

Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da imunodeficiência adquirida

Autora: Jacilene Geaquinto Leão Adriano

Revisão da 2ª Edição: Carolina Rodrigues Gomes e Vera Lúcia Edais Pepe

Revisoras da 1ª Edição: Ana Márcia Messeder Sebrão Fernandes, Erica Carvalho da Silva Alves da Silveira, Marcela de Araújo Calfo e Vanja Maria Bessa Ferreira

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids, do Inglês: *Acquired Immunodeficiency Syndrome*) é uma doença causada pela infecção do vírus HIV. As manifestações clínicas podem demorar em torno de 8 anos para se apresentarem e incluem doenças específicas e doenças sugestivas da imunodeficiência, dentre elas o sarcoma de Kaposi e a candidíase oral.

De acordo com a Portaria 1110 MS/GM, de 24 de maio de 1996, a aids é uma doença de notificação compulsória, seja por médicos, por qualquer outro profissional da saúde ou por responsáveis de estabelecimentos públicos e particulares de saúde. A identificação do primeiro caso de aids no Brasil foi no ano de 1980 e, até junho de 2008, já haviam sido notificados cerca de 506 mil casos de doença.

A aids é uma doença multifacetada e fatores de diferentes ordens produzem situações específicas no nosso País. Isto implica em constantes mudanças, que exigem rápida adaptação do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (PNDST/aids). Nos últimos anos, tem havido aumento de casos na população acima de 50 anos em ambos os sexos. Atualmente, a transmissão vertical e o diagnóstico precoce ainda são grandes desafios do PN DST/Aids.

No nosso país a aids sofreu mudanças no perfil epidemiológico desde a notificação dos primeiros casos. Entre o final da década de 80 e início da de 90, a transmissão heterossexual se tornou a principal via de transmissão, crescendo nos últimos anos, graças também ao grande número de casos em mulheres (fenômeno conhecido por feminilização).

A introdução dos anti-retrovirais, a partir da década de 90, e o surgimento contínuo de novas substâncias modificou o padrão da doença com a diminuição da mortalidade, aumento da sobrevivência e melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids. As estatísticas mostram que até junho de 2007 o país acumulava 205 mil óbitos por aids - em torno de 11 mil por ano.

O atual Programa Nacional de DST/aids (PN DST/aids), sob responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), é produto de uma série de programas direcionados à prevenção e atenção a portadores de HIV/aids e outras DST surgidos ao longo destes 20 anos de descoberta da aids. Ele é internacionalmente reconhecido como uma das melhores experiências de política pública em saúde, especialmente nos países em desenvolvimento, e tido como exemplo pela sua ampla atuação, no campo da promoção, prevenção e tratamento. O PN DST/aids visa reduzir a incidência de HIV/aids e outras DST e melhorar a qualidade de vida das pessoas portadoras destas doenças. Para tanto, foram definidas várias diretrizes que englobam: o aumento da cobertura das ações preventivas, diagnósticas e de tratamento; a melhoria da qualidade dos serviços públicos oferecidos aos portadores, a redução da transmissão vertical de sífilis e HIV, bem como a redução da discriminação aos portadores. Tendo como orientação estas diretrizes, foram estabelecidas as políticas de tratamento, de diagnóstico, de prevenção, de incentivo e de saúde pública, que regem o PN DST/aids.

Esta nota técnica abordará, com mais ênfase, a questão do tratamento.

O fornecimento público do anti-retroviral zidovudina (AZT) teve início em 1991, em resposta à demanda da sociedade civil organizada. Em novembro de 1996 foi promulgada a Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, que garante a distribuição gratuita e o acesso universal, pelo SUS (Sistema Único de Saúde) a medicamentos para o tratamento da aids. A seleção dos anti-retrovirais que são distribuídos é feita por Comitê Assessor para Terapia Anti-retroviral, que busca fazer suas recomendações técnicas com base nas evidências científicas disponíveis no Brasil e internacionalmente, levando em consideração também atores importantes, como o Conselho de Saúde e os gestores. A demanda judicial individual de medicamentos teve início, na década de 90, com este

grupo de medicamentos, demanda esta que se ampliou para as demais classes terapêuticas, especialmente os medicamentos que fazem parte do componente de medicamento de dispensação especializada (Ver também Nota Técnica Componente de Medicamentos de Dispensação Especializada)

Faz parte da estrutura do PN DST/aids a Unidade de Assistência e Tratamento (UAT) que, dentre outras ações, se responsabiliza pela definição das diretrizes técnicas para tratamento das DST, HIV e suas complicações, desenha as estratégias de melhoria da adesão ao tratamento, e faz a gestão da Assistência Farmacêutica do PN DST/aids. É ela também quem desenvolve e dissemina recomendações e práticas de assistência às gestantes portadoras do HIV/aids, visando a redução da transmissão vertical do HIV.

Os Consensos de Terapia estabelecem recomendações técnicas para utilização de medicamentos anti-retrovirais. Essas recomendações, que podem ser acessadas no sítio <http://www.aids.gov.br/pagina/recomendacoes-de-tratamento>, têm origem em comitês assessores, instituídos pelo Ministério da Saúde, que orientam, de forma técnica, os aspectos relacionados ao tratamento dos pacientes infectados pelo HIV. São eles:

- as Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e terapia anti-retroviral em Gestantes n.º 46 Brasília – DF (2010),
- as Recomendações para terapia anti-retroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV (2009),
- as Recomendações para terapia anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV (2008).

No que tange à gestão da Assistência Farmacêutica, foi implementado o Sistema Logístico de Medicamentos da aids, que visa garantir a distribuição continuada dos anti-retrovirais. O protocolo de assistência farmacêutica em DST/ HIV/ aids do Ministério da Saúde expõe e exemplifica detalhes sobre a dispensação, aquisição dos medicamentos, recomendação de tratamento de infecções oportunistas, dentre outros assuntos referentes ao tratamento e acompanhamento do paciente. Este sistema foi aprimorado e informatizado, dando origem ao Sistema Informatizado de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), que tem por objetivo a garantia do fornecimento

continuado dos medicamentos e a otimização do gerenciamento, do sistema de abastecimento e do controle do estoque e fornecimento de medicamentos aos pacientes. Os medicamentos fornecidos aos pacientes cadastrados no SICLOM são adquiridos pelo MS, repassados às secretarias estaduais de saúde que, por sua vez, encaminham às secretarias municipais de saúde que os distribuem às unidades responsáveis pela dispensação.

A lista dos medicamentos encontra-se abaixo, e pode ser acessada no site do MS

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31432&janela=1:

Abacavir (ABC - comprimido 300 mg e solução oral 20 mg/ml); amprenavir (APV – solução oral 15 mg/ml e cápsula de 150 mg); atazanavir (ATV - cápsula 150, 200 e 300 mg); darunavir (DRV- comprimido 300 mg); didanosina enterica (DDI EC – cápsula 250 mg e 400 mg); didanosina (DDI comprimido 25 e 100 mg e 4 g pó suspensão oral); efavirenz (EFZ – cápsula 200mg, comprimido 600mg e solução oral 30mg/ml); enfuvirtida (T-20 – frasco ampola 90mg/ml); estavudina (D4T - cápsula 30mg e pó para solução oral 1mg/ml); etravirina (comprimido 100mg); fosamprenavir (FPV - comprimido 700mg); indinavir (IDV - cápsula 400mg); lamivudina (3TC - comprimido 150mg e solução oral 10mg/ml); lopinavir+ritonavir (LPV/r - comprimido 200mg + 50mg e solução oral 20mg/ml); nevirapina (NVP - comprimido 200mg e pó suspensão oral 10mg/ml); raltegravir (comprimido 400 mg); ritonavir (RTV - cápsula 100mg e solução oral 80mg/ml); saquinavir (SQV - cápsula 200mg); tenofovir (TDF – comprimido 300mg); zidovudina (AZT - cápsula 100mg, solução oral 10mg/ml e solução injetável 10mg/ml); zidovudina+lamivudina (comprimido 300+150mg).

Os medicamentos específicos para o tratamento das infecções oportunistas são pactuados na Comissão Intergestora Bipartite (CIB), sendo a sua aquisição e distribuição de responsabilidade do Distrito Federal, dos Estados ou Municípios. A responsabilidade da aquisição e distribuição dos medicamentos para o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis é dos municípios.

O incentivo financeiro para os Estados, DF e Municípios é garantido pela Portaria MS/GM nº 2313, de 19 de dezembro de 2002, sendo os valores de referência para ações de prevenção e qualificação da atenção em HIV/aids

atualizados regularmente, sendo a última delas constante na Portaria MS/GM nº 2802, de 18 de novembro de 2008.

Referências Bibliográficas:

1. PROGRAMA NACIONAL DE DST/ aids. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/>> . Acesso em: 27. ago. 2010
2. BERKMAN, A. *et al.* A critical analysis of the Brazilian response to HIV/ aids: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. **American Journal of Public Health**, 95:1162-72, 2005.
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de DST/ aids. **A Resposta Brasileira ao HIV/ aids: Experiências Exemplares**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de DST e aids. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de DST e aids. **Recomendações para Terapia Anti-retroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
6. . BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de DST e aids. **Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
7. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e aids. **O Remédio via Justiça: Um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/aids no Brasil por meio de ações judiciais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 136p. Série Legislação n.º 3.
8. BRITO, A. M., CASTILHO, E. A., SZWARCOWALD, C. L. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207-17, 2001.

9. BRITO, A. M., CASTILHO, E. A., SZWARCOWALD, C. L. Regional patterns of the temporal evolution of the aids epidemic in Brazil following the introduction of antiretroviral therapy. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v.9, n.1, p. 9-19, 2005.
10. BUCHALLA, C. M. Aids: O surgimento e a evolução da doença. In: MONTEIRO, C. A. (org.). **Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: A Evolução do País e de suas Doenças**. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 331-356.
11. DANIEL, H. & PARKER, R. **Aids – A Terceira Epidemia: Ensaio e Tentativas**. São Paulo: Iglu. 1991. 127p.
12. FERREIRA, C.D *et al.* **O Judiciário e as políticas de saúde no Brasil: o caso aids**. Monografia submetida ao IPEA. Rio de Janeiro, 2004. 51 p.
13. GALVÃO, J. Access to antiretroviral drugs in Brazil. **Lancet**, v.360, p.1862-5, 2002.
14. GALVÃO, J. Brazil and access to HIV/ aids drugs: a question of human rights and Public Health. **American Journal of Public Health**, v.95, p.1110-6, 2005.
15. MARINS, J. R. P. *et al.* Dramatic improvement in survival among adult Brazilian aids patients. **Aids**, v.17, p.1675-82, 2003.
16. SARACENI, V. *et al* Trends and characteristics of aids mortality in the Rio de Janeiro City after the introduction of highly active antiretroviral therapy. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v.9, p.209-15, 2005