



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
SAF Sul Trecho 02, Bloco F, Torre 1 - Edifício Premium
70070-600 - Brasília-DF
Tel. (0xx61) 3315-7737 - 7738 - 7739

Ofício nº. 1245/2014/DDAHV/SVS/MS.

Brasília, 26 de agosto de 2014.

A Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS/RNP+ Brasil

Assunto: Resposta ao documento político que orienta as ações em rede no Biênio 2014-2015, baseado nas discussões e propostas apresentadas no “V Encontro Nacional da RNP+ Brasil”, ocorrido de 26 a 28 de setembro de 2013, em Campo Grande/MS

Em resposta à Carta da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV /AIDS - RNP+ BRASIL lida no decorrer da “118ª Reunião da Comissão Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais”, em que a RNP+ Brasil solicita informações e esclarecimentos, temos as seguintes considerações:

1. O Departamento de DST, Aids e Hepatites virais (DDAHV) reconhece o importante papel dos movimentos da sociedade civil organizada na resposta brasileira à epidemia do HIV/aids. A participação social, além de instituída por diversos instrumentos legais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi reconhecida recentemente como Política Nacional, através do sancionamento do Decreto nº 8.243, de 23 de maio de 2014. Tal normativa traz como marco o fortalecimento e a articulação de mecanismos e instâncias democráticas de diálogo e a atuação conjunta entre a administração pública federal e a sociedade civil. Assim, este Departamento reforça sua consideração pelas instâncias e mecanismos de participação social, previstos neste Decreto, para a formulação, a execução, o monitoramento e a avaliação de seus programas e políticas públicas.
2. Ressaltem-se como avanços recentes da resposta brasileira, a publicação das “Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial em Clínica Médica - Volume III – Parte II do Manual de Procedimentos em Benefícios por Incapacidade” que dispõem sobre as doenças infectocontagiosas, entre as quais HIV/aids e o sancionamento da Lei nº 12.984/14 que define como crime a discriminação de pessoas vivendo com o HIV e doentes de aids. Ambas as publicações são fruto de articulações intra e intersetoriais exitosas, nas quais se observa o protagonismo dos movimentos sociais de pessoas que vivem com HIV/aids, e reforçam o foco na garantia de direitos e na primazia pela qualidade de vida para pessoas já infectadas pelo vírus do HIV, que são marcas incontestáveis da resposta brasileira.
3. Somente no último ano fechamos o edital 01/2014 com subprojetos para testagem de fluido oral com o financiamento de mais 19 ONGs (num total de quase 60 em todo Brasil); na chamada pública 02/2013 apoiamos novos 27 projetos de eventos incluindo o Vivendo 2014; na chamada 02/2014 foram aprovados mais 10 projetos de Direitos Humanos; e no edital 001/2014 da SVS apoiamos outros 33 projetos até o momento.

4. O Ministério da Saúde (MS) vem investindo esforços a fim de promover diagnóstico e tratamento precoces da infecção pelo HIV, com vistas a evitar o adoecimento, diminuir significativamente a mortalidade e com isso melhorar e prolongar a vida das pessoas que vivem com HIV. Dentre as ações programadas, destaca-se a intensificação de políticas públicas de incentivo a testagem para todos os cidadãos e disponibilização da testagem por meio do teste rápido e triagem por meio de fluido oral, vem se oportunizando diagnóstico precoce e acesso para pessoas em situações de maior vulnerabilidade. A medida de testar entre pares estava entre as principais reivindicações da sociedade civil em todo mundo durante a Conferência Internacional de AIDS de 2014 em Melbourne. Ademais o trabalho das quase 60 ONGs em campo tem sido destacado como importantíssimo para ir aonde a epidemia se encontra com muito respeito dos usuários pelo trabalho da sociedade civil.

5. Devido à constante ampliação do acesso à testagem, respeitando-se o direito de todo cidadão de conhecer seu status sorológico e, conhecendo-o, visando a assegurar o direito à terapia antirretroviral, é que o Ministério da Saúde considera ser crucial e oportuno repensar a organização da atenção a partir da linha de cuidado, tendo a Atenção Básica como referência de entrada para o aumento da oferta de atendimento e acompanhamento às pessoas vivendo com HIV/aids. Segundo consta na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a mesma configura-se como principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Além disso, tem como princípios norteadores a universalidade, a acessibilidade, a integralidade e humanização da atenção, a equidade e a participação social. Assim, reforçam-se o papel resolutivo da Atenção Básica e o avanço na gestão e coordenação do cuidado do usuário, utilizando-se, para isso, tecnologias de cuidado complexas e variadas.

6. O DDAIV, observando critérios de risco e vulnerabilidade, vem propondo uma reorganização do modelo de atenção à saúde no manejo do HIV em todos os níveis de atenção, mas especialmente na Atenção Básica. O eixo de reorientação desse modelo é o conceito de cuidado, que responde a uma concepção de saúde contrada não somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida. Assim, se no início da epidemia, o modelo de atenção centrado em serviços especializados (SAE) mostrou-se eficaz e seguro, as transformações na evolução da infecção pelo HIV, promovidas pela terapia antirretroviral, que lhe confere características de doenças crônicas, coloca a premência pelo estabelecimento de um novo modelo de atenção, baseado em serviços de diferentes níveis de complexidade. Nesse modelo, os SAE continuam exercendo papel fundamental, contudo, a linha de cuidado passa a contar com novos serviços, aumentando a capilaridade e a cobertura de modo a prover intervenções mais oportunas e efetivas. Deste modo, espera-se responder à sobrecarga de atendimento que grande parte dos SAE tem experimentado como única opção para o acompanhamento das PVHA, ocasionando longos períodos de espera por parte dos pacientes para início da TARV como vimos no acúmulo absurdo de pacientes em todo Brasil sendo acompanhados por SAEs, com CD abaixo de 500 e sem tratamento. O início tardio e não oportuno da terapia é crucial para a determinação de seu prognóstico e de sua qualidade de vida. Além disso, independentemente do nível de sobrecarga de serviços especializados, a linha de cuidado proporciona o uso das redes de serviços estaduais e municipais de maneira mais eficiente, uma vez que os serviços especializados passam a se concentrar em condições clínicas de maior complexidade, como é o caso dos pacientes que apresentam falha ao tratamento.

7. Em conjunto com o Departamento da Atenção Básica, o DDAHV vem elaborando propostas para a capacitação de seus profissionais, para que se viabilize, onde houver interesse por parte da gestão local, o manejo e seguimento de PVHA em unidades básicas de saúde. Ressalte-se que, para que a proposta seja implementada, levar-se-ão em consideração a estrutura e a capacidade já instaladas. Neste evento distribuiremos nossa primeira publicação a respeito "Boas Práticas em Saúde" onde apresentamos experiências concretas em curso nas Cidades de Porto Alegre, Curitiba, Rio de Janeiro e Fortaleza, já discutidas anteriormente nesta CNAIDS.

8. Neste novo modelo, deve-se deixar claro que as pessoas em seguimento em SAE não deverão, de forma alguma, ter seu acompanhamento deliberadamente transferido a outra unidade. Em contrapartida, as PVHA que atualmente necessitem de grandes deslocamentos para que possam realizar seu acompanhamento, principalmente aquelas que residem fora dos grandes centros urbanos – que concentram a grande maioria dos serviços especializados – terão a oportunidade de seguimento em local mais próximo, desde que clinicamente estáveis. O SAE, fortalecido com a diminuição de sua demanda reprimida, será capaz de dispensar, mais oportunamente, o cuidado às pessoas com demandas de maior complexidade. Além disso, o SAE terá a função de dar suporte técnico-pedagógico como retaguarda aos serviços e profissionais da atenção básica.

9. Esclarece-se que esta estratégia em nada contraria o Decreto nº 7.508/11, que dispõe sobre a organização do sistema público de saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, regulamentando assim a Lei nº 8080/90. Conforme já estabelecido na Lei Orgânica, o SUS deve ser organizado de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada. Com isso, o Decreto cria as regiões de saúde e estabelece as portas de entrada do SUS, pelas quais os pacientes podem ter acesso aos serviços de saúde. Deste modo, a proposta do novo modelo de atenção às pessoas que vivem com HIV/aids se encontra em consonância com as novas diretrizes do SUS, que visam ampliar a qualidade dos serviços oferecidos aos usuários, além de aumentar a transparência sobre as responsabilidades dos entes federativos na gestão de saúde. Ademais, esclarece-se ainda que a Portaria nº 183/2014, que regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, previsto na Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação, já fora publicada.

10. Além disso, o DDAHV publicou recentemente o “PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM ADULTOS (PCDT)”, que visa uniformizar a conduta médica, propondo linhas de tratamento com esquemas simplificados. Adicionado à simplificação do tratamento, já se introduziu NO Rio Grande do Sul e no Amazonas (e até o final do ano em todo Brasil) o medicamento 3:1 (dose fixa combinada contendo TDF + 3TC + EFZ) para início de tratamento, o que deverá contribuir significativamente para adesão e o sucesso terapêutico.

11. Quanto à oferta/estímulo do tratamento antirretroviral como prevenção, ela se faz necessária e urgente como estratégia de saúde pública, visando o controle da epidemia, observada a manutenção da incidência da infecção pelo HIV em patamares elevados em população ao longo dos anos visto que até então a única proposta de prevenção estava centrada na camisinha. Assim, a estratégia de ampliar a oferta de TARV, de forma a se atingir carga viral indetectável na população infectada, reduz significativamente a chance de transmissão do vírus. Não obstante, é sabido que o vírus, por si só, causa alterações celulares deletérias ao organismo, levando, no longo prazo, a alterações de órgãos importantes, como coração, rins e cérebro, sobrepondo-se aos efeitos colaterais das drogas antirretrovirais. Assim, a recomendação de oferta de TARV para todos os indivíduos, é baseada em evidências científicas, que suportam não apenas o benefício coletivo, mas o benefício clínico individual das pessoas que vivem com HIV. A mortalidade por AIDS tão questionada por profissionais do ramo e pela sociedade civil por estar estabilizada em um patamar alto e inaceitável, só poderá ser impactada com o tratamento precoce como sabemos muito claramente hoje. Ressalte-se, contudo, que, em nenhuma situação, deverá haver qualquer tipo de coerção para início da TARV. Explicita-se, no texto do Protocolo Clínico, a importância de que se esclareçam à pessoa que vive com HIV todos os benefícios e risco relacionados à recomendação, respeitando-se sempre e sobretudo a autonomia do indivíduo na tomada da decisão.

12. Não é por menos que a PAHO, UNAIDS, GCTH e Sociedade Civil Latino Americanas deliberaram pela meta de 90/90/90 até o ano 2020. Esta meta foi encampada pela UNAIDS em

Melbourne como meta de todo Planeta. 90% das pessoas com HIV testadas; 90% delas em tratamento e 90% destas com supressão de carga viral e uma meta Global.

13. Em relação ao trabalho desenvolvido nas áreas de fronteira, Para dar seguimento ao Projeto HIV nos espaços fronteiriços do Mercosul, o Departamento DST, Aids e Hepatites Virais/SVS/MS, por meio da Assessoria de Cooperação Internacional, organizou, no âmbito da Comissão Intergovernamental HIV Mercosul (CIHIV/Mercosul), uma reunião com os municípios brasileiros integrantes dos Comitês Fronteiriços do Mercosul. Essa reunião ocorreu em Brasília, de 25 a 26 de abril de 2013. O objetivo da reunião foi o de iniciar a realização do diagnóstico situacional do HIV/aids nas cidades brasileiras fronteiriças do Mercosul: Barra do Quaraí/Bella Unión; Foz do Iguaçu/Ciudad del Leste/Puerto Iguazú; Ponta Porã/Pedro Juan Caballero; Guairá/Salto del Guairá; Santana do Livramento/Rivera; e Uruguaiana com Paso de Los Libres. Em todas as atividades de fronteiras, a participação das coordenações estaduais de aids estão asseguradas e são responsáveis pela condução e articulação dos municípios. É importante salientar que a condução dessas ações está sob a competência da Assessoria Internacional em saúde (AISA).

14. Nos dias 29 e 30 de maio, foi realizada no âmbito da CIHIV, em Montevideo, a reunião de planejamento do Projeto HIV/aids nas Fronteiras do Mercosul. Este Projeto teve início em 2012, com objetivo de identificar temas e apoiar às atividades de cooperação técnica e política entre países, estados e municípios fronteiriços do Mercosul (Sant'Ana do Livramento, Barra do Quaraí, Uruguaiana, Foz do Iguaçu, Guairá e Ponta Porã). Esta reunião contou com a participação de representantes dos Programas Municipal e Estadual de HIV/aids, dos Comitês Fronteiriços de HIV/aids e dos Escritórios Regionais da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS).

15. Na ocasião, os Comitês Fronteiriços apresentaram o diagnóstico situacional, e propuseram atividades prioritárias para compor o plano de trabalho a ser desenvolvido em 2013/2014. Nessa oportunidade foi iniciada discussão sobre um marco conceitual sobre vulnerabilidades ao HIV e populações vulneráveis, relativa à transmissão sexual e ao uso de drogas nos espaços das cidades de fronteira. O encontro reuniu representantes das secretarias estaduais e municipais de Sant'Ana do Livramento, Barra do Quaraí e Uruguaiana, no Rio Grande do Sul. Do Paraná estavam presentes representantes da Saúde de Foz do Iguaçu e Guairá, e do Centro-Oeste, de Ponta Porã (MS). Participaram também os coordenadores estaduais de HIV do RS, PR e MS; os pontos focais do projeto fronteira da ARG e URU; o referente de HIV da Opas/OMS do Brasil; além de representantes das áreas técnicas do Departamento (ACI, VIP, CPAS, CAT, AAF, CMA), SVS e AISA.

16. Os países envolvidos no projeto buscam trabalhar de forma integrada reconhecendo que as regiões de fronteiras são hoje um grande desafio para o enfrentamento da aids e outras doenças sexualmente transmissíveis. Esse diagnóstico é importante para a identificação de medidas de cooperação técnica e política do Ministério da Saúde com os municípios e estados fronteiriços do Mercosul e, ainda, entre os países.

17. Esta reunião foi organizada em preparação à reunião da Comissão Intergovernamental de HIV e AIDS, que ocorreu nos dias 27 e 28 de maio, em Montevideo, Uruguai, quando os municípios de cada lado da fronteira dos 3 países, trataram da consolidação do diagnóstico juntamente com a cidade fronteira vizinha no Comitê de Fronteira, a partir de levantamento da situação prévia.

18. Com a realização das cooperações interfederativas com os estados do Rio Grande do Sul e do Amazonas, essas ações de fronteira estão sendo priorizadas no enfrentamento dos problemas relacionados aos dois estados.

19. No que se refere à portaria nº 1378 de 9 de julho de 2013, cabe ressaltar que foi publicada a portaria nº3276, de 26 de dezembro de 2013, que regulamenta o incentivo financeiro

de custeio as ações de vigilância, prevenção e controle das DST/aids e Hepatites Virais, conforme previsto no artigo 18, inciso II, da Portaria nº 1378.

20. O artigo 5º, da portaria nº3276, dispõe sobre o valor do incentivo financeiro de custeio recebidos pelos entes federativos, como também inclui apoio as organizações da sociedade civil, manutenção de casas de apoio para pessoas vivendo com HIV/aids e a aquisição de fórmula infantil para crianças verticalmente expostas ao HIV.

21. Finalmente como o informe de hoje da CNAIDS sustenta, um Grupo de Trabalho de Lipodistrofia com 4 representantes da sociedade civil, incluindo 2 da CNAIDS foi constituído para retomar a pauta de lipodistrofia já no mes de setembro de 2014.

22. Esperando ter atendido a Vossa solicitação, este Departamento coloca-se à disposição para prestar quaisquer esclarecimentos adicionais que se tornarem necessários.

Cordialmente,

Fabio Mesquita
Diretor