



Ministério da Saúde – MS
Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Unidade de Articulação com a Sociedade Civil e Direitos Humanos –
SCDH

1 **32ª Reunião Ordinária da Comissão de Articulação com Movimentos Sociais - CAMS**

2

3 **Data: 30 de agosto de 2011**

4 Local: Hotel Mercure

5 SHN, Quadra 5, Bloco G, sala Jatobá/Ingá

6 Brasília - Distrito Federal.

7

8 **Participantes:**

9

10 **Álvaro Augusto de Andrade Mendes** (Movimento de Redução de Danos);

11 **Antônio Teixeira de Brito** (RNP+ Brasil);

12 **Clementina Correia Pereira** (Movimento Popular);

13 **Eliana Ferreira Karajá Martins** (Movimento de Populações Indígenas);

14 **Evandro Ferrete dos Santos** (Fórum de ONG/Aids do Espírito Santo);

15 **Faustina Amorin Silva** (Movimento de Hepatites Virais);

16 **João Fabrício Nunes** (Fórum de ONG/Aids do Amazonas);

17 **Jorge Luís Kramer Borges** (Movimento de Hepatites Virais);

18 **Julio Daniel e Silva Farias** (Fóruns ONG/Aids Alagoas); suplente Fóruns

19 **Liorcino Mendes Pereira Filho** (Movimento Homossexual);

20 **Maria Noelci Teixeira Homero** (Movimento de Mulheres);

21 **Maiquel da Fonseca Fouchy** (Fórum de ONG/Aids do Rio Grande do Sul);

22 **Rosemeire Rodrigues de Souza** (Fórum de ONG/Aids de Minas Gerais);

23 **Sebastião de Campos Arino Júnior** (Fórum de ONG/Aids de Mato Grosso do Sul);

24 **Sebastião Lima Diniz Neto** (Fórum de ONG/Aids de Roraima);

25 **Simone Vieira da Cruz** (Movimento Negro);

26

27 **Representantes que faltaram:**

28

29 **Antônio Pereira de Oliveira Neto** (Movimento de Estudantes Jovens);

30 **Carmem Lúcia de Souza Paz** (Movimento Rede de Profissionais do Sexo);

31 **Fábio de Jesus Ribeiro** (Fórum de ONG/Aids da Bahia);

32 **Sílvia Reis** (Movimento de Travestis, Transexuais e Transgeneros);

33 **Tathiane Araújo** (Fórum de ONG/Aids do Sergipe);

34 **Thania Regina Fernandes Arruda** (Fórum de ONG/Aids do Distrito Federal).

35

36 **Representantes do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais – SVS - Ministério**
37 **da Saúde:**

38

39 **Eduardo Barbosa** (Diretor-adjunto); **Ivo Brito**; **Gil Casimiro**; **Rubens Duda**; **Nelson**

40 **Ramos**; **Márcia Colombo**; **Lucas Seara**; **Edivaldo Santos** e **Denise Serafim** (DHRV);

41 **Ronaldo Hallal** (CQV).

42



Ministério da Saúde – MS
Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV

44 **Convidados:**

45 **Vera Lopes e Hiojuma** (Secretaria de Saúde Indígena - SESAI) veral.santos@saude.gov.br

46 **Katia Souto** (Departamento Gestão Estratégica e Participativa – DAGEP)
47 katia.souto@saude.gov.br

48

49

Pauta

50

51

52 08:30 **Abertura e apresentação dos representantes**

53 Eduardo Barbosa – Diretor Adjunto

54

55 08:50 **Informes do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**

56

57 **Informes dos Movimentos, Redes e Fóruns**

58

59 10:20 **Estratégias de acesso rápido para sífilis, HIV e Hepatites Virais**

60 Denise Serafim

61 Edivaldo Santos - DHRV

62

63 12:00 **Intervalo**

64

65 14:00 **14ª Conferência Nacional de Saúde**

66 Katia Souto – Departamento Gestão Estratégica Participativa – MS

67

68 15:00 **População Indígena e Aids**

69 Caminhos para articulação e linhas de financiamento

70 SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

71 Vera Lopes e Hiojuma

72

73 16:00 **Deficiências como fator de vulnerabilidade**

74 Ronaldo Hallal – Coordenador

75 Cuidado e Qualidade de Vida - CQV

76

77 17:00 **Encaminhamentos / Encerramento**

78

79

80 **Plenária da Manhã:**

81

82 **Dirceu Greco** (Diretor) – Agradece a presença de todos e dá as boas vindas, comenta sobre
83 os bons resultados da resposta brasileira da epidemia da aids devido a parceria que sempre
84 existiu entre a gestão e o movimento social. Comentou que não poderá estar presente





Ministério da Saúde – MS
Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV

86 durante esta reunião devido a outras reuniões e demandas da Secretaria de Vigilância em
87 Saúde.

88

89 **Eduardo Barbosa** (Diretor-adjunto) - Dá as boas vindas a todos os representantes da
90 CAMS e informa que esta reunião está sendo transmitida on-line. Após faz-se a
91 apresentação de todos os representantes. Comenta que todos os representantes dos
92 movimentos sociais e dos Fóruns de ONG Aids devem fazer a interlocução para qualificar
93 as informações e demandas.

94 Informa que foi revogada as portarias de instituição e constituição do Comitê de Articulação
95 com os Movimentos Sociais devido a diversidade de comitês e comissões na Secretaria de
96 Vigilância em Saúde - SVS, e a partir de agora as comissões deverão orientar a Comissão
97 Técnica Assessora. Para conhecimento já estamos encaminhando as novas portarias para
98 SVS para instituir e constituir a Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais -
99 CAMS.

100 Quanto a CNAIDS não haverá nenhuma alteração devido sua relevância dentro deste
101 Departamento.

102 Foi constituído também o Comitê Técnico Assessor em Hepatites Virais – CTA, este comitê
103 terá a participação dos movimentos sociais, especialistas, OPAS, CONASS e CONASEMS.

104 Para tranquilizar a todos os espaços de articulação e interlocução dos movimentos sociais,
105 academias, universidades, seguimentos das sociedades dentre outros serão mantidos dentro
106 da nova estrutura da SVS.

107

108 Os informes do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais estão disponíveis no site:

109 [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/44540/informativo_cams_agost
110 o_2011_pdf_20147.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/44540/informativo_cams_agosto_2011_pdf_20147.pdf)

111

112 Os informes do movimento social estão disponíveis no site:

113 [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/44540/informes_mov_social_20
114 110830_pdf_16165.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/44540/informes_mov_social_20110830_pdf_16165.pdf)

115

116 **Simone Cruz** – informou que o movimento negro está aguardando o posicionamento do
117 Departamento quanto a carta aberta da sociedade civil a ausência de políticas públicas de
118 HIV/Aids para a população negra e indígena entregue na 31ª reunião realizada em 13 de
119 maio 2011.

120

121 **Eduardo** – Informa que a carta será enviada em breve no que compete as demandas deste
122 Departamento. Quanto a saúde integral estas demandas devem estar centradas no
123 Departamento de Gestão Estratégica e Participativa.

124

125 **Julio** - comentou que no estado de Alagoas o SEBRAE está desenvolvendo alguns cursos
126 com a participação de seis instituições qualificando gestão, elaboração de projetos para
127 qualificar os profissionais.





Ministério da Saúde – MS
Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV

129

130 **Álvaro** - Foi realizado em 17 e 18 de agosto em Belém do Pará o 5º ENORD foi tirada uma
131 carta norte de RD aonde temos a preocupação sobre a nova política de drogas com foco para
132 as comunidades terapêuticas. Cita o descontentamento e repúdio quanto a portaria da
133 ANVISA quanto ao tratamento compulsório.

134

135 **Eduardo** – agradece a organizações da sociedade civil da Bahia e a Vereadora Marta
136 Rodrigues por receber o título de cidadão soteropolitano em 22 de setembro de 2011 na
137 Câmara de Vereadores de Salvador e fica honrado pelo reconhecimento, bem como
138 agradece a toda equipe do Departamento pelo trabalho e conquista coletiva.

139 Informa que em breve será publicada a nova portaria de Casas de Apoio, a mesma terá a
140 inclusão de crianças e adolescentes, acréscimo de valores por acomodações, tipos de
141 acomodações aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

142

143

144 **Pauta: Estratégias de acesso rápido para sífilis, HIV e Hepatites Virais**

145

Denise Serafim

146

Edivaldo Santos - DHRV

147

148 ▪ A realização dos testes rápidos no Brasil é uma tecnologia que deve agregar-se às
149 demais.

150

▪ O objetivo da sua utilização é a ampliação do acesso ao diagnóstico

151

▪ Não deve substituir a realização do diagnóstico laboratorial

152

▪ Requer esforço conjunto de gestores (três esferas) e serviços

153

154

▪ Portaria 151, outubro 2009

155

▪ Aprova o fluxograma mínimo para o diagnóstico da infecção pelo HIV;

156

▪ Determina o uso do TR em situações especiais;

157

▪ Define os tipos de amostras;

158

▪ Estabelece que todos os reagentes utilizados para o diagnóstico do HIV
sejam registrados na ANVISA;

159

▪ Define que as normas de validação serão de atribuição do Departamento
de DST/AIDS/HV;

161

▪ Revoga a Portaria 34.

162

163

164

Situações para utilização de TR HIV

165

166 ▪ Rede de serviços de saúde sem infraestrutura laboratorial ou localizada em regiões
167 de difícil acesso;

168

▪ Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA;

169

▪ Segmentos populacionais móveis (flutuantes);





Ministério da Saúde – MS
Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV

- 171
- 172
- 173
- 174
- 175
- 176
- 177
- 178
- 179
- 180
- 181
- 182
- 183
- 184
- 185
- 186
- 187
- 188
- 189
- Segmentos populacionais mais vulneráveis a infecção pelo HIV e outras DST, de acordo com a situação epidemiológica local;
 - Parceiros de pessoas vivendo com HIV/AIDS;
 - Acidentes biológicos ocupacionais, para teste no paciente fonte;
 - Violência sexual, para teste no agressor;
 - Gestantes que não tenham sido testadas durante o pré-natal ou cuja idade gestacional não assegure o recebimento do resultado do teste antes do parto, particularmente no terceiro trimestre de gestação;
 - Parturientes e puérperas que não tenham sido testadas no pré-natal ou quando não é conhecido o resultado do teste no momento do parto;
 - Abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional;
 - Pessoas que apresentem diagnóstico estabelecido de Tuberculose;
 - Pessoas que apresentem alguma Doença Sexualmente Transmissível;
 - Pessoas que apresentem diagnóstico de Hepatites Virais;
 - Pessoas com manifestações clínicas presumivelmente relacionadas à infecção pelo HIV e suas infecções oportunistas, incluindo aqueles clinicamente graves.
 - Outras situações especiais definidas pelo Departamento.

190 **Avaliação de TR-HIV**

- 191
- 192
- 193
- 194
- 195
- 196
- 197
- 198
- 199
- 200
- 201
- 202
- 8 TR estão aprovados para utilização no algoritmo brasileiro:
 - “HIV-1/2 BioManguinhos”;
 - “HIV Rapid Check”;
 - “Determine HIV-1/2”;
 - “Uni-Gold HIV”;
 - “HIV 1/2 Colloidal Gold” e;
 - “BD Chek HIV Multi-test”. Outras situações especiais definidas pelo Departamento;
 - Vikia HIV-1/2;
 - HIV-1/2 3.0 Strip Test Bioeasy.

203 Sífilis

- 204
- 205
- 206
- 207
- Portaria esta em processo de elaboração
 - Diagnóstico positivo será definido com teste treponêmico **E** não treponêmico

208 Teste Rápido para Sífilis

- 209
- 210
- 211
- 212
- TR será triagem
 - Não passará por processo de validação
 - Apenas registro válido na Anvisa





Ministério da Saúde – MS
Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV

- 214 ▪ Capacitação dos profissionais
215 ▪ Fluxograma utilizando TRS – nova portaria para sífilis
216 ▪ Utilização em situações específicas

217

218 **Situação para utilização do TRS**

219

- 220 ▪ Serviços de saúde sem infraestrutura laboratorial ou localizada em regiões de
221 difícil acesso;
222 ▪ **CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento;**
223 ▪ Segmentos populacionais mais vulneráveis às DST, de acordo com situação
224 epidemiológica local;
225 ▪ **População indígena;**
226 ▪ Gestantes e seus parceiros em unidades básicas de saúde, particularmente no
227 âmbito do **Projeto Cegonha;**
228 ▪ Outras situações especiais definidas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites
229 Virais/SVS/MS para ampliação do diagnóstico da sífilis.

230

231 **Hepatites B e C**

232

- 233 ▪ Oferecer a triagem precoce das hepatites B e C e conseqüentemente acelerar as ações
234 de diagnóstico e terapêuticas quando aplicáveis nas infecções causadas pelos vírus B
235 e C;
236 ▪ Oferecer acolhida imediata aos portadores das hepatites virais B e C dentro da
237 estrutura assistencial do SUS, acelerando o acesso do seguimento do caso;
238 ▪ Reduzir a cadeia de transmissão;

239

240 **Diretrizes para aplicação dos testes**

241

242

- 242 ▪ *Marcadores :*

243

243 *Para hepatite B: - HBsAg (Vikia – HBsAg)*

244

244 *Para hepatite C : - Anti-HCV (Imuno-Rápido HCV – Wama)*

245

- 245 ▪ *Realização dos testes:*

246

246 *- Multiplicadores que fizeram parte dessa capacitação e executores por eles*

247

247 *capacitados.*

248

249





Ministério da Saúde – MS
Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV

CTA com implantação dos testes rápidos das hepatites B e C		
UF	Município	Nome CTA
AC	Rio Branco	CTA de Rio Branco
AM	Manaus	CTA – Manaus
BA	Salvador	CTA - Estadual / Salvador
BA	Salvador	CTA - Salvador (Marymar Novais)
DF	Brasília	CTA - Distrito Federal
ES	Vitória	CTA - Vitória (Centro de Ref. de DST/Aids)
GO	Goiânia	CTA – Goiânia
MG	Belo Horizonte	CTA – SAE
MG	Belo Horizonte	CTA – SAE (SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO)
MT	Cuiabá	CTA – Programa DST/Aids Estadual – CERMAC
PR	Curitiba	CTA de Curitiba
RJ	Rio de Janeiro	CTA – Hospital Escola São Francisco de Assis – HESFA / Rio de Janeiro
RJ	Rio de Janeiro	CTA – Rocha Maia no Rio de Janeiro
RO	Porto Velho	CTA – Porto Velho
RS	Porto Alegre	CTA "Caio Fernando Abreu" de Porto Alegre
SP	São Paulo	Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids
SP	São Paulo	CTA CSE Barra Funda
SP	São Paulo	CTA Chabilândia
SP	São Paulo	CTA Pirituba
SP	São Paulo	CTA Santo Amaro
SP	São Paulo	CTA/SAE DST/Aids Campos Elíseos
SP	São Paulo	CTA/SAE Dr. José Francisco de Araujo

251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266

Implantação dos testes:

- Monitoramento constante quanto:
 - ✓ à **implantação** – por meio de um documento de monitoramento e visitas periódicas;
 - ✓ À performance dos testes (estabilidade, sensibilidade, especificidade e reprodutibilidade);

Aconselhamento:

- Aconselhamento acompanha todas as ações de diagnóstico, considerando as especificidades de cada agravo;
- Conteúdos específicos estão previstos nos programas de capacitação de multiplicadores e executores;





Ministério da Saúde – MS
Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV

268 ▪ Materiais instrucionais sobre aconselhamento foram atualizados contemplando os
269 três agravos;

270

271 **Álvaro** – comenta o difícil acesso dos usuários de drogas, quanto as intervenções das
272 organizações da sociedade civil, bem como saber a aplicabilidade dos testes.

273

274 **Julio** – cita a dificuldade quanto a saúde do homem em acessar os serviços, e comenta que o
275 teste irá auxiliar muito.

276

277 **Edivaldo** - Quanto a disponibilização dos testes pode-se sim acessar, podemos citar novas
278 expectativas mas iremos entrar com estratégias para atingir a população de homens.

279

280 **Denise** - Quanto a ampliação de acesso estamos indo além dos serviços de saúde, porém
281 deve haver algumas condições para essa ampliação. O teste facilita o acesso e acontece com
282 a população de gays e HSH com o Quero Fazer e estamos apoiando, porém necessita de
283 profissionais de saúde para qualificar a demanda. Desde 2004 os testes rápidos de HIV estão
284 sendo ofertados para gestantes e estamos acolhendo outras demandas com responsabilidade.

285

286 **Rose** – Existe um levantamento dos resultados positivos de testes rápidos e se essa
287 população continua a ser atendida.

288

289 **Denise** - Muitas iniciativas não depende do Departamento, porém não temos a informação
290 quanto ao acompanhamento.

291

292 **Eduardo** - Todos as pessoas são referenciadas para os serviços, porem não temos um
293 acompanhamento do tratamento e assistência dos usuários. O retorno é muito positivo do
294 diagnóstico em eventos como o Fique Sabendo e do Quero Fazer. As mobilizações nos
295 eventos não substitui o procedimento na rede de serviços implantada e os locais estão
296 qualificados para esse atendimento. O teste rápido é um facilitador para as populações de
297 difícil acesso aos serviços. Em 17 de setembro teremos também o Quero Fazer na cidade de
298 São Paulo no Largo do Arouche. Temos uma epidemia concentrada nas populações mais
299 vulneráveis e temos que dar foco. Tem populações especificadas que tem risco acrescido
300 como nas hepatites virais e essas ações devem ser articuladas com as redes de serviço local.
301 Quanto mais cedo saber o diagnóstico melhor será qualificado o tratamento dos usuários.
302 Um dos grandes desafios é a adesão ao tratamento.

303

304 **Léo Mendes** – Ninguém no Brasil é contra a universalização da testagem do HIV e das
305 Hepatites Virais ou qualquer outra epidemia que houver. Existe os aspectos humanitários e a
306 maior preocupação é quanto ao resultado dos exames, bem como a proteção de saúde mental
307 dos usuários. Todos temos direito de saber do estado sorológico, porém não devemos dar
308 esse resultado em determinados locais. Precisamos trabalhar a questão do Programa de





Ministério da Saúde – MS
Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV

310 Saúde da Família com testagem em massa e não terceirizando para as organizações da
311 sociedade civil.

312

313 **Maiquel** – Comenta sobre a ação positiva de prevenção ocorrida no campeonato de futebol
314 aonde o time do Flamengo do Rio de Janeiro entrou em campo com a camisa do Dia
315 Mundial de luta contra as Hepatites Virais.

316

317 **Denise** – Informa que todas as oportunidades de acesso são voluntárias e progredimos com
318 um encorajamento maior para ampliar para fora dos serviços e a própria comunidade
319 demandou, mesmo considerando suas dificuldades. Estamos atendendo a uma diversidade
320 de escolhas, de necessidades e de possibilidades. Estamos também capacitando junto à
321 política do preso ofertar o teste dentro de um fluxo e articulações feitas devido sua
322 prevalência.

323

324 **Eduardo** – Quanto a testagem a mesma é feito voluntariamente aderindo ou não. Informa
325 que no São Paulo Fashion Week muitas pessoas testadas eram os trabalhadores do evento e
326 que ali encontraram a oportunidade de fazer a testagem. Teremos no Rock in Rio 14 mil
327 trabalhadores no qual terão a oportunidade de testagem. Essa é uma ação de marketing com
328 estratégia de divulgar os testes e oportunidade para irem ao serviço. Precisamos rever os
329 nossos CTA e como ofertam os serviços. Nenhuma ONG é responsável por fazer o
330 testagem, mas sim promover a mobilização dos usuários. Os profissionais de saúde estão
331 envolvidos nos serviços de testagem do Quero Fazer. São oportunidades para fazer a
332 testagem. Lembra que 97% da população na pesquisa PECAP tem conhecimento de diversas
333 informações quanto a epidemia. Precisamos também qualificar o PSF e ter uma atenção
334 integral.

335

336 **Edivaldo** – Quanto a implantação do teste rápido de Hepatites Virais estão sendo
337 implantados nos CTAs definidos pelos critérios epidemiológicos e a assistência laboratorial.
338 Precisamos fazer também um monitoramento local, bem como verificar a qualidade da
339 oferta e do atendimento.

340

341 **Eduardo** - No Rock in Rio terão 18 profissionais que acompanharão toda a estratégia, bem
342 como ações individualizadas. Teremos 03 profissionais qualificados e capacitadas para
343 aconselhamento pós-teste, bem como teremos a possibilidade de fazer 500 testes dia. Quanto
344 a rede de serviços em caso de diagnóstico positivo estamos providenciando para qualificar a
345 equipe e os usuários. O espaço foi cedido para o Ministério da Saúde e temos 50 credenciais.
346 Teremos dois vídeos sendo veiculados no evento, sendo um de prevenção e outro sobre a
347 necessidade de fazer a testagem para diagnóstico precoce. Estamos levando 250 mil
348 preservativos masculinos que serão distribuídos e orientações e informações sobre a
349 testagem de hepatites virais e os locais de realização da testagem.

350





Ministério da Saúde – MS
Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV

352 **Léo Mendes** – Comenta a necessidade de trabalhar o estigma e preconceito sobre a
353 epidemia de aids nos eventos, além da testagem, precisamos inserir nesses espaços o
354 respeito e solidariedade das PVHA.

355
356 **Eduardo** - Temos trabalhado e um levantamento das últimas campanhas mostra que o tema
357 estigma e preconceito estiveram presentes. No Rock in Rio estamos buscando sensibilizar os
358 artistas para referenciar os locais de distribuição de insumos e a necessidade de falar sobre o
359 não preconceito e discriminação, porém não temos nada fechado neste sentido, estaremos
360 verificando a possibilidade. Para conhecimento hoje o Sr. Moyses Toniollo, membro da
361 RNP+ Brasil, que era totalmente contra a testagem nos eventos como no carnaval em
362 Salvador, o mesmo participou do evento e hoje este engajado no pré-aconselhamento. A
363 partir de outubro teremos fóruns virtuais aonde teremos moderadores e interatividade sobre
364 a ampliação da testagem, CTA, prevenção e solicitamos que os movimentos sociais
365 participem inclusive com críticas.

366

367 **Plenária da Tarde:**

368

369 **Pauta: 14ª Conferência Nacional de Saúde**

370 Katia Souto – Departamento de Apoio à Gestão Estratégica Participativa – MS

371 http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=384

372

373 O **Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP)** foi criado em 2005, como
374 parte integrante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). O Departamento
375 tem a missão de propor, apoiar e acompanhar as políticas de gestão participativa do SUS.
376 Para tanto, atua na implementação de políticas de promoção da equidade, práticas educativas
377 nos serviços de saúde, educação popular e mobilização social e fortalecimento do controle
378 social no SUS, além de estimular a criação de espaços de gestão participativa nos serviços
379 de saúde.

380

381 O DAGEP conta com duas coordenações gerais: **Apoio à Educação Popular e**
382 **Mobilização Social e Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social**. Ambas têm o
383 objetivo de aprimorar e ampliar a gestão participativa, tais como: o apoio dos mecanismos
384 institucionalizados de controle social, processos participativos de gestão, instâncias de
385 decisões compartilhadas, mecanismos de mobilização social, processos de educação popular
386 em saúde e ações articuladas entre diferentes setores de governo para a promoção da
387 equidade em saúde.

388

389 Para implementar a **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS**
390 **(PARTICIPASUS)** o DAGEP apoia a formação de atores para o controle social e a
391 mobilização dos movimentos sociais pelo direito à saúde. Além disso, o Departamento tem
392 produzido conhecimentos e ferramentas para a qualificação da gestão participativa,





Ministério da Saúde – MS
Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV

394 promovido o reconhecimento, a divulgação de experiências exitosas e reflexões sobre
395 Gestão Participativa.

396

397 **Katia** – Comenta que este é um espaço importante de diálogo com os movimentos e
398 construção de políticas para fortalecimento. Quem conduz a 14ª Conferência Nacional de
399 Saúde é o Conselho Nacional de Saúde - CNS, e o Departamento de Gestão Estratégica e
400 Participativa apoia o processo de articulação aos processos de conferência. Tivemos a
401 mobilização municipal e assim ter os delegados indicados para o estadual e assim chegar a
402 conferência nacional.

403 O eixo que irá nortear será: SUS patrimônio da humanidade e fala sobre o acesso e
404 qualidade do SUS. Até o momento só tivemos a conferência estadual de Minas Gerais.
405 Tivemos até agora 4124 municípios dos 5565 que já fizeram suas conferências municipais.
406 Amanhã São Paulo abra a sua conferência estadual.

407

408 Realizamos um Seminário do campo e cidade no dia 01 e 02 junho para acompanhar
409 discussões que não tem assento no CNS, tivemos quilombolas e presença do movimento de
410 mulheres. Estamos dando também apoio as Conferências LGBT, da Juventude, de Mulheres.
411 Estamos também fazendo vídeos conferências com educação popular e de equidade para
412 qualificar as discussões, bem como mobilização de debates como a repolitização da rede
413 pública, da saúde, financiamento e gestão.

414 Os recursos hoje não dão conta da saúde universal que queremos e lutamos, e que deve ser
415 pauta dos movimentos sociais, bem como precisamos retomar a bandeira das reformas
416 sanitárias na ampliação dos recursos. Hoje a mídia não divulga, porém a alta complexidade
417 está toda dentro do SUS.

418

419 Precisamos debater a ampliação e fortalecimento do controle social, além dos conselhos de
420 saúde, bem como ampliar e apoiar o movimento na sua representatividade. Muitas
421 lideranças nacionais não têm um diálogo com suas representações na sua base e muitas
422 vezes não expressa a sua realidade local. O SUS é nosso patrimônio e precisamos discutir os
423 determinantes sociais para transformar e qualificar o acesso dos usuários. O grande desafio
424 de acesso e qualidade é a integralidade e hoje estamos compartimentados. Precisamos de
425 mobilização social no controle social bem como dialogar as políticas de promoção de
426 equidade e as políticas de promoção a saúde.

427 Estamos organizando um Seminário de Promoção de entidades e gestores (LGBT,
428 população negra e campo e floresta) que acontecerá em novembro 2011.

429 Precisamos ousar novos formatos de política pública após a regulamentação da **Lei 8080** o
430 que muda com o novo **Decreto Presidencial 7508** de 28 de junho de 2011
431 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm devemos nos
432 apropriar item por item, ele tira os espaços de pactuações da ilegalidade, e constrói um
433 modelo novo de construção de políticas de saúde e precisamos fomentar os movimentos
434 sociais nos conselhos.





Ministério da Saúde – MS
Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV

436 Os conselheiros devem trazer a discussão e o debate para qualificar os delegados eleitos para
437 a discussão da portaria da atenção básica, ou a política da população negra, precisamos de
438 interdisciplinaridade.

439 A 14ª CNS precisa ter um marco diferente da 8ª Conferência Nacional de Saúde aonde
440 construiu os pilares dos princípios e diretrizes do SUS, hoje precisamos garantir avanço
441 enquanto política de saúde pública, precisamos discutir a universalidade de acordo com as
442 necessidades dos usuários e faça diferença nos determinantes sociais.

443 Tivemos agora em Brasília a Marcha das Margaridas e dos 07 itens anunciados pela
444 Presidenta Dilma 04 são da saúde e temos um compromisso da saúde na ampliação e
445 transformação do SUS.

446 O movimento social precisa necessariamente retomar a bandeira do SUS enquanto política
447 pública no sentido de dialogar com os espaços de decisão como o congresso nacional,
448 câmara legislativa.

449

450 **Gil** – As pautas da aids devem estar inseridos nos planos estaduais de forma, além de suas
451 especificidades mais amplas além dos recursos do PAM.

452

453 **Léo** – Comentou que esta migrando no CNS do movimento LGBT para movimento aids.
454 Todos os representantes que estão no movimento aids no CNS conhecem o SUS, além de
455 sermos usuários dos serviços. Todos os representantes do CNS vivem em disputa de cargos
456 de direção de mesa e representação e muitas questões da saúde ficam para segundo plano.
457 Nossa proposta é aprovar a EC 29. Precisamos de uma saúde integral porém neste espaço
458 temos duas patologias graves, delicadas e que exige o comprometimento dentro dos
459 conselhos e por vezes fica difícil discutir outras patologias. Ainda não sabemos o que é
460 faltar recursos e medicamentos porém temos que estar preparados para os novos desafios.
461 Estarei na 14ª CNS com a bandeira do arco-íris e principalmente com a bandeira da aids.

462

463 **Eliana** – questiona sobre as vagas de delegados para a população indígena que chegam até a
464 estadual e muitas vezes não conseguem estar na nacional.

465

466 **Noelci** – Quanto a temática das mulheres e população negra tiramos como estratégia política
467 para mulheres levar temas na saúde integral e sendo bem efetiva.

468

469 **Katia** – muitos questionamentos são reflexões, estamos fazendo a comparação entre a 12ª e
470 13ª conferências nacionais de saúde verificando seus eixos temáticos. Temos deliberação
471 que não está na missão de determinada conferência. Os espaços do movimentos sociais
472 devem verificar os espaços para deliberações quanto as políticas de saúde nas conferências.
473 O movimento de aids dá exemplo de articulação junto à gestão, porém pode permear outros
474 espaços, precisamos discutir fóruns de saúde. A equidade não pode perder de vista a
475 universalidade e a igualdade. Precisamos do fortalecimento na ponta, quanto mais fortes os
476 movimentos mais terão voz, fazendo desses espaços momentos de formulação de políticas e
477 indicadores. Precisamos sempre avançar e integrar as políticas de aids com as demais





Ministério da Saúde – MS
Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV

479 políticas como a de mulheres, somente o mapa sanitário poderá auxiliar nesse processo.
480 Precisamos defender a bandeira do SUS. Quanto a participação indígena, não está na
481 governabilidade do MS, são regras municipais e estaduais, bem como a hierarquização do
482 movimento, porém percebe-se a falta de representantes importantes. Queremos que as
483 temáticas apareçam mesmo que elas não venham nas diretrizes e na promoção de equidade.
484 Precisamos construir outros espaços do controle social para diálogo e gestão.

485 A grande mudança da regulamentação da Lei 8080 significa um documento legal de
486 contrato de administração pública. Precisamos também implantar o cartão nacional de
487 saúde. Somos aliados pela saúde pública e todos queremos defender o SUS para avançar
488 políticas e para que as deliberações justas e corretas sejam implementadas.

489

490 **Pauta: População Indígena e Aids**

491 Caminhos para articulação e linhas de financiamento

492 SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

493 Vera Lopes e Hiojuma

494 http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1708

495

496 A Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI – área do Ministério da Saúde criada para
497 coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em
498 todo Território Nacional. A SESAI tem como missão principal a proteção, a promoção e a
499 recuperação da saúde dos povos indígenas e exercer a gestão de saúde indígena, bem como
500 orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em
501 saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada
502 Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI, em consonância com as políticas e programas
503 do Sistema Único de Saúde – SUS.

504

505 Cabe a SESAI coordenar e avaliar as ações de atenção à saúde no âmbito do Subsistema de
506 Saúde Indígena; promoção, articulação e a integração com os setores governamentais e não-
507 governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena. É responsabilidade
508 da Secretaria também identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde
509 indígena e estabelecer diretrizes e critérios para o planejamento, execução, monitoramento e
510 avaliação das ações de saneamento ambiental e de edificações nos Distritos Sanitários
511 Especiais Indígenas.

512

513 Em relação ao controle social e responsabilidade da SESAI a promoção, o fortalecimento e
514 apoio o exercício pleno do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, por
515 meio de suas unidades organizacionais.

516

517 Em sua estrutura administrativa a Secretaria conta com dois Departamentos: Departamento
518 de Gestão da Saúde Indígena e Departamento de Atenção à Saúde Indígena.

519





Ministério da Saúde – MS
Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV

521 **Vera Lopes** – Esta secretaria foi criada em outubro de 2010 e esta assumindo toda as
522 responsabilidades da gestão da rede de saúde indígena nacional, comporta dois
523 departamento sendo de gestão e de atenção a saúde. Onde as duas representantes estão
524 trabalhando na atenção a saúde. Hoje a Hiojuma esta como referencia nas ações. A
525 secretaria não possuía nem orçamento dentro da FUNASA, somente em abril de 2011
526 começamos a receber recursos. Os recursos que estamos trabalhando está sendo trabalhado
527 de forma integrada com chamamento público para contratar e triplicar a rede de atenção
528 básica na rede indígena, temos uma grande dificuldade de profissionais de saúde e também
529 uma grande rotatividade. Após estruturar a rede iremos qualificar a atenção básica nas ações
530 de saúde. Com a implantação do teste rápido da sífilis foi escolhido 9 distritos chegou-se até
531 46 mil pessoas otimizando a implantação do programa de aids nos serviços sanitários. Agora
532 será expandido para os 34 distritos. Houve grande impacto e estaremos implantando o teste
533 do HIV, sífilis e das hepatites virais. Temos ainda que trabalhar as barreiras culturais além
534 do diagnóstico. Temos 220 povos indígenas, falante de 180 línguas e hoje temos muitos
535 casos de aids em algumas regiões do país e estamos trabalhando o acesso ao tratamento de
536 forma adequada. Existe o grande desafio da prevenção devido a falta de manejo e
537 habilidades na abordagem junto à população para outros temas que não envolva a questão da
538 sexualidade e diagnostico. Estamos trabalhando uma oficina nacional de linhas de cuidado
539 integral e medicina tradicionais que aconteceu em setembro de 2011 com profissionais de
540 saúde e populações indígenas com apoio da UNIFESP. Precisamos de uma abordagem mais
541 integral devido as vulnerabilidades mais acentuadas e sabemos que os distritos enfrentam os
542 problemas estruturais de doenças transmissíveis ou não. Precisamos de profissionais
543 qualificados para atuar nesses espaços. Quanto ao orçamento de 2011 priorizamos algumas
544 capacitações e temos como desafio o diagnóstico junto à população indígena. Esperamos
545 que no próximo ano tenhamos um orçamento melhor para qualificar as ações. Serão feitas
546 oficinas macro regionais quanto a atenção básica e a rede de saúde indígena, há necessidade
547 de controle social nos distritos. Nos polos indígenas temos um conselho local e a SESAI
548 quer fortalecer os conselhos locais nas comunidades indígenas. Uma das grandes
549 fragilidades é como o controle social vinha operando, precisamos fortalecer o controle social
550 local e que possam participar. A mortalidade infantil é mais agravada do que na população
551 adulta indígena e muitas vezes a população indígena têm doenças que não temos na
552 população em geral. Precisamos reestruturar a rede e ela nasce com prioridades em
553 DST/Aids devido as parcerias e trajetórias com o Programa junto à população indígena.
554 Quanto as hepatites virais temos algumas áreas endêmicas e conseguimos estruturar o
555 manejo clinico. Os exames das hepatites virais devem estar próximas aos serviços de saúde
556 e vai ficar fora de sua comunidade, ai percebe-se os grandes desafios.

557

558 **Hiojuma** – Neste ano terão seis macros regionais para acontecer para fortalecer as redes. A
559 medida que iremos diagnosticando vamos criando demanda e temos diversas dificuldades e
560 percebe-se que nos PAMs estaduais nenhum estado tem ações para a população indígena.
561 Precisamos fortalecer essa rede, temos dificuldade de diagnóstico e muitas vezes temos
562 dificuldades, bem como a adesão aos medicamentos, percebe-se também que o problema





Ministério da Saúde – MS
Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV

564 também está na rede de distribuição. A FUNASA criou uma casa de apoio para fazer o
565 tratamento das hepatites virais com uma equipe específica. Quanto a cobertura de vacinação
566 da Hepatite B temos tido ações, bem como dificuldades, principalmente quanto as três
567 dosagens de hepatites virais. Temos trago até as gestantes para a CASAI para tentar
568 interromper a cadeia de transmissão.

569
570 **Eliana** – Comenta a dificuldade de contato com a SESAI para verificar a possibilidade de
571 oficinas e capacitações. Na sua área dos Karajas temos tido muitas dificuldades, bem como
572 em outras aldeias. Temo a preocupação com a falta de psicólogos nas comunidades após o
573 diagnóstico positivo e muitos portadores estão se suicidando devido a falta de acolhimento e
574 depressão.

575 Solicita que os profissionais indígenas sejam capacitados com os demais profissionais de
576 saúde indígena. Tenho recebido varias cobranças e reclamações por e-mail, telefone de
577 diversas tribos por ser representante dos povos indígenas e vice-presidente do conselho
578 indígena. Nas reuniões nacionais de mulheres indígenas têm varias discussões e não estamos
579 a contento das ações e queremos trabalhar juntos em parceria. Não queremos que somente a
580 SESAI faça, precisamos trabalhar juntos entre o movimento indígena e o gestor para um
581 trabalho mais amplo. Os 27 povos indígenas estão cobrando oficinas de capacitações.

582
583 **Vera** – Estive no distrito do Araguaia em 2005 devido ao número elevado de casos de aids e
584 percebe-se a vulnerabilidade da população devido o turismo local, bem como a
585 vulnerabilidade do alcoolismo, drogas e prostituição. Tivemos no Departamento de DST e
586 Aids um processo de projetos estratégicos de prevenção que teve um treinamento e
587 capacitação para 1700 agentes indígenas de saúde no país. Tínhamos 06 módulos de
588 capacitação dos agentes e sabemos que é fundamental trabalhar com o agente indígena com
589 agentes que estão junto à comunidade. O treinamento que está ocorrendo é somente para
590 diagnóstico e tinha perfil dos profissionais que podem fazer o diagnóstico. Precisamos
591 melhorar a linha de cuidado e praticas na área de saúde e traremos 34 pessoas especialistas
592 como pajés e parteiras para capacitação desses profissionais. Precisamos fortalecer o
593 trabalho na base na estruturação da atenção básica dentro do distrito. O distrito enquanto
594 rede de atenção básica deve garantir o acesso ao tratamento e deve valorizar as capacitações
595 realizadas por vocês, além de vacinas e ações hoje temos recursos para ações de capacitação
596 na comunidade. Não temos recursos para apoiar projetos pontuais, temos recursos para
597 trabalhar a estruturação da rede e a participação indígena.

598
599 **Álvaro** – comenta sobre a falta de acolhimento humano da CASAI com as comunidades da
600 região norte, eles estão acampados a 8 meses fazendo reivindicações. Crianças indígenas
601 estão morrendo com hepatite B no Acre.

602
603 **Vera** – A política pública esta sendo mudada e a SESAI está sendo implantada para
604 coordenar as 62 CASAI que eram coordenadas pela FUNASA. A SESAI terá seus recursos





Ministério da Saúde – MS
Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV

606 que antes eram direcionados a FUNASA, porém lembra que o problema hoje não é os
607 recursos mas sim problemas na gestão.

608

609 **Gil** – comenta sobre a parceria junto a SESAI para as capacitações, diagnostico, oficina de
610 multiplicadores. Queremos sempre ampliar o canal de comunicação para discussões entre o
611 Departamento e a SESAI neste espaço.

612

613 **Hiojuma** - Estamos capacitando 02 multiplicados por DISEI, bem como estamos mapeando
614 a realidade de cada distrito.

615

616 **Vera** – Esclarece a ausência do secretário Dr. Antônio Alves devido estar participando em
617 função de chamamento público, esta ocorrendo neste momento uma reunião com a equipe
618 da SESAI e os chefes de distritos e presidentes do CONDISE, por este motivo não foi
619 possível agendar sua presença.

620

Pauta: Deficiências como fator de vulnerabilidade

621

Ronaldo Hallal – Coordenador

622

Cuidado e Qualidade de Vida – CQV

623

624

625

626 **Ronaldo** – iremos falar sobre o impacto sobre deficiências em HIV/Aids, bem como as
627 linhas de cuidado considerando as novas diretrizes do Ministério da Saúde, levando em
628 conta a rede de atenção à saúde - RAS e as linhas de cuidado.

629

630

631

632

Percentual de pessoas diagnosticadas em 2000 e 2002, vivendo com aids.

633

Brasil, 2000-2006

634

Ano diagnóstico	de Casos diagnosticados	Tempo decorrido após a data de diagnóstico em anos				
		0 1	1 2	2 3	3 4	4 5
Coorte 2000	24.337	83,1	80,0	77,3	75,2	73,2
Coorte 2002	27.699	84,9	82,4	80,4	78,5	76,7

635

636

Causas de deficiência:

637

- Relacionadas a manifestações oportunistas e diagnostico tardio

638

- Secundarias a toxicidade do tratamento;

639

- Diretamente associadas ao HIV.

640





Ministério da Saúde – MS
Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV

642 Infecção pelo HIV

- 643 ▪ Déficits do sistema nervoso central e periférico, incluindo demência, distúrbios
644 cognitivos e motoras, mielopatia e neuropatia diretamente ocasionadas pelo HIV;
645 ▪ Algumas IO, como o citomegalovírus, toxoplasmose cerebral, herpes zoster e
646 leucoencefalopatia multifocal progressiva, também estão potencialmente
647 relacionadas, em maior ou menor grau, a deficiências visuais, distúrbios cognitivos,
648 déficit neurológicos e problemas com a fala.

649

650

651 **Demência associada ao HIV:**

- 652 - Demência sub-cortical
653 - Alterações progressivas: cognitivas, motoras e psiquiátricas
654 - Diagnóstico de exclusão

655

656 **HAART (medicamentos)**

- 657 • Hiperlipidemia
658 • Hiperglicemia
659 • Redistribuição da gordura corpórea
660 • Atrofia periférica: face, MMSS e MMII
661 • Concentração abdomem, tronco, dorso
662 = LIPODISTROFIA
663 • Osteopenia
664 • Osteonecrose

665

666 **Toxicidade do tratamento: Doenças Renais**

667

- 668 ▪ A doença renal crônica é comum na população infectada por HIV
669 ▪ TARV melhora a sobrevivência de PVHA com doença renal, assim como a
670 sobrevivência renal
671 ▪ Os diferentes agentes antirretrovirais têm perfis diferentes de excreção e isto tem
672 implicações para a seleção de fármacos e ajuste de dosagem em doentes com
673 disfunção renal
674
675 • Nefropatia associada ao HIV
676 • Doença renal mais comum relacionada com HIV
677 • Aumento da incidência de 30% ao ano entre 1991 e 1996

678

679

680 **Síndrome lipodistrófica:**

681

- 682 • Alterações Anatômicas
683 (distribuição anormal de gordura)





Ministério da Saúde – MS
Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV

685

686 **LIPODISTROFIA:**

687 ✓ Lipohipertrofia – aumento de gordura abdominal, dorso cervical (giba), mama,
688 pubiana, submentoniana, lipomas.

689 ✓ Lipoatrofia – redução de gordura subcutânea (face, membros, glúteos)

690

691 • **Alterações Metabólicas**

692

693 ✓ Dislipidemias

694 ✓ Resistência à insulina / Diabetes Mellitus

695 ✓ Eventos cardiovasculares;

696 ✓ Acidose láctica

697 ✓ Alterações ósseas (osteoporose, osteopenia, osteonecrose)

698 • etc...

699 **Programa Nacional de Cirurgias Reparadoras para Lipodistrofia associada ao HIV**

700

701 • **2004 - Portaria Ministerial nº 2582:** inclusão do tratamento cirúrgico para
702 lipodistrofia em pacientes portadores de HIV

703 • **2005 - Portaria nº 118:** estabelecimento de protocolo de indicação das cirurgias
704 reparadoras

705 • **2007 – Portaria Conjunta nº 2:** normas para credenciamento das Instituições de
706 Saúde

707 • **2009 – Portaria Conjunta nº 1:** revoga as anteriores e modifica critérios de
708 credenciamento e outras pequenas modificações

709

710 **ALTERAÇÕES OSTEO-ARTICULARES EM PVHA**

711

712 - Complicações metabólicas da TARV

713 - Alterações da mineralização óssea

714 - Alterações funcionais

715

716 **Fatores envolvidos:**

717 • Hospedeiro

718

719 • HIV

720

721 • HAART (medicamentos)

722

723 **OSTEOPENIA**

724

725 • Alteração da mineralização óssea frequente em pacientes com HIV

726 – Prevalência: 23 a 28%





Ministério da Saúde – MS
Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV

- 728 – Crianças
729 • Osso: constante remodelação
730 – Equilíbrio reabsorção x formação
731 – Processo desregulado durante a infecção pelo HIV
732

FATORES VIRAIS

FATORES RELACIONADOS A HAART

- 735 • IP: NÃO relacionados a osteopenia/osteoporose
736 – Estudos
737 • Indinavir
738 • Amprenavir
739 • Lopinavir/r
740
741 • ITRN e ITRNN: estudos sugerem que pode haver relação entre o uso e alterações na
742 mineralização óssea
743 – Tenofovir
744

PROJETO ORTOPEDIA-HIV/AIDS

Objetivos:

- 750 • Caracterização epidemiológica dos pacientes portadores de alterações osteo-
751 articulares;
752 • Mapeamento das alterações mais frequentes;
753 • Tratamento ortopédico;
754 • Tratamento fisioterápico.
755

**DESAFIOS EMERGENTES PELA CONSOLIDAÇÃO DA RESPOSTA NACIONAL
SEGUNDA DÉCADA DE ACESSO UNIVERSAL**

- 760 • Toxicidade do tratamento: efeitos metabólicos e anatômicos
761 • Convívio ao longo do tempo com co-morbidades: neoplasias, diabetes, hepatopatia
762 crônica, co-infecções HIV/HBV, HIV/HCV e HIV/TB, doenças endêmicas
763 • Perfil crônico degenerativo da doença
764

ABORDAGEM A DEFICIÊNCIAS:

- 766
767 • Diagnóstico precoce: mobilização, ampliação de acesso e TR
768 • Diretrizes e capacitação para abordagem ao estilo de vida precocemente e manejo da
769 toxicidade





Ministério da Saúde – MS
Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV

- 771 • Diagnóstico e manejo adequado de manifestações oportunistas
772 • Estabelecimento de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde - RAS
773 • Articulação com serviços de reabilitação e fisioterapia no âmbito das RAS
774

775 **Ronaldo** - Muitos hospitais dia estão com redução de demandas devido não estar realinhado
776 em relação ao seu papel ao SUS, tem papel de diagnóstico precoce e invasivos em doenças
777 oportunistas, precisa de articulação com profissionais de saúde para qualificar, capilarizar e
778 ampliar o acesso a estratégias e oportunidade de atividades físicas e academias para prevenir
779 as deficiências da epidemia de aids.
780

781 **Ivo** - É importante a necessidade de novas estratégias de promoção a saúde, muitas ações
782 devem entrar na linha do cuidado, bem como projetos para academias que irão incorporar a
783 realização de exercícios, bem como discutir e qualificar a nutrição das PVHA. Precisamos
784 olhar os efeitos adversos e cruzar a redução de danos com fatores que levam a exposição de
785 deficiências que precisam vir acompanhados na prevenção e promoção da saúde em sua
786 reabilitação.
787

788 **Ronaldo** - Estaremos trabalhando com um projeto-piloto em Belo Horizonte para melhorar
789 a capacitação e atividades físicas. Publicamos manuais de nutrição para estabelecer medidas
790 na rede para qualificar a saúde das PVHA.
791

792 **Antônio** – Questiona a possibilidade de criar um GT de Deficiências coordenado pelo
793 Departamento, percebeu-se a necessidade e houve indicação de representantes no último
794 Encontro Nacional da RNP+ Brasil realizada em agosto de 2001 na cidade de Atibaia.
795

796 **Ronaldo** – Estamos mudando o início da recomendação de início do tratamento, estamos
797 iniciando um processo de acompanhamento dos usuários que atingiram contagem de CD4
798 com comprometimento imunológico que não estão recebendo o tratamento. Queremos
799 reduzir o número de pessoas que deveriam estar em tratamento para que amplie o tratamento
800 oportuno. Temos que ter um olhar para o nosso controle de HIV/Aids para além das PVHA,
801 verificar as lacunas e oportunidades que desenvolvemos para evitar as deficiências,
802 precisamos olhar a prevenção e o diagnóstico e promoção em saúde. Não queremos somente
803 trabalhar as reabilitações e devemos ter uma perspectiva mais política de como trabalhar
804 essa questão, que também envolve combate e estigma, promoção do cuidado e de direitos
805 individuais e demais fatores com ações programáticas do controle do HIV/Aids. Estamos
806 fazendo estudos que estão levando a prevenção e reabilitação necessária, porem precisa
807 definir as deficiências, precisamos qualificar essas vulnerabilidades para verificar o que cabe
808 as ações de controle. As deficiências que temos hoje são diferentes das deficiências que
809 existiam antes do acesso universal dos medicamentos. Já tivemos casos de transplante de
810 rins e fígado em PVHA, porem precisa analisar o risco/benefício. Hoje temos informações e
811 evidências suficientes que as PVHA que demonstra que pacientes sem tratamento mas com
812 a imunidade preservada ou mesmo com tratamento de cinco/seis anos e com imunidade





Ministério da Saúde – MS
Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV

814 restaurada e que nunca adoeceram possuem a mesma expectativa de vida da mesma faixa
815 etária, com o mesmo gênero que não tem HIV.

816

817 **Antônio** - Hoje o GT de deficiências da RNP+ Brasil irá fazer um levantamento na rede da
818 quantidade pessoas que estão com problemas de deficiências e repassar dados de órgãos
819 infectados para transplantes.

820

821 **Léo Mendes** - A proposta é não ter pautas específicas mas sim uma roda de conversa em
822 cima de três eixos temáticos; para aprofundar discussões do Departamento e dos
823 movimentos sociais como prevenção, assistência e diagnóstico. Cada movimento irá falar
824 como vê e está esses eixos nas suas bases. Solicita também realizar a próxima reunião antes
825 do 16º ENONG para que todos representantes desta comissão estejam participando do
826 evento.

827

828 **Eduardo** – Agradece a presença das representantes da SESAI e da DAGEP por participar
829 desta reunião. O Dr. Odorico já esteve presente na CNAIDS porém não teve como participar
830 desta reunião devido outras demandas da Secretaria de Gestão Participativa - SEGEP. É
831 muito importante que todos os representantes pautem suas questões nas suas bases das
832 Conferências Estaduais para que possam chegar a Conferência Nacional e tenham seus
833 desdobramentos. Hoje temos 13 Conferências anunciadas e precisamos que todos os
834 representantes coloquem na pauta as necessidades das epidemias de DST/Aids e endemias
835 das Hepatites Virais.

836 Precisamos de ações mais efetivas junto a comunidades com deficiências, bem como ações
837 com a área de saúde com deficiências e retomar diversos assuntos quanto ao uso de
838 medicamentos e informa que o Departamento está incentivando pesquisas.

839 Estamos tentando manter os comitês e comissões deste Departamento junto a SVS, sem
840 alterações de composições.

841 Quanto a mudança da próxima reunião para Belém estaremos verificando internamente a
842 possibilidade, acha interessante a roda de conversa para aprofundar os temas e queremos a
843 visão de cada movimento de como se vê hoje a prevenção, diagnóstico e assistência.

844 Agradece a presença de todos e informa que este Departamento está aberto para críticas, e
845 hoje com a reestruturação deste Departamento estamos trabalhando na perspectiva de
846 melhorar a governança em nível estadual e federal para a promoção da saúde para melhorar
847 a qualidade de atenção. Estamos trabalhando junto ao CONASS e CONASSEMS para
848 discutir a forma de apoio junto aos movimentos sociais, melhorando a lógica dos
849 financiamentos de editais, verificando as legislações locais e a descentralização. A outra
850 proposta é a inclusão de R\$ 30 milhões para o PAM, sendo R\$ 4 milhões para fortalecer o
851 movimento das Hepatites Virais e 26 milhões para melhoria da gestão das coordenações
852 estaduais, bem como apoio das coordenações municipais para programas específicos das
853 hepatites virais.

854





Ministério da Saúde – MS
Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV

856 **Gil** – agradece a presença de todos e informa que são extremamente importante e relevante a
857 participação dos representantes dos movimentos sociais e que todos pautem suas demandas
858 no PAM 2012.

859

860

861 **Encaminhamentos:**

862

863 1) Que a reunião de 11 de novembro seja realizada em Belém - PA, antes do 16º ENONG
864 Aids 2011 <http://www.enong2011.com.br>

865 A proposta é não ter pautas específicas mas sim uma roda de conversa em cima de três eixos
866 temáticos; para aprofundar discussões do Departamento e dos movimentos sociais como
867 prevenção, assistência e diagnóstico.

868

869 2) Enviar a resposta da carta aberta da sociedade civil a ausência de políticas públicas de
870 HIV/Aids para a população negra e indígena entregue na 31ª reunião realizada em 13 de
871 maio 2011.

872

873 3) Enviar a resposta da carta sobre questionamentos de assessorias jurídicas.

874

875 4) Movimento e representantes aguardam os materiais produzidos pelo Departamento sobre
876 PEP.

877

878

879 As informações contidas nesta ata foram colhidas através de anotações feitas pelo assessor
880 técnico Nelson Ramos da coordenação de Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade –
881 DHRV.

882

883 * As gravações das reuniões também estão disponíveis na home page do Departamento de
884 DST, Aids e Hepatites Virais www.aids.gov.br/mediacenter

885 Após entrar na página, do lado esquerdo tem o link CATEGORIAS clique no sinal de + em
886 Reuniões, clique na pasta CAMS, abrirá todas as gravações desta comissão.

887

888

889 ***Glossário:***

890

891 *ABGLT – Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais*

892 *COGE – Comitê Técnico Assessor de Gestão das Ações de DST/Aids e Hepatites Virais*

893 *DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis*

894 *ENONG - Encontro Nacional de ONG/Aids e/ou Hepatites Virais*





Ministério da Saúde – MS
Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV

- 896 *ERONG - Encontro Regional de ONG/Aids e/ou Hepatites Virais*
- 897 *HSH – Homem que faz sexo com homem*
- 898 *LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros*
- 899 *MCP – Mecanismo de Coordenação País*
- 900 *ONG – Organização não-governamental*
- 901 *PAM – Programação de Ações e Metas*
- 902 *PVHA – Pessoa vivendo com HIV/aids*
- 903 *RNVHA – Rede Nacional de Jovens Vivendo com HIV/Aids*
- 904 *RNP+ Rede Nacional de Pessoas que vivem com HIV/aids*
- 905 *SDH – Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República*
- 906 *SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde - MS*
- 907 *SPE – Saúde e Prevenção nas escolas*
- 908 *SUS – Sistema Único de Saúde*

