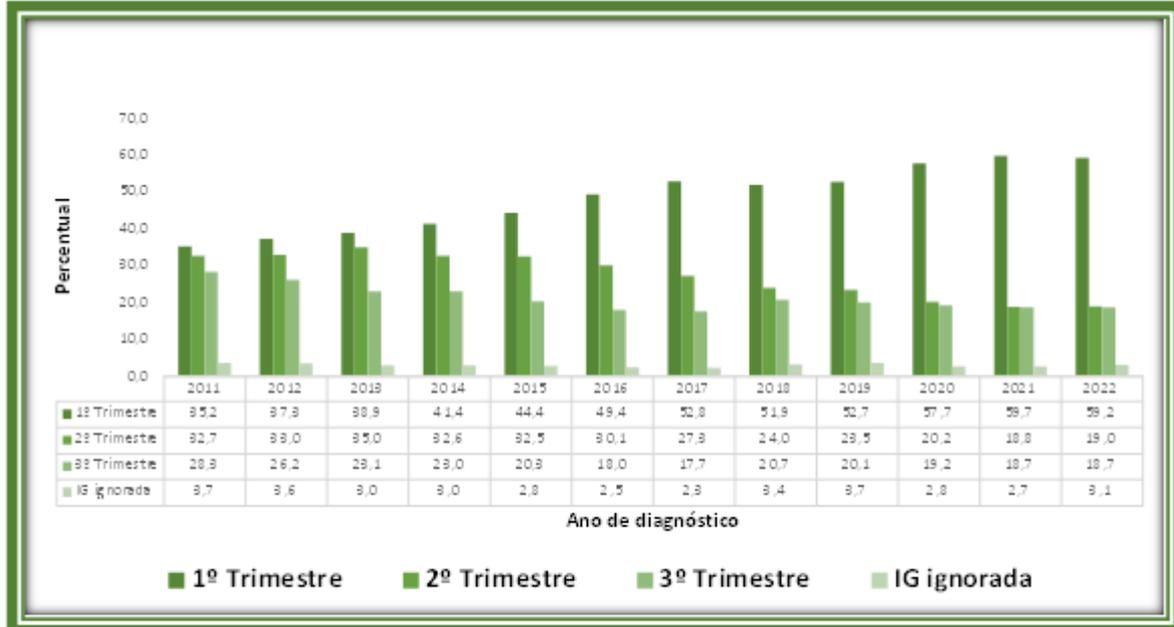
Em relação ao momento do diagnóstico de sífilis, observa-se que, em 2021, cerca de 78,6% das mulheres grávidas foram diagnosticadas no primeiro ou segundo trimestres de gestação, ou seja, em tempo oportuno para iniciar o tratamento e evitar a transmissão vertical. Ao longo da série histórica, nota-se positivamente que o percentual de gestantes com diagnóstico de sífilis no primeiro trimestre tem aumentado, passou de 35,2% em 2011 para 59,7% em 2021. O diagnóstico tardio da sífilis na gestação (3º trimestre ou no parto) pode indicar dificuldades no acesso ou na vinculação ao pré-natal, demonstrando a necessidade de atenção especial dos serviços em relação a oferta e qualidade dessa assistência no seu território

Considerando a epidemia de sífilis no Brasil e a sensibilidade dos fluxos de diagnóstico, recomenda-se iniciar a investigação diagnóstica pelo teste treponêmico (teste rápido), que é o primeiro teste a ficar reagente. Em 2021, os testes treponêmico e não treponêmico foram realizados em 91,8% e 90,1% dos casos, respectivamente. Importante ressaltar que toda gestante com sífilis, após tratamento adequado, deve realizar teste não treponêmico mensal. O monitoramento mensal das gestantes não tem o intuito de avaliar apenas a queda da titulação, mas, principalmente, descartar aumento da titulação em duas diluições (por exemplo, de 1:4 para 1:16), o que configuraria reinfecção/reativação e necessidade de retratamento da pessoa e das parcerias sexuais. Ressalta-se que, após o parto o seguimento das puérperas com teste não treponêmico passa a ser trimestral, até 12º mês de acompanhamento (3, 6, 9 e 12 meses).

Dada a reemergência da sífilis no mundo, assim como no Brasil, os profissionais de saúde precisam conhecer os testes diagnósticos disponíveis e saber interpretar os resultados, estar aptos a identificar as manifestações clínicas da doença e tratar adequadamente. No entanto, em relação à classificação da sífilis, no momento do diagnóstico, observa-se que em 2021, o percentual de ignorado ou em branco é de 63,6%, seguindo a tendência de anos anteriores.

Determinar a forma clínica da sífilis é fundamental para que o tratamento seja realizado corretamente. Faz-se necessário um processo de educação continuada para qualificação dos profissionais para o manejo da sífilis adquirida e em gestantes.

Figura 2- Percentual de casos de sífilis em gestantes, segundo trimestre gestacional de diagnóstico e ano de diagnóstico. Estado de São Paulo, 2007 a 2022*.



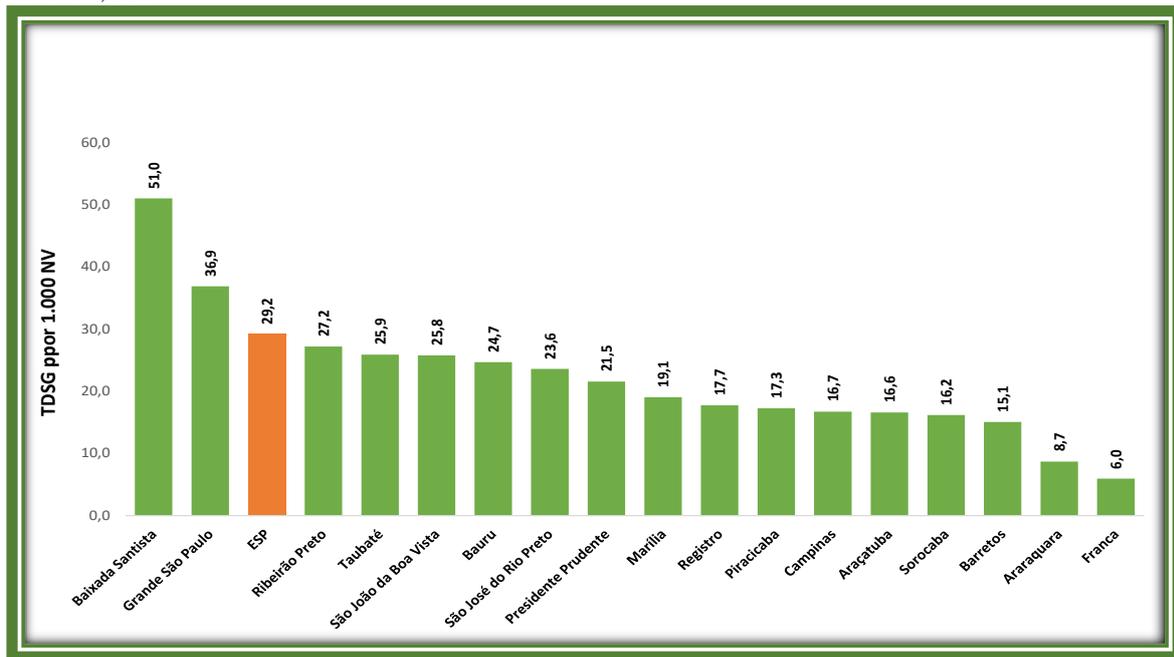
Fontes –

Casos de sífilis - SINAN / Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual IST/AIDS/SP (VE-PEIST/AIDS-SP)

*Dados preliminares até 30/06/2022, sujeitos a revisão.

A benzilpenicilina benzatina é o único medicamento que evita a sífilis congênita, pois atravessa a barreira transplacentária e trata o feto intraútero. Em relação ao tratamento das gestantes com sífilis, observa-se um pequeno declínio no percentual das prescrições de benzilpenicilina benzatina, em pelo menos uma dose, que passou de 94,6% em 2020, para 93,5% em 2021. Para eliminação da sífilis congênita é necessário alcançar uma cobertura de $\geq 95\%$ de tratamento adequado para a classificação clínica da doença. No entanto, esse percentual foi de 89,0% no Estado, em 2021.

Figura 3 - Taxa de detecção de sífilis em gestantes (TDSG), por 1.000 nascidos vivos (NV), segundo Departamento Regional de Saúde (DRS) de residência. Estado de São Paulo, 2021*.



Fontes - Casos de sífilis - SINAN / Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual IST/AIDS/SP (VE-PEIST/AIDS-SP)

Nascidos vivos - 2000 a 2021 - Base unificada de nascidos vivos - SESSP / Fundação SEADE

*Dados preliminares até 30/06/2022 sujeitos a revisão.

Transmissão Vertical da Sífilis

No Brasil, a notificação compulsória de sífilis congênita foi instituída por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986; a de sífilis em gestantes, pela Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005; e a de sífilis adquirida, por intermédio da Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010. Em 2017, o Ministério da Saúde publicou a Nota Informativa nº 02-SEI/2017 – DIAHV/SVS/MS, com a revisão e atualização dos critérios para definição de caso da sífilis adquirida, em gestantes e congênita.

No período de 2010 a junho de 2022, foram notificados no estado de São Paulo 322.938 casos de sífilis adquirida, 110.088 casos de sífilis em gestantes, 39.045 casos de sífilis congênita e 402 óbitos por sífilis congênita.

A taxa de detecção de sífilis em gestantes tem mantido tendência crescente, inclusive durante o período de pandemia por covid-19, com aumento médio de 13,0% ao ano, entre 2019 e 2021. Esse fato pode ser devido a manutenção da assistência pré-natal e parto, uma vez que as gestantes com sífilis podem ser detectadas e notificadas nesses dois momentos. Por outro lado, o impacto da pandemia pode ser observado na queda de 19% da taxa de detecção de sífilis adquirida, entre 2019 e 2020.

Em 2021, entre 17 RRAS, quatro apresentaram TDSG superior à do Estado (29,2/1000NV). Merecem destaques as RRAS com as mais elevadas taxas por 1.000 nascidos

vivos: Baixada Santista/RRAS 07 (46,2); São Paulo/Capital/RRAS 06 (44,6); Franco da Rocha/RRAS 03 (36,4), e; Osasco/Mananciais/Rota dos Bandeirantes/RRAS 04 e RRAS 05 (32,1).

A taxa de incidência de sífilis congênita apresentou aumento importante entre 2009 e 2017, seguida de estabilidade até 2020. No entanto, elevou-se em 9,3%, passando de 6,9 para 7,5 casos/1000 nascidos vivos (NV), entre 2020 e 2021. O incremento na taxa de incidência da sífilis congênita pode ter sido influenciado pelo impacto da pandemia por covid-19, decorrente do comprometimento de ações preventivas na assistência pré-natal, diagnóstico tardio de sífilis materna - no momento do parto - e diminuição no número de nascidos vivos (denominador da taxa). No estado e São Paulo, o número de nascido vivos reduziu 10,0% (diminuição de 58.316 NV) entre 2019 e 2021, passando de 583.191 para 524.875 nascidos-vivos.

O controle da sífilis adquirida na comunidade é uma importante estratégia para eliminação da sífilis congênita. Os gestores devem concentrar esforços no diagnóstico, tratamento e cura dos casos de sífilis adquirida, especialmente na população em idade reprodutiva, para quebrar a cadeia de transmissão.

A infecção fetal é influenciada pelo estágio da doença na mãe (sendo maior nos estágios primário e secundário) e pelo tempo durante o qual o feto foi exposto. Portanto, as medidas de controle da sífilis congênita concentram-se na assistência adequada de pré-natal, com captação precoce e vinculação da gestante nesses serviços, oferta de testagem para sífilis no primeiro trimestre, idealmente na primeira consulta, e no terceiro trimestre de gestação (em torno da 28ª semana), instituição de tratamento oportuno e adequado para as gestantes e parcerias sexuais, seguimento após o tratamento, busca ativa de faltosas, documentação dos resultados das sorologias e tratamento da sífilis na caderneta da gestante; notificação dos casos de sífilis na gestação e congênita.

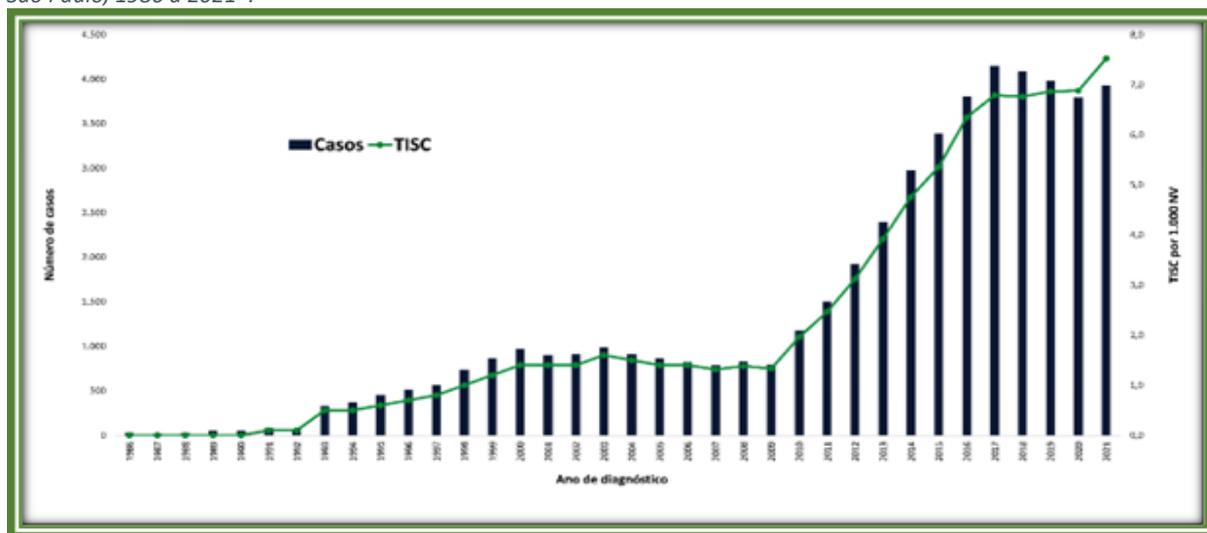
Estimular a participação da parceria sexual durante todo o processo de pré-natal é essencial para o bem-estar biopsicossocial da mãe, do bebê e da parceria. Tratar e orientar a parceria sexual sobre a prevenção de futuras infecções sexualmente transmissíveis contribui para evitar a reinfecção de gestantes tratadas adequadamente.

Ações articuladas de programas materno-infantil e de infecções sexualmente transmissíveis com a Atenção Primária a Saúde e a instituição de Comitês de investigação de casos de transmissão vertical de HIV e sífilis contribuem para melhorar a resposta no enfrentamento da sífilis.

Sífilis Congênita

De 1986 a 30/06/2022 foram notificados no estado de São Paulo 51.986 casos de sífilis congênita e 634 óbitos por sífilis congênita. A taxa de incidência de sífilis congênita (TISC) apresentou tendência crescente entre 2009 e 2017 (aumentou 5,1 vezes), seguida de estabilidade até 2020. No entanto, com o impacto da pandemia por Covid-19, a TISC apresentou incremento de 9,3%, passou de 6,9 para 7,5 casos por 1000 NV, entre 2020 e 2021, respectivamente.

Figura 4 - Número de casos de sífilis congênita (SC) e taxa de incidência por mil nascidos vivos (TISC), Estado de São Paulo, 1986 a 2021*.



Fontes - Casos de sífilis - SINAN / Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual IST/AIDS/SP (VE-PEIST/AIDS-SP)

Nascidos vivos - 2000 a 2021 - Base unificada de nascidos vivos - SESSP / Fundação SEADE

*Dados preliminares até 30/06/2022, sujeitos a revisão.

**Taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos

***Taxa de mortalidade por sífilis congênita por 100.000 nascidos vivos

O percentual de casos de sífilis congênita em relação aos casos de gestante com sífilis (SC/SG) declinou ao longo da série histórica, em 2007 era de 73,0%, enquanto que em 2021 atingiu o valor de 25,8%. Esse indicador mostra o quanto são importantes a detecção precoce e o tratamento adequado da gestante com sífilis, durante o pré-natal.

No estado de São Paulo, a taxa de mortalidade infantil por sífilis congênita elevou-se em 4,3 vezes, quando comparado 2011 a 2015 (de 1,8 para 7,8 óbitos por 100.000 NV), seguida de estabilidade e queda de 17,0% entre 2017 e 2019. Em 2021 atingiu 7,3 óbitos por 100.000 NV, aumento de 14,0% na comparação com 2019.

No período de 2007 a 30/06/2022, os desfechos desfavoráveis da sífilis congênita representaram 11,6% (4.794 ocorrências) do total de casos. Comparando os anos de 2011 e 2021, observa-se elevação dos óbitos por sífilis congênita (3,5 vezes), óbitos por outras causas (3,5

vezes), natimortos (3,3 vezes) e abortos (4,4 vezes) por sífilis. Em 2021, os abortos e natimortos por sífilis (435 ocorrências) apresentaram incremento de 2,8% em relação ao ano de 2020. Ressalta-se que, juntos, abortos e natimortos representaram 86,8% dos desfechos desfavoráveis e 11,1% do total de casos diagnosticados de sífilis congênita em 2021.

Em 2021, a maior parte das mães de crianças com sífilis congênita se encontrava entre 20 e 24 anos (37,5%). Os casos em mães adolescentes (10 a 19 anos) apresentaram crescimento de 3,2 vezes na comparação entre 2011 e 2018 (de 267 para 851 casos), seguido de declínio de 5,8% entre 2019 e 2021, e representam 18,2% do total de casos de sífilis congênita em 2021. Em relação à raça/cor, em 2021, a maioria das mães das crianças com sífilis congênita se declararam pardas (44,5%), seguidas das brancas (39,6%) e pretas (7,4%).

O percentual de casos de sífilis congênita cujas mães realizaram pré-natal vem aumentando gradativamente ao longo do período, tendo atingido 84,6% em 2021. Além disso, em 66,0% dos casos de sífilis congênita, o diagnóstico da sífilis materna foi realizado durante o pré-natal. No entanto, ambos não foram fatores suficientes para quebrar a cadeia de transmissão do agravo. Em 2021, 28,3% das mães tiveram diagnóstico de sífilis no momento do parto/curetagem e 2,7% após o parto.

Ressalta-se que o tratamento da sífilis materna durante o pré-natal evita os casos de sífilis congênita, desde que seja realizado com benzilpenicilina benzatina, iniciado até 30 dias antes do parto, com esquema terapêutico completo de acordo com o estágio clínico da infecção e respeitando os intervalos recomendados entre as doses.

Em 2021, entre os casos de sífilis congênita, 3.495 (88,9%) nasceram vivos e, desse total, 3.414 (97,7%) foram diagnosticados na primeira semana de vida. O teste não treponêmico em sangue periférico do recém-nascido foi realizado em 96,5%, apesar de ser indicado para todos os filhos de mães com teste imunológico (treponêmico e/ou não treponêmico) reagente no momento do parto, independentemente de tratamento prévio realizado. Essa recomendação se encontra na Nota Informativa Nº 002/2022/CRT-PE-DST/AIDS/SES-SP e nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde (SÃO PAULO, 2022; BRASIL, 2022).

Em relação aos DRS de residência, Taubaté (54,0%), Bauru (26,8%), Grande São Paulo (21,0%) e Marília (20,6%) apresentaram os maiores percentuais de diagnóstico de neurosífilis entre os casos de sífilis congênita notificados em suas regiões, em 2021. No entanto, os DRS que apresentaram os maiores percentuais de não realização do exame de LCR foram: Franca (50,0%), Barretos (40,9%) e Araçatuba (37,8%).

A radiografia de ossos longos é parte integrante do protocolo para avaliação da sífilis congênita. Em 2021, no estado de São Paulo, 84,1% dos casos de sífilis congênita realizaram esse

exame, com presença de alterações em 5,0% dos casos. Ainda em 2021, São João da Boa Vista (36,1%) e Araçatuba (31,1%) foram as DRS com maiores percentuais de não realização do exame.

Quanto ao tratamento dos casos de sífilis congênita, em 2021, 55,8% foram realizados com penicilina G cristalina, 13,3% com penicilina G procaína, 17,1% com penicilina G benzatina e 5,9% com outro esquema terapêutico. Chama a atenção o número de casos sem tratamento (154), apesar do diagnóstico de sífilis congênita, e sem informação/ignorado (124). É importante que as vigilâncias epidemiológicas investiguem todas as crianças com informação de tratamento não realizado ou ignorado, para verificar se há necessidade de busca ativa e instituição de terapia adequada ou se o problema é devido a erros de preenchimento da ficha de notificação ou digitação no Sinan. Em 2021, os DRS de Araçatuba (17,8%), São João da Boa Vista (13,9%), Araraquara (11,5%) e São José do Rio Preto (11,1%) apresentaram os maiores percentuais de crianças com sífilis congênita sem tratamento, entre os casos notificados por suas regiões. A Grande São Paulo concentrou o maior número absoluto de casos sem tratamento (77 recém-nascidos).

Em 2021, entre 17 RRAS, oito apresentaram TISC superior à do Estado (7,5/1000NV). Merecem destaques as RRAS com as mais elevadas taxas por 1.000 nascidos vivos: Franco da Rocha/RRAS-03 (14,5), Baixada Santista/RRAS-07 (14,4), Guarulhos, Alto do Tietê/RRAS-02 (13,4), Osasco/Mananciais/Rota dos Bandeirantes/RRAS-04 (12,1), Alta Paulista, Extremo Oeste Paulista, Alta Sorocabana, Alto Capivari, Pontal do Paranapanema RRAS-14 (10,6), Grande ABC RRAS-01 (9,7), Lins, Bauru, Jaú, Vale do Jurumirim, Polo Cuesta/RRAS-09 (9,5) e Adamantina, Tupã, Assis, Marília, Ourinhos/RRAS-10 (8,7).

Em relação aos DRS de residência, é preocupante a situação de Registro, que apresentou TDSG de 17,7/1000 NV e TISC de 16,3/1000 NV, ou seja, percentual de 92,1% de casos de sífilis congênita em relação aos casos de sífilis em gestantes (SC/SG) e dos DRS de Presidente Prudente (49,1%), Araçatuba (46,2%) e Marília (45,7%).

2.2 Resultado da pesquisa “Fatores de discriminação de populações vulneráveis ao HIV/AIDS no estado de São Paulo”

A iniciativa Zero Discriminação celebra o direito de todos a uma vida plena, digna e produtiva – não importando sua origem, orientação sexual, identidade de gênero, sorologia para o HIV, raça, etnia, religião, deficiência e tantos outros motivos de discriminação”. A partir desta premissa do UNAIDS (março de 2013) o Programa Estadual de IST/AIDS-SP constituiu um Grupo de Trabalho, com o objetivo de discutir e propor ações como resposta para o enfrentamento do estigma e do preconceito sofrido pelas Pessoas Vivendo com HIV/Aids - PVHA no estado de São Paulo.

Formatou-se a pesquisa “Fatores de discriminação de populações vulneráveis ao HIV/Aids no estado de São Paulo”, que teve como objetivos: fomentar as discussões acerca destas situações nas unidades pesquisadas; identificar fatores ligados a discriminação/preconceito nos serviços públicos de saúde do estado de São Paulo, sob a ótica dos profissionais/gestores dos serviços; identificar a percepção de discriminação/preconceito por parte das pessoas vivendo e convivendo com populações mais vulneráveis; e divulgar os resultados da pesquisa com o intuito de propiciar a construção de propostas de enfrentamento.

Responderam 163 serviços localizados em 102 municípios (15,8 % do total do estado) sendo que destes, 72 municípios fazem parte da política de incentivos para ações de enfrentamento ao HIV (49,6 % dos municípios que recebem incentivo), contando com 100 unidades SAE/CTA respondentes. Os dados apresentados são referentes apenas aos serviços de IST/HIV/Aids.

Na outra vertente da pesquisa responderam 431 pessoas, na página do Facebook “Conversaria sem Tabu”.

Após uma análise preliminar, destacamos as seguintes situações que levantam hipóteses para intervenção:

- 12% das unidades indicadas como CTA/SAE referem não atender a demanda de travestis e transexuais;
- Aproximadamente 18% dos serviços não tem implantado o nome social, ainda que já tenha legislação estadual e federal garantindo esse direito no SUS;
- 80% das unidades não desenvolvem nenhuma ação ou movimento para trabalhar com as questões de racismo institucional, LGBTfobia e sorofobia;
- 50% das unidades não assimilaram a estratégia I-I como forma de enfrentamento ao estigma para as pessoas que vivem com HIV;

- Tanto no questionário “A” quanto no questionário “B”, o ambiente de trabalho destaca-se como um ambiente violador de direitos e discriminatório, acima da educação e da saúde (ambos também citados com frequência importante);
- A família é um grupo social também altamente violador e discriminatório;
- Aproximadamente 50% das pessoas respondentes não conhecem mecanismos de defesa de direitos contra LGBTfobia e racismo institucional.

Ainda que a amostra não seja significativa, algumas questões relatadas por pessoas que vivem com HIV, como orientação de profissionais de saúde para evitarem filhos, esterilização e a prática de relações sexuais apenas com pessoas da mesma sorologia, pode indicar uma tendência de alguns profissionais em reproduzir discriminações ligadas à infecção pelo HIV.

Neste caso, também aproximadamente 50% das pessoas não conhecem mecanismos de defesa de direitos das pessoas vivendo com HIV e Aids.

As pessoas que vivem com HIV/Aids enfrentam situações de discriminação por sua sorologia. Além do estigma de ser uma pessoa vivendo com HIV, outras vulnerabilidades individuais e sociais dificultam o acesso destas pessoas aos serviços, cor, gênero, orientação sexual, credo, condições socioeconômicas, ampliam as possibilidades de vivenciar situações de discriminação. A discriminação pode assumir diversas formas, desde realização do teste de HIV sem consentimento até a ausência de discussão de planejamento familiar das PVHA em idade reprodutiva. Não podemos dissociar a discriminação das PVHA, com processos discriminatórios mais amplos. Vulnerabilidades individuais/comunitárias experimentadas por grupos como população negra; pessoas de orientação sexual e identidade de gênero diferentes da heteronormativa, em especial gays, HSH, mulheres e homens transexuais e travestis e segmentos da população com indicadores socioeconômicos desfavoráveis, têm estreita correlação com o aumento da incidência do HIV e da Aids.

2.3 Diagnóstico situacional do “Programa de Qualificação em Boas Práticas em HIV/Aids”.

O Programa de Qualificação de Boas Práticas em HIV/Aids- PQBPM-HIV/Aids-SAE para os municípios com serviços especializados em HIV/Aids, é uma das estratégias do Programa Estadual de IST/AIDS de São Paulo para fortalecer a gestão e a rede de IST/AIDS no Sistema Único de Saúde (SUS) de modo a aprimorar as ações de promoção, prevenção, diagnóstico, vinculação, assistência e tratamento do HIV/Aids, para a Consolidação da Rede de Cuidados IST, HIV/Aids e Hepatites Virais, com foco na eliminação da Aids como problema de saúde pública.

O objetivo do PQBPM-HIV/Aids-SAE é apoiar os municípios na qualificação da atenção à saúde na temática do HIV/Aids nas diferentes etapas do contínuo do cuidado, de forma a instrumentalizá-los nas mudanças necessárias para melhoria da atenção possibilitando às pessoas, possibilitando ainda a obtenção de selos de Boas Práticas.

Em janeiro de 2023 o PQBPM-HIV/Aids-SAE realizou um diagnóstico situacional para 169 municípios e construiu um mapa visual do desempenho de seus indicadores para subsidiar a elaboração de um Plano de Ações. Houve adesão de 96% dos municípios dos 169 convidados para participarem do PQBPM-HIV/Aids-SAE, com elaboração de planos de ações, apresentados e pactuados em CIR.

O diagnóstico situacional foi realizado por etapa do cuidado contínuo em HIV/Aids, tendo abrangido também algumas dimensões da Gestão e os principais achados estão descritos abaixo sempre considerando o número e percentual de municípios no desempenho de cada indicador:

I. Promoção e Prevenção:

1. 31% (50) dos municípios tem mapeamento da população vulnerável (HSH, profissional do sexo, usuário de drogas, etc) e destes 55% (12) tem plano de ação;
2. 52% (84) referem ter nome social implantado nos SAE/CTA;
3. 42,1% (68) dos municípios com SAE mantêm canal aberto de comunicação com os seus usuários para receber reclamações, denúncias, sugestões, elogios e demais manifestações dos cidadãos quanto aos serviços e atendimentos prestados;

4. 22,9% (37) dos municípios ampliaram a dispensação dos insumos de prevenção das IST/HIV, em grandes frentes no campo da saúde no município e em novos espaços (fora das unidades de saúde) e com novas parcerias;
5. 82% (132) informaram que o programa municipal de IST/Aids tem espaço de articulação entre as áreas/programas da Secretaria de Saúde;
6. 95% (154) dos municípios desenvolvem ações de prevenção às IST/Aids.
7. Em relação à Profilaxia Pós-Exposição-PEP (Violência sexual; Relação sexual desprotegida (sem o uso de camisinha ou com rompimento da camisinha); Acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou contato direto com material biológico).
 - 69% (112) realizam as três PEP;
 - Dos 112 municípios 46% (51) dos Municípios com pelo menos um serviço de urgência 24 horas e um serviço ambulatorial cadastrado e com dispensa para as três categorias de PEP.
 - Dos 112 municípios que fazem PEP, 56% (62) dispensam PEP por 28 dias;
 - Ainda dos 112 municípios que fazem PEP, em 71% (80) os serviços dispensam a PEP no mesmo local de atendimento.
8. Em relação à Profilaxia Pré-Exposição ao HIV-PrEP:
 - 62% (100) dos municípios tem Serviço de PrEP cadastrado e em atividade, com dispensa para casos novos no ano; destes 100 municípios:
 - 45% (45) informaram que são referência para outro município para PrEP;
 - 61% (61) municípios prescrevem PrEP para adolescentes;
 - 11% (11) não dispensam PrEP para o setor privado;
 - 40% (40) ofertam auto teste para HIV;
 - A categoria profissional prescritora por número e percentual de municípios:
 - 21 (21%) médico, enfermeiro, farmacêutico
 - 56 (56%) médico, enfermeiro

1 (1%) médico

2 (2%) enfermeiro

4 (4%) enfermeiro, farmacêutico

12 (12%) farmacêutico

- Dos municípios que fazem PrEP a dispensação da medicação é realizada em imediatamente em 11% (11 municípios), é agendada e imediata (misto) em 39% (39) e é agendada em 50% (50) dos municípios;
- 52% (52) dos municípios, tem pelo menos 90% dos serviços dispensando PrEP no retorno com regularidade mínima trimestral.

II. Diagnóstico e Vinculação

1. 97,5% (158) dos municípios utilizam Teste Rápido-TR para diagnóstico do HIV;
2. Baixa testagem da demanda espontânea: 13% (21) dos municípios agendam e 87% (140) afirmaram que a maioria das unidades atendem no mesmo dia;
3. 27% (44) dos municípios aumentaram em mais de 15% a oferta de testagem ao HIV em relação ao ano anterior;
4. 23% (37) ofertam auto teste e preenchem Sistema de avaliação e monitoramento dos projetos SIMAV, 35% (57) apenas ofertam auto teste e 42% (68) não ofertam auto teste;
5. 65% (105) realizam capacitação para Teste Rápido;
6. 20% (32) tem cadastro no Avaliação Externa da Qualidade de Testes Rápidos -AEQ-TR e com profissionais participando programa;
7. 40% (64) dos municípios possuem no mínimo SAE/CTA, maternidades e unidades penitenciárias da Secretaria de Administração Penitenciária, cadastradas e utilizando o Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais - SisLogLab;
8. Quanto à implantação de TR nos municípios, foi informado que o TR não é utilizado nas maternidades em 16% (26) dos municípios e também não é utilizado nos SAE em 8% (13) dos municípios;

9. Quanto a Campanha Fique Sabendo de 2022, 98,7% (160) dos municípios participou, sendo que destes: 8% (13) dos municípios participaram com as unidades de saúde fazendo horário ampliado e ações extramuros; 59% (96) dos municípios participaram fizeram horário ampliado ou ações extramuros; 20% (31) participaram da campanha fique sabendo e 13% (20) não informaram sua participação na Campanha.
10. 43% (70) dos municípios reduziram $\geq 10\%$ o diagnóstico tardio do HIV ou não tiveram diagnóstico tardio;
11. 87% (141) têm ações de monitoramento e estratégias de vinculação;
12. 34,9% (56) dos municípios possuem $> 85\%$ dos pacientes iniciando TARV em até 30 dias.

III. Tratamento, retenção e supressão viral

1. Temos 169 municípios que atendem PVHA no estado de São Paulo, que somam ao todo 208 serviços que realizam atendimento de PVHA;
2. Dos municípios que responderam ao questionário, 100% (162) acompanham adultos com HIV/Aids, 88% (142) gestantes, 79% (128) criança exposta ao HIV e 69% (112) criança com HIV/Aids;
3. 14,6% (26) dos municípios referiram realizar atendimento de PVHA, porém não se definem como SAE;
4. 3% (5) não realizam a coleta de CD4/CD8 e carga viral do HIV no SAE e 8% (13) não realizam a coleta de genotipagem do HIV;
5. 17,8% (29) dos municípios que atendem PVHA não tem UDM;
6. Os medicamentos para as IST e infecções oportunistas não são adquiridos por, respectivamente, 16% (22) e 18% (25) dos municípios;
7. As Unidades Dispensadoras de Medicamento -UDM não dispensam Isoniazida pelo SICLOM em 135 (80%) municípios;
8. 76% (123) tem *Gap* de tratamento alto: 29% (36) têm $> 10\%$, 47% (87) têm de 5 a 10%;
9. 64% (104) não utilizam o SIMC para monitorar *gap* de tratamento;

10. Lipodistrofia: 20,1% (32) dos municípios não possuem referência para preenchimento facial da Lipodistrofia e 45% (73) dos municípios que indicaram ter uma referência, os municípios polo informaram que não são referência para nenhum município ou não realizam o preenchimento facial;
11. 36% (58) dos municípios possuem uma cobertura < 90% de testagem de HIV realizada nas pessoas com tuberculose;
12. 55% (89) possuem < 80% das pessoas coinfetadas HIV/TB em uso de TARV
13. 36% (58) diminuíram o número de pacientes em tratamento da Infecção Latente da Tuberculose ILTB;
14. 63% (102) não utilizam o SIMC para monitorar o *Gap* de tratamento da ILTB;
15. 36% (58) têm taxa de abandono de TARV > 10%;
16. 26% (42) não realizam a busca sistemática de PVHA em abandono de tratamento;
17. 61% (99) não utilizam o SIMC para monitorar o abandono;
18. 44% (71) com supressão viral < 90%;
19. 94% (152) não utilizam o SIMC para o monitoramento da supressão viral;
20. 97% (157) com adesão suficiente menor que 90%;

IV. Gestão:

1. 10,6% (17) dos serviços que atendem PVHA não estavam cadastrados no Programa Estadual de IST/Aids;
2. 50,2% (81) dos serviços ambulatoriais (SAE) e 71,6% (116) dos CTA não tem cadastro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES como Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids-106 e classificação 001/CTA ou 002/SAE;
3. 32% (52) dos municípios não tem meta e/ou ação de enfrentamento ao HIV/Aids no Plano Municipal de Saúde;
4. 71% (115) dos municípios realizam reuniões para discussão dos dados relacionados ao HIV/Aids para a programação das ações no município;

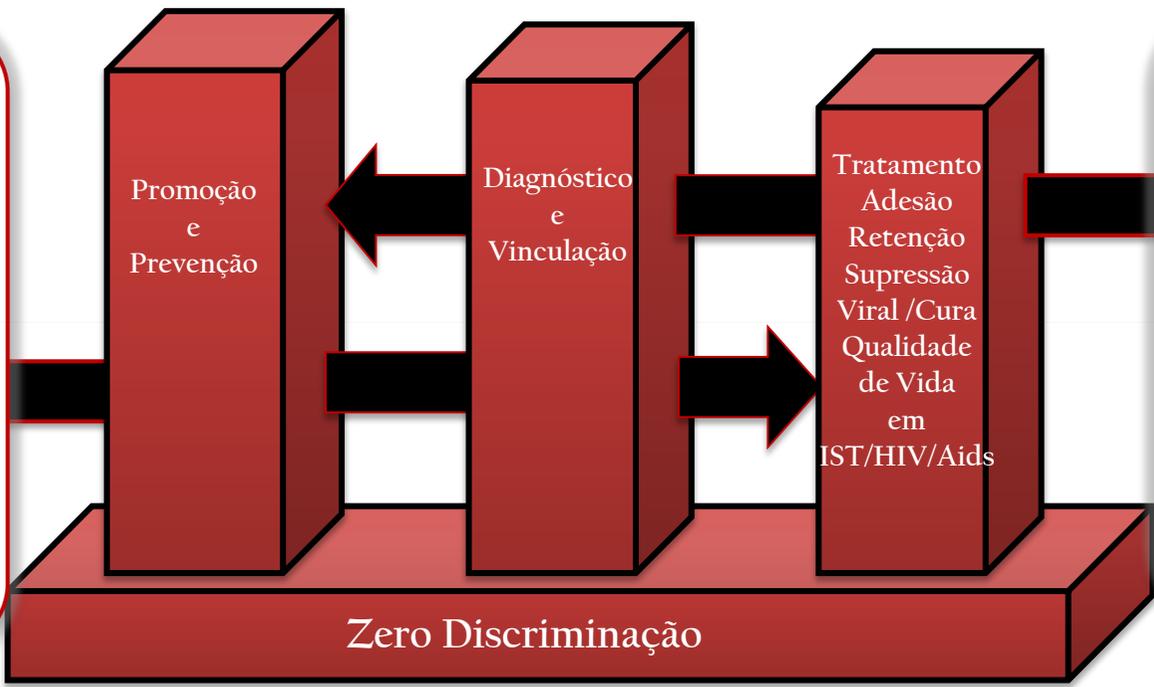
5. 69% (112) dos municípios possuem Programação/Planejamento Orçamentário para as ações de HIV/Aids para o ano do exercício atual;
6. 70% (113) das Coordenações Municipais de HIV/Aids estabelecem metas para os SAE/CTA;
7. 80% (130) dos municípios os SAE/CTA estão comprometidos com a execução do Planejamento anual de metas e ações;
8. 71% (115) dos municípios desenvolvem ações educativas na temática do HIV/Aids;
9. 63% (102) dos municípios realizaram capacitação das equipes do Serviço Especializado em HIV/Aids (SAE/CTA);
10. 64% (103) realizam capacitação das equipes da Atenção Básica na temática HIV/Aids;
11. 35% (56) dos municípios realizam capacitação das equipes das Maternidades;
12. 21% (34) dos Municípios estão cadastrados no Programa do AEQ-TR e com profissionais participando do programa;
13. 24,2% (39) dos municípios possuem Comitê(s) ou GT de Mortalidade para a Investigação de Óbitos por Aids com composição e sistematização do processo de trabalho definidos;
14. 26% (42) dos municípios tem SAE utilizando o Redcap mortalidade;
15. 16% (26) tem Comitê de Transmissão Vertical do HIV ou realiza a discussão dos casos no Comitê de mortalidade materno infantil;
16. **Vigilância Epidemiológica:**
 - a) Completude de dados preenchidos na ficha de notificação nas categorias:
 - o Exposições – 56,8% (92)
 - o Raça/cor – 75,1% (122)
 - o Escolaridade – 36% (58)
 - b) Completude de dados da ficha de notificação de Gestante: 24,1% (39)

- c) 38,4% (62) dos municípios informaram que analisam seus dados epidemiológicos de HIV/Aids e divulgam as informações e os indicadores;
- d) 48% (78) dos municípios divulgam as informações e os indicadores de HIV/Aids com o objetivo de coletivizá-los de forma transparente;
- e) 79% (127) dos municípios realizam o monitoramento da situação epidemiológica do HIV no município;
- f) 55,6% (90) dos municípios tem a Taxa de Mortalidade menor do que a taxa de Mortalidade do Estado.



Plano Estratégico do Programa Estadual IST/Aids de São Paulo -2024 a 2027

- Gestante
- HSH
- Travestis e transexuais
- Mulheres profissionais do sexo
- População negra
- Parcerias sexuais de PVHA, IST e de populações mais vulneráveis.
- População privada de liberdade
- Pessoas em uso de drogas
- População em situação de rua
- Pessoas com TB



- Gestante vivendo HIV
- Gestante com sífilis
- Pessoas com IST
- Pessoas vivendo com HIV/Aids
- Coinfecção TB e HV



PARTE 2 - Diretriz, Objetivos, e Estratégias do Programa Estadual IST/HIV/Aids-SP

A Diretriz, as Estratégias e os Objetivos foram definidos por dirigentes e técnicos do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids e pelos integrantes da Cogespa formada por representantes dos municípios qualificados na política de incentivo, representantes dos interlocutores regionais de IST/HIV/Aids, representantes da Sociedade Civil Organizada e parceiros.

Diretriz: A DIRETRIZ mostra o caminho a ser seguido para o alcance dos objetivos.

Objetivos: Os OBJETIVOS têm como finalidade mostrar onde queremos chegar ao final destes quatro anos.

Estratégias: As ESTRATÉGIAS mostram os meios a serem seguidos para o alcance dos nossos objetivos.

DIRETRIZ

Consolidação da Rede de Cuidado em IST/AIDS no Estado de São Paulo.

OBJETIVOS

1. Eliminar a Aids como problema de saúde pública.
2. Reduzir novas infecções e morbimortalidade por IST/HIV
3. Reduzir a discriminação por HIV/AIDS
4. Reduzir a sífilis congênita
5. Manter a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV do estado de São Paulo.

ESTRATÉGIAS

- 1 Ampliar o acesso à prevenção combinada às IST/HIV/AIDS junto às populações mais vulneráveis, incluindo a incorporação de novas tecnologias especialmente à PrEP, PEP e outros insumos de prevenção.
- 2 Qualificar e ampliar a oferta dos diagnósticos de HIV e sífilis em populações mais vulneráveis pelo método rápido e vincular os casos diagnosticados.
- 3 Qualificar os municípios do Estado para implementar as boas práticas no cuidado da gestante e recém-nascido para evitar a transmissão vertical do HIV e da sífilis.
- 4 Reduzir as lacunas do cuidado em HIV/AIDS: vinculação tardia, *gap* de tratamento, carga viral detectável, interrupção de tratamento e ausência de tratamento da Infecção Latente de Tuberculose - ILTB.
- 5 Apoiar a qualificação da Atenção Primária à Saúde e a Atenção Especializada para o enfrentamento das IST/HIV/AIDS.
- 6 Aprimorar e integrar as informações clínico-epidemiológicas e disseminar conhecimento sobre IST/AIDS.
- 7 Ampliar a investigação de óbitos ocorridos em pessoas vivendo com HIV/AIDS.
- 8 Contribuir para a redução do estigma e discriminação com vistas a atingir à Zero Discriminação.
- 9 Aprimorar os processos e espaços de gestão participativa.
- 10 Qualificar os municípios com serviços especializados em HIV/AIDS do estado de São Paulo para implementar as boas práticas em HIV/AIDS.

PARTE 3 – METAS 2024-2027

As metas estão determinando o quanto o Programa Estadual de IST/AIDS espera alcançar até dezembro de 2027. Elas devem ser realizadas por todos os integrantes do PE-IST/AIDS, ou seja, pelos 162 municípios qualificados na política de incentivo, pelos 27 Grupos de vigilância epidemiológica, com apoio da Sociedade Civil Organizada e parceiros.

1 - Promoção e Prevenção

Estratégia 01: Ampliar o acesso à prevenção combinada às IST/HIV/Aids junto às populações mais vulneráveis, incluindo a incorporação de novas tecnologias especialmente à PrEP, PEP e outros insumos de prevenção.

Metas:

Meta 1.01.1	Até dezembro de 2027, ampliar para 165 o número de municípios que ofertam PrEP	
	Valor de base	125 municípios / 2023
	Indicador	Nº de municípios com registro de dispensa de PrEP na UDM
	Fonte do Indicador	Siclom gerencial relatório de monitoramento da PrEP
Meta 1.01.2	Até dezembro de 2027, ampliar para 85% o número de municípios com unidades de atendimento 24horas para PEP.	
	Valor de base	77% / 2023
	Indicador	Percentual de municípios com atendimento 24hs para PEP.
	Fonte do Indicador	Cadastro de unidades de PEP (REDCAP) atualizada uma vez ao ano.
Meta 1.01.3	Até dezembro de 2027, ampliar em 20% a distribuição de preservativos externos no Estado.	
	Valor de base	56.555.106 - 2022
	Indicador	Nº de preservativos distribuídos/ 2027.
	Fonte do Indicador	Planilha de distribuição do Estado.
Meta 1.01.4	Até dezembro de 2027, ampliar para 13 GVE a estratégia “Juntos na Prevenção - Saúde-Educação” em pelo menos um município prioritário.	
	Valor de base	05 GVE - 2023
	Indicador	Nº de GVE com a estratégia “Juntos na Prevenção - Saúde-Educação” implantada.
	Fonte do Indicador	Relatório de implantação da Gerencia de Prevenção do CRT/DST/Aids.
Meta 1.01.5	Até dezembro de 2027, ampliar para 09 GVE a estratégia #PPP – Partiu Prev em áreas de maior vulnerabilidade e/ou periférica.	
	Valor de base	01 GVE - 2023
	Indicador	Nº de GVE com a estratégia “#PPP – Partiu Prev” implantada.
	Fonte do Indicador	Relatório de implantação da Gerencia de Prevenção do CRT/DST/Aids.

2 - Diagnóstico e Vinculação

Estratégia 02: Qualificar e ampliar a oferta dos diagnósticos de HIV e sífilis em populações mais vulneráveis pelo método rápido e vincular os casos diagnosticados.

Metas

Meta 2.02.1	Até dezembro de 2027, ampliar para 510 o número de municípios utilizando o SISLOGLAB na logística dos testes rápidos de HIV e sífilis no estado de São Paulo.	
	Valor de base	350 - 2023
	Indicador	Nº de municípios utilizando o SISLOGLAB na logística de testes rápidos de HIV e sífilis.
	Fonte do Indicador	Sisloglab - registro solicitação de testes rápidos de HIV pelo município (ressuprimento T1 HIV).
Meta 2.02.2	Até dezembro de 2027, ampliar para 157 o número de municípios com participação no Programa de Avaliação Externa de Qualidade de Testes Rápidos do DATHI/MS.	
	Valor de base	77 - 2023
	Indicador	Nº de municípios cadastrados no AEQ TR com ao menos uma participação ao ano do município no AEQ.
	Fonte do Indicador	AEQ TR – Relatório enviado pela equipe do AEQ TR.
Meta 2.02.3	Até dezembro de 2027, ter a adesão de 90% dos municípios à Campanha Estadual de Testagem da Sífilis e do HIV.	
	Valor de base	638 – 2023
	Indicador	Percentual de municípios participantes da campanha.
	Fonte do Indicador	Formulário online de monitoramento de realização de exames na campanha – preenchido pelo coordenador da campanha Fique Sabendo no município.
Meta 2.02.4	Até dezembro de 2027, aumentar para 90% o percentual de PVHA com início da TARV em até 30 dias após a realização do primeiro CD4 –	
	Valor de base	76% - 2022
	Indicador	Percentual de PVHA com início da TARV em até 30 dias após a realização do primeiro CD4.
	Fonte do Indicador	Painel de indicadores clínicos do DATHI - MS

Estratégia 03: Qualificar os municípios do Estado para implementar as boas práticas no cuidado da gestante e recém-nascido para evitar a transmissão vertical do HIV e da sífilis.

Meta

Meta 2.03.1	Até dezembro de 2027, aumentar para 85% o percentual de gestantes diagnosticadas com sífilis no pré-natal até o 2º trimestre de gestação.	
	Valor de base	79% - 2022
	Indicador	Percentual de gestante com sífilis diagnosticadas até o 2º trimestre.
	Fonte do Indicador	Sinan

3 - Tratamento, Retenção, Adesão, Supressão ou Cura

Estratégia 03: Qualificar os municípios do Estado para implementar as boas práticas no cuidado da gestante e recém-nascido para evitar a transmissão vertical do HIV e da sífilis.

Metas

Meta 3.03.1	Até dezembro de 2027, ampliar para 95% o percentual de gestantes diagnosticadas com sífilis no pré-natal tratadas com penicilina.	
	Valor de base	94% - 2022
	Indicador	Percentual de gestantes com sífilis tratadas com penicilina.
	Fonte do Indicador	Sinan
Meta 3.03.2	Até dezembro de 2027, ampliar para 100% o percentual de crianças com sífilis congênita tratadas.	
	Valor de base	92% - 2022
	Indicador	Percentual de crianças com sífilis congênita tratadas.
	Fonte do Indicador	Sinan.
Meta 3.03.3	Até dezembro de 2027, ampliar para 95% o percentual de terapia antirretroviral (TARV) em gestantes vivendo com HIV/Aids durante a gestação.	
	Valor de base	88% - 2022
	Indicador	Percentual de gestantes com HIV em uso de TARV na gestação.
	Fonte do Indicador	Sinan e Siclom gerencial.

Estratégia 04: Reduzir as lacunas do cuidado em HIV/Aids: vinculação tardia, gap de tratamento, carga viral detectável, interrupção de tratamento e ausência de tratamento da Infecção Latente de Tuberculose - ILTB.

Metas

Meta 3.04.1	Até dezembro de 2027, manter o gap de tratamento em até 5%.	
	Valor de base	3,2% - 10/2023
	Indicador	Percentual do gap de tratamento no estado de São Paulo.
	Fonte do Indicador	SIMC.
Meta 3.04.2	Até dezembro de 2027, reduzir a taxa de carga viral > 50 cópias/mL para até 5%	
	Valor de base	7,1% - 10/2023
	Indicador	Percentual de carga viral > 50 cópias/mL no estado de São Paulo.
	Fonte do Indicador	SIMC.
Meta 3.04.3	Até dezembro de 2027, reduzir a interrupção do tratamento para no máximo 10%	
	Valor de base	13,7 % - 10/2023
	Indicador	Percentual de interrupção do tratamento no estado de São Paulo.
	Fonte do Indicador	SIMC.
Meta 3.04.4	Até dezembro de 2027, reduzir a taxa de carga viral detectável global > 50 cópias/ml para 15% ou menos.	
	Valor de base	19 % - 10/2023
	Indicador	Percentual de carga viral
	Fonte do Indicador	SIMC
Meta 3.04.5	Até dezembro de 2027, diminuir em 15% ao ano a interrupção do tratamento de tuberculose nas PVHA	
	Valor de base	24,1% - 2022
	Indicador	Percentual de PVHA com interrupção de tratamento de tuberculose.
	Fonte do Indicador	Sinan.

Meta 3.04.6	Até dezembro de 2027, ter 80% dos casos de pessoas co-infectadas TB/HIV em uso de TARV	
	Valor de base	64% - 2022
	Indicador	Percentual de PVHA com TB em uso de TARV.
	Fonte do Indicador	TBWEB
Meta 3.04.7	Até dezembro de 2027, aumentar para 70% o número de PVHA com CD4 < 350 mm ³ avaliados para o tratamento de ILTB.	
	Valor de base	40 % - 10/2023
	Indicador	Percentual do número de PVHA monitorados quanto ao tratamento da ILTB.
	Fonte do Indicador	SIMC.

4 - GESTÃO E DIREITOS HUMANOS

Estratégia 05: Apoiar a qualificação da Atenção Primária à Saúde e à Atenção Especializada para o enfrentamento das IST/HIV/Aids.

Meta

Meta 4.05.1	Até dezembro de 2027, Investigar 100% dos casos de TVHIV ao ano.	
	Valor de base	Não se aplica
	Indicador	Número de casos TVHIV investigados.
	Fonte do Indicador	Protocolo de Investigação para TVHIV - Vigilância

Estratégia 06: Aprimorar e integrar as informações clínico-epidemiológicas e disseminar conhecimento sobre IST/Aids

Metas

Meta 4.06.1	Até dezembro de 2027, realizar o diagnóstico situacional da atenção às IST em 84 municípios do Estado.	
	Valor de base	0 - 2023
	Indicador	Número de municípios com diagnóstico situacional realizado.
	Fonte do Indicador	Instrumento RedCap.
Meta 4.06.2	Até dezembro de 2027, ampliar para 95% o percentual de cobertura de tratamento de sífilis em até 30 dias dos casos informados no RedCap.	
	Valor de base	68% - 2023
	Indicador	Percentual de pessoas tratadas para sífilis adquirida em até 30 dias.
	Fonte do Indicador	Instrumento RedCap.
Meta 4.06.3	Até dezembro de 2027, implantar projeto piloto de vigilância sentinela de Gonorreia e Clamídia por biologia molecular em 5 municípios do Estado.	
	Valor de base	0 - 2023
	Indicador	Projeto piloto implantado.
	Fonte do Indicador	Ficha de Gono e Clamídia

Meta 4.06.4	Até dezembro de 2027, ampliar para 80% a cobertura de casos investigados de sífilis adquirida no sistema RedCap no Estado de São Paulo em relação ao SINAN.	
	Valor de base	40% - 2023
	Indicador	Número de casos investigados de sífilis adquirida no sistema RedCap em relação ao Sinan
	Fonte do Indicador	Sinan e RedCap

Estratégia 07: Ampliar a investigação de óbitos ocorridos em pessoas vivendo com HIV/Aids

Meta

Meta 4.07.1	Até dezembro de 2027, aumentar para 90% o número de municípios periodicamente elencados, para a realização da investigação dos óbitos ocorridos entre PVHA, com grupos ou comitês de investigação de óbitos instituídos, utilizando o RedCap de mortalidade e inquérito do PE-IST/Aids.	
	Valor de base	72% - 2022
	Indicador	Percentual de municípios utilizando o RedCap de mortalidade e inquérito do PE-IST/Aids.
	Fonte do Indicador	RedCap de mortalidade e inquérito do PE-IST/Aids

Estratégia 08: Contribuir para a redução do estigma e discriminação com vistas a atingir à Zero Discriminação.

Meta

Meta 4.08.1	Até dezembro de 2027, ampliar para 41 regiões de saúde a implantação de serviços de saúde integral para travestis, transexuais e/ou outras variabilidades de gênero.	
	Valor de base	19 - 2023
	Indicador	Número de regiões de saúde com serviço implantado.
	Fonte do Indicador	Cadastro de serviços implantados.

Estratégia 09: Aprimorar os processos e espaços de gestão participativa.

Metas

Meta 4.09.1	Até dezembro de 2027, realizar, anualmente, estratégias conjuntas entre a Secretaria de Saúde e a Secretaria da Administração Penitenciária, Secretaria Educação, Secretaria da Justiça e Cidadania e Secretaria do Desenvolvimento Social e os municípios, para prevenção de IST/Aids, com ênfase na sífilis adquirida e sífilis congênita e atenção as PVHA e demais populações vulneráveis.	
	Valor de base	Não se aplica
	Indicador	Estratégias realizadas em conjunto com as secretarias da Administração Penitenciária, Educação, Justiça e Cidadania e Desenvolvimento Social.
	Fonte do Indicador	CRT DST/Aids, municípios e GVE.
Meta 4.09.2	Até dezembro de 2027, realizar com as áreas técnicas do CRT duas oficinas anuais de integração para os novos coordenadores municipais de IST/Aids.	
	Valor de base	Não se aplica
	Indicador	Nº de oficinas realizadas
	Fonte do Indicador	Lista de presença

Estratégia 10: Qualificar os municípios com serviços especializados em HIV/Aids do estado de São Paulo para implementar boas práticas em HIV/Aids.

Metas

Meta 4.10.1	Até dezembro de 2027 oferecer suporte técnico para implementação das Boas Práticas em 100% dos municípios com SAE.	
	Valor de base	Não se aplica
	Indicador	Percentual de municípios com suporte técnico
	Fonte do Indicador	Relatório
Meta 4.10.2	Até dezembro de 2027, monitorar 100% dos planos de ação construídos pelos municípios participantes do Programa de Boas Práticas.	
	Valor de base	160
	Indicador	Percentual de planos monitorados
	Fonte do Indicador	Relatório

Referência Bibliografia.

1 - Estado de São Paulo assina Declaração de Paris e se compromete a acelerar a resposta ao HIV. Acesso em 15/09/23: <https://unaids.org.br/2021/12/estado-de-sao-paulo-assina-declaracao-de-paris/>

2 - O caminho que põe fim à AIDS: Relatório Global do UNAIDS 2023. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2023. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Acesso em 18/09/23: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2023/07/JC3082_GAU2023-ExecSumm_v2_embargoed_PT_VF_Revisada-EA.pdf
<https://unaids.org.br/ods/>

3 – Cervantes V, Dantas JCO, Penna A, Vilela MC, Pizarro SS. Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Resposta às IST/Aids: “Um resgate histórico da trajetória na construção de novos caminhos.”; 2021. Acesso em 07/2023: <https://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/publicacoes/publicacoes-download/livroplanejamentomonitorementoeavaliacao.pdf?attach=true>

4 - Estratégia Juntos na Prevenção - "Documento Orientador para Profissionais da Educação e da Saúde para a promoção de educação em sexualidade e prevenção das IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais" -Secretaria de Estado da Educação de São Paulo - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. 2018. Disponível em <https://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/publicacoes/publicacoes-download/documentoorientadorjuntosnaprevencao.pdf>

5 - SUMÁRIO EXECUTIVO - Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS - BRASIL - Disponível em https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2019/12/2019_12_06_Exec_sum_Stigma_Index-2.pdf

