

# UM PASSO À FRENTE:

Lições para os próximos dez anos de resposta à Aids

© Laura McCullagh



CAMPANHA DE	
<b>ACESSO</b>	
A	
<b>MEDICAMENTOS</b>	
<b>ESSENCIAIS</b>	

MAIO 2011

Distrito de Pader



© Jean-Marc Giboux

# SUMÁRIO



<b>INTRODUÇÃO</b>	03
<b>O IMPACTO DA TERAPIA ARV</b>	04
<b>UM PASSO À FRENTE NAS NOVAS INFECÇÕES</b>	05
<b>LIÇÕES DA PRIMEIRA DÉCADA</b>	08
<b>1. MELHOR TRATAMENTO, MAIS CEDO</b>	08
Tratar as pessoas antes que elas fiquem doentes	08
Garantindo às pessoas os melhores medicamentos	09
Prevenção da transmissão do HIV em bebês	10
<b>2. TRATAMENTO DISPONÍVEL EM TODAS AS CLÍNICAS</b>	11
Descentralizar e fornecer ARVs nas unidades de saúde	11
Cuidado integrado de HIV e tuberculose	12
Transferência de tarefas médicas para apoiar a expansão da terapia antirretroviral	13
<b>INOVAÇÕES: OLHANDO PARA O DESENVOLVIMENTO</b>	14
Melhores medicamentos a preços mais baixos	15
Uma série promissora de novos medicamentos	15
Lançados de novas maneiras	15
Desenvolvimento de testes de diagnóstico e monitoramento mais simples	16
<b>O IMPACTO DA REDUÇÃO DO FINANCIAMENTO</b>	18
Malawi: uma história de sucesso ameaçada	19
Zimbábue: forçado a desacelerar	19
Uganda: recuo do tratamento	19
República Democrática do Congo (RDC): diminuição do acesso ao tratamento	19
<b>IMPLEMENTANDO AS POLÍTICAS CERTAS</b>	20
Apoio às metas globais de tratamento do HIV/Aids e ampliação do acesso ao melhor cuidado possível	21
Aumentando o financiamento para o tratamento de HIV/Aids e explorando mecanismos inovadores de financiamento	21
Controle do custo dos medicamentos	22
Apoio à pesquisa e desenvolvimento de novas tecnologias	23
<b>CONCLUSÃO</b>	24
<b>ANEXOS</b>	26
Resultados do Inquérito	27
Implementando as políticas certas	28
Barreiras de propriedade intelectual para antirretrovirais importantes	29

Mãe e filho entram na clínica de HIV e Tuberculose de MSF em Mathare. Nairóbi, Quênia



“  
*Os medicamentos antirretrovirais mudaram a minha vida de negativo para positivo. Eu estava sempre doente e perdia muito peso. Sem esses medicamentos eu não estaria neste planeta. Eu não tive nenhum problema de saúde importante desde que comecei a tomá-los. Eles salvaram a minha vida.*”

Luis Júnior Mariquele, Moçambique

# INTRODUÇÃO

Médicos Sem Fronteiras (MSF) começou a fornecer terapia antirretroviral (ARV) para HIV/Aids, em 2000, na Tailândia, Camarões e África do Sul, para um número limitado de pessoas que precisavam urgentemente de tratamento. Na época, médicos e enfermeiras lidavam com pacientes muito doentes em salas de espera superlotadas. Inicialmente fornecendo tratamento apenas nos projetos dedicados ao HIV/Aids, MSF tem descentralizado cada vez mais os serviços de HIV, incluindo prevenção, tratamento e cuidado, para as unidades de saúde de atenção primária e em parceria com os Ministérios da Saúde.

Nos últimos 10 anos, temos visto como o tratamento reduziu drasticamente a doença e as mortes nas comunidades em que trabalhamos. Hoje, MSF trata mais de 170 mil pessoas em 19 países, e alguns projetos da organização foram capazes de alcançar e manter o chamado “acesso universal” ao tratamento nos distritos onde estão localizados.\*

Olhando para além de MSF, houve um considerável progresso nos últimos 10 anos. A grande mobilização de doadores foi desencadeada pelo apelo do secretário-geral da ONU Kofi Annan para criar um “fundo de guerra” e combater a epidemia em um esforço internacional sem precedentes, a fim de prestar cuidado e tratamento em alguns dos países mais pobres e mais atingidos no mundo. O Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária foi criado em 2002, seguido pelo Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para Alívio da Aids (PEPFAR), em 2003. Juntos, eles fornecem o tratamento para 81% dos mais de 6 milhões de pessoas que estão vivas hoje graças à terapia antirretroviral.<sup>1</sup>

Esse é um progresso importante – mas ainda há uma lacuna no tratamento. Outras 10 milhões de pessoas ainda necessitam urgentemente de tratamento, e muitas vão morrer em poucos anos se não forem tratadas. Reconhecendo isso, o secretário-geral da ONU Ban Ki-Moon fez recentemente um chamado para que pelo menos 13 milhões de pessoas estejam em tratamento até 2015. Outros pediram para que as metas de tratamento sejam fixadas em 15 milhões.<sup>2,3</sup>

Ampliar o acesso será necessário para salvar vidas, será importante na prevenção de novas infecções, e os custos não aumentarão exponencialmente se as estratégias certas de tratamento, inovação e políticas forem implementadas. MSF e outros prestadores de cuidados têm aprendido lições importantes sobre como levar tratamento a mais pessoas sem comprometer a qualidade da atenção. Ao expandir a terapia antirretroviral a mais pessoas que precisam, é possível reduzir doenças, mortes e novas infecções de HIV. Com uma expansão inteligente do tratamento e com as políticas certas, os custos associados

aos cuidados de HIV poderão ser reduzidos, permitindo alcançar mais pessoas. Hoje, recentes evidências estão começando a mostrar que a terapia antirretroviral não só salva vidas, mas também pode prevenir a transmissão do vírus de uma pessoa para outra. O tratamento do HIV é, portanto, também a prevenção do HIV, podendo ajudar a reduzir o ritmo da epidemia.

Este relatório detalha a experiência de MSF na implementação de estratégias de tratamento para melhorar o cuidado e reduzir custos para pacientes e sistemas de saúde. Ele apresenta os resultados de uma pesquisa conduzida por equipes de MSF em 16 países.\*\* Os 16 países representam uma mistura de níveis baixo, médio e alto de prevalência e, juntos, respondem por 52,5% da carga global de HIV/Aids.

O progresso alcançado na implementação das diretrizes de tratamento da OMS, bem como outras estratégias importantes para aumentar o acesso a tratamento nos países em desenvolvimento, oferece um panorama importante dos pontos fortes e fracos da resposta internacional ao HIV/Aids. A maioria dos países tem políticas para gerir melhor a coepidemia de Aids e tuberculose (TB), integrar os serviços de HIV e maternidade, e trazer cuidados médicos para mais perto de onde as pessoas vivem, utilizando as unidades e os profissionais de saúde existentes. Mas a maioria dos países com alta prevalência de HIV ainda está lutando para tratar mais de 50% das pessoas que precisam de antirretroviral, ou pelo menos para oferecer tratamento em mais da metade das clínicas existentes.

O progresso até agora não teria sido possível sem o apoio financeiro externo, mas é necessária uma maior mobilização de recursos internos e externos para que a população realmente se beneficie com a terapia antirretroviral na redução de infecções, mortes e doenças. Com mais de 6 milhões de vidas salvas, os últimos 10 anos de esforços têm muito a mostrar. No entanto, com as novas evidências de que os antirretrovirais atuam na prevenção, muito mais pode ser feito na próxima década.

Quando os governos se encontrarem para definir o projeto para os próximos 10 anos da epidemia global de HIV/Aids na Reunião de Alto Nível das Nações Unidas em Nova York, em junho, eles deverão renovar as promessas passadas de levar o tratamento para salvar vidas a todos os que necessitam, apoiar uma meta ambiciosa de tratamento e garantir a implementação de políticas para melhorar a qualidade do cuidado, reduzir o ônus sobre pacientes e sistemas de saúde, apoiar a redução dos custos de medicamentos e promover a inovação médica necessária.

\* Definido como atingir ao menos 80% das pessoas que necessitam de tratamento de HIV/Aids.

\*\* Camarões, RCA, RDC, Etiópia, Guiné, Índia, Quênia, Lesoto, Malawi, Myanmar, Moçambique, África do Sul, Suazilândia, Uganda, Zâmbia, Zimbábue.

## O IMPACTO DA TERAPIA ARV

*“Eu me lembro de quando comecei a tratar as pessoas com antirretrovirais em Moçambique. Elas estavam tão doentes e fracas devido à doença que, às vezes, não pesavam mais do que alguns quilos e com frequência eram levadas para a clínica por suas avós. Mas, um ano mais tarde, depois do início da terapia ARV, essas mesmas pessoas entravam na clínica caminhando para pedir suas próprias pílulas. Foi incrível.”*

*Dr. Gilles Van Cutsem, MSF, África do Sul*

- **Menos mortes:** Em nível Global, as mortes relacionadas ao HIV diminuíram 19% entre 2004 e 2009 à medida que o acesso à terapia ARV aumentou. No distrito de Thyolo, no Malawi, MSF estima que mais de 10 mil vidas tenham sido salvas entre 2000 e 2007 devido à expansão dos cuidados de HIV e da terapia ARV.<sup>4</sup>
- **Menos doenças:** A terapia ARV diminui em 67% o risco de TB e reduz o risco de morte por TB em até 95%.<sup>5</sup> No Malawi, MSF documentou uma diminuição de 42% dos novos casos de TB entre 2005 e 2010, período em que a terapia ARV foi ampliada e altos níveis de cobertura de tratamento foram mantidos.<sup>6</sup> A disponibilidade de terapia ARV também reduz a incidência de outras infecções: em um estudo de Uganda, o fornecimento de terapia ARV e antibiótico cotrimoxazol foi associado a uma queda de 64% na incidência de malária.<sup>7</sup>
- **Menos infecções por HIV:** Um estudo realizado em sete países africanos descobriu que a terapia ARV reduziu a transmissão do vírus em 92% entre os casais nos quais uma pessoa era HIV positivo e estava sob terapia e a outra era HIV negativo.<sup>8</sup> Segundo a Unaid, a expansão de estratégias de tratamento e prevenção pode permitir a redução de novas infecções pela metade, evitando, assim, mais de 1 milhão de novas infecções a cada ano.<sup>9</sup> No programa apoiado por MSF em Khayelitsha, na África do Sul, a terapia ARV é associada a uma menor proporção de mulheres grávidas HIV positivo, que passou de 31% em 2008 para 26% em 2010.
- **Menos mulheres gestantes morrem:** A terapia ARV ajuda a evitar que mulheres grávidas morram de HIV.<sup>10</sup> O HIV é uma das principais causas das mortes maternas nos países com alta prevalência e um fator em cerca de 20% de todas as mortes maternas. No Lesoto, que é o terceiro país com maior prevalência de HIV no mundo, estima-se que 58,9% das mortes maternas estejam ligados ao HIV.<sup>11</sup> MSF está lançando um novo projeto no Lesoto para reduzir a mortalidade materna por meio do cuidado integral de HIV e TB como parte dos serviços pré-natais.
- **Menos órfãos por HIV:** De acordo com um estudo recente, a terapia antirretroviral poderia evitar um total de mais de 4 milhões de crianças órfãs devido à Aids em 10 países africanos em 2020.<sup>12</sup>
- **Menos bebês morrendo:** Fornecer terapia ARV às gestantes e profilaxia aos bebês reduz a mortalidade infantil pela redução do HIV – e também infecções relacionadas ao HIV/Aids em bebês. Em Thyolo, Malawi, com a ampliação de testes de HIV e o fornecimento de terapia ARV para gestantes, a proporção de crianças positivas para o HIV diminuiu de 13,3% em 2007 para 6,1% em 2010.
- **Redução de custos:** Há evidências claras dos benefícios econômicos da terapia ARV no nível doméstico,<sup>13</sup> e os modelos sugerem que o acesso universal ao tratamento é custo-efetivo a médio e longo prazos.<sup>14</sup> Estudos descobriram que iniciar a terapia ARV mais cedo é mais custo-efetivo, uma vez que reduz mortalidade, doenças e hospitalizações.<sup>15</sup> Atrasar o fornecimento de tratamento para reduzir os custos de hoje provavelmente trará mais custos a médio prazo.<sup>16</sup>
- **Sistemas de saúde mais fortalecidos:** Os programas de HIV demonstraram fortalecer os sistemas de saúde por meio do reforço da prestação de serviços, recursos humanos, sistemas de informação, finanças e liderança.<sup>17,18</sup> A terapia ARV tem também demonstrado reduzir a hospitalização e aliviar o ônus sobre os sistemas de saúde sobrecarregados. Relatórios do programa de MSF descobriram que o cuidado do HIV contribui para melhorar a compreensão e a prestação de serviços de atenção primária.<sup>19,20,21</sup>

Um menino com HIV e TB sentado com seu avô. Desde que ele iniciou o tratamento com antirretrovirais, sua saúde melhorou significativamente. Mianmar



*Novas evidências científicas mostram que tratar a pessoa que vive com HIV é importante não só para evitar a doença como também contribuir para impedir a difusão do vírus HIV. O que as evidências mostram é que uma pessoa em tratamento antirretroviral tem 90% a menos de propensão de transmitir o HIV do que uma pessoa que não está em tratamento. Isso abre toda uma perspectiva em que nós não só tratamos as pessoas com ARVs, como também podemos visar à redução de novas infecções no nível comunitário.*



Dra. Isabelle Andrieux-Meyer, assessora para HIV, Campanha de Acesso a Medicamentos Essenciais de MSF

Este menino de 10 anos, de Myanmar, ficou órfão quando seus pais morreram de Aids. Ele também estava doente – infectado com o vírus HIV – e foi abandonado em um mercado. A mulher que o encontrou cuidou dele e, eventualmente, o reuniu com o avô de 79 anos de idade. Ele iniciou o tratamento antirretroviral em 2008.

**Menino:** “Eu não conseguia dormir bem quando estava muito doente. Eu acordava no meio da noite, não podia comer nada, só bebia água, mas sempre vomitava. Eu tinha diarreia o tempo todo. Sou mais feliz depois que comecei o tratamento com ARV. Eu posso comer e dormir bem e quero brincar e ficar feliz.”

**Avô:** “Depois da terapia ARV, sua pele está melhor. Ele come mais e brinca muito. Antes de tomar ARVs, ele parecia tão sombrio. Mas agora brinca como um macaquinho e até leva bronca por brincar tanto. Ele toma ARVs há três meses e seu estado de saúde melhorou significativamente.”

“Lembro-me de minha filha – a mãe dele –, que também estava doente com HIV. Acho que se ela tivesse sabido sobre o tratamento e tivesse chegado a esta clínica, ela não estaria agora morta.”



© MSF



## ANTES E DEPOIS...

*Fiona Fisher, uma médica trabalhando para MSF em Manipur, na Índia, conta a história de Vanlalsiam*

e dois irmãos já morreram (presume-se que devido ao HIV/Aids) e por isso ele é cuidado por sua avó. Ele frequentava a clínica de MSF em Manipur Singngat desde 2008, tendo iniciado tratamento antirretroviral e antituberculose com o Ministério da Saúde, mas sem melhora. A primeira foto de Vanlalsiam foi tirada em novembro de 2009 em Shalom, e eu sinceramente achei que ele não iria sobreviver. Ele estava muito mal, com diarreia crônica, perda de apetite e tuberculose pulmonar grave (o seu raio X do peito era terrível). Foi difícil para MSF entender se ele estava doente com TB multirresistente ou se era pelo HIV resistente. Finalmente, um teste de carga viral mostrou níveis extremamente elevados do vírus HIV presentes no sangue, por isso decidimos colocá-lo em tratamento para HIV resistente. A segunda foto foi tirada em uma consulta de acompanhamento na clínica de MSF na cidade de Churchandpur em abril de 2010, e eu mal podia acreditar que era a mesma criança. Sua avó é tão grata e o mimar muito (ele estava comendo um saco grande de batatas fritas!). Ela anda com ele

vários quilômetros até a escola todo dia e aguarda lá até depois da aula para levá-lo para casa novamente. Quando o vi pela última vez, ele estava feliz, brincando com seus colegas de classe, como qualquer menino saudável de 11 anos de idade.

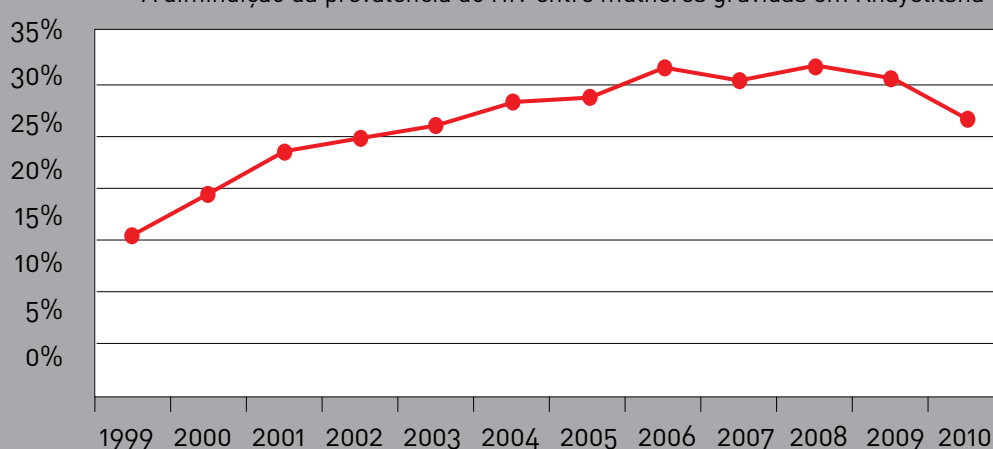
*No estado do nordeste indiano de Manipur, a equipe de MSF, em 2010, ofereceu aconselhamento, testes e tratamento para pacientes HIV positivo, como parte do programa de atenção básica. Embora cerca de 200 pacientes em terapia antirretroviral de primeira linha em Churchandpur tenham sido encaminhados ao Ministério da Saúde para continuar seu tratamento, cerca de 400 pacientes em tratamento de segunda linha ou que tiveram complicações permaneceram com MSF. Atenção à TB também é oferecida – mais de 100 pacientes receberam tratamento para tuberculose e 11 pessoas iniciaram o tratamento para tuberculose multirresistente*





## UM PASSO À FRENTE NAS NOVAS INFECÇÕES

A diminuição da prevalência do HIV entre mulheres grávidas em Khayelitsha



Khayelitsha é uma comunidade grande, nos arredores da Cidade do Cabo, na África do Sul, com uma população de mais de 500 mil pessoas e com um dos maiores índices de HIV e TB no mundo. Estima-se que 16% da população adulta seja soropositiva. MSF começou a fornecer terapia antirretroviral em Khayelitsha em maio de 2001 e hoje fornece terapia a mais de 17 mil pessoas.

Há indícios de que, à medida que o acesso ao tratamento expandiu em Khayelitsha, os novos casos de infecções pelo HIV diminuíram. Uma análise dos dados de prevalência de HIV entre gestantes mostra que a proporção de mulheres soropositivas grávidas que frequentavam o pré-natal havia subido de 15,4%, em 1999, para 31,4%, em 2008. Em 2010, esse percentual caiu para 26,3%. Embora outros fatores, incluindo mortes, emigração e mudança de comportamento, possam ter desempenhado um papel nessa redução, a ampliação da terapia ARV é considerada o fator mais importante na redução de novas infecções.

Em 2011, MSF abrirá um programa-piloto na África do Sul com o objetivo de reduzir a incidência de HIV, ou seja, o número de novas infecções pelo HIV. O projeto estará localizado em uma área rural e periurbana, na província de KwaZulu-Natal. Desde 1990, KwaZulu-Natal tem tido sempre as maiores taxas registradas de HIV no país, com uma prevalência de HIV entre mulheres grávidas de alarmantes 39,5%<sup>22</sup> e uma prevalência em adultos de 25%.<sup>23</sup> Atuando com base nas mais recentes evidências científicas<sup>24</sup> de que a terapia de ARV pode diminuir a incidência de HIV – bem como oferecer os benefícios já estabelecidos de redução da mortalidade e de redução da incidência de outras infecções, em especial a tuberculose –, MSF trabalhará em estreita colaboração com a comunidade e as autoridades locais de saúde para mostrar a viabilidade do aumento massivo da captação e cobertura do teste do HIV, da cobertura da terapia antirretroviral e da adesão ao tratamento.

\* Os medicamentos antirretrovirais (ARV) foram primeiramente descobertos como efetivos para tratar pessoas que vivem com HIV/Aids (PLWHAs) e, depois, para reduzir a transmissão do vírus da mãe para o filho (Garcia, et al. N Engl J Med. 1999). Estudos mostraram que a carga viral é o principal preditor de transmissão de HIV (Quinn, et al. N Engl J Med. 2000) e que o tratamento pode reduzir o risco de transmissão heterossexual em 92% (Donnell, et al. Lancet 2010). Em Taiwan, uma redução de 53% nas taxas de novas infecções se verificou após a ampliação de tratamento antirretroviral (Fang, et al. Infect Dis. 2004), e, mais recentemente, um estudo mostrou uma forte associação entre o aumento da cobertura da terapia antirretroviral, a diminuição da carga viral e a diminuição de novos diagnósticos de HIV por ano entre usuários de drogas injetáveis em Vancouver, British Columbia (Montaner, et al. Lancet 2010).

# LIÇÕES DA PRIMEIRA DÉCADA

Ao longo dos últimos 10 anos, uma série de estratégias-chave foram identificadas para apoiar a ampliação do acesso ao tratamento, melhorar a qualidade do cuidado e reduzir os custos. Elas são descritas a seguir, com uma análise dos progressos registados em sua implementação nos 16 países pesquisados.

## 1. MELHOR TRATAMENTO, MAIS CEDO

“  
*Anos atrás, esperaríamos até que o sistema imunológico do paciente estivesse muito baixo para iniciar o tratamento, e muitas vezes as pessoas já estavam muito doentes nesse momento. Hoje, sabemos que é muito mais seguro e faz muito mais sentido iniciar o tratamento mais cedo, antes que as pessoas fiquem doentes.*”

*Nich Oucho, assessora clínica de MSF, Quênia*

### Tratar as pessoas antes que elas fiquem doentes

Até recentemente, as pessoas nos países em desenvolvimento tinham de esperar até que sua contagem de células CD4, um indicador do sistema imunológico, caísse para 200 células/mm<sup>3</sup> ou menos, antes de serem consideradas elegíveis para receber tratamento. Isso significa que muitas já estavam doentes ou sob risco de infecções oportunistas antes de iniciar o tratamento. A partir das evidências de pesquisa tanto de países desenvolvidos como em desenvolvimento, as orientações mais recentes dadas pela OMS para o tratamento de pacientes vivendo com HIV recomendam começá-lo mais cedo, quando o nível de CD4 dos pacientes cair para 350. A experiência de MSF no Lesoto, onde as pessoas iniciaram tratamento com CD4 350, mostrou grandes benefícios: as pessoas que começaram com CD4 entre 200 e 350 tiveram 68% menos chance de morrer, foram 63% menos propensas a necessitar de hospitalização e 39% menos propensas a desistir do cuidado, em comparação com as pessoas que iniciaram o tratamento com CD4 igual ou inferior a 200.<sup>26</sup>

Equipe do programa de HIV/Aids de MSF em Aruá, Uganda



→ Dos 16 países pesquisados para este relatório, 12 adotaram o tratamento precoce, de acordo com as orientações da OMS, ou estão em vias de fazê-lo. No entanto, Uganda e África do Sul limitam o início precoce do tratamento só às gestantes, devido a restrições financeiras e preocupações sobre a expansão do número de pacientes que se qualificariam para o tratamento, considerando a disponibilidade limitada. A Organização Nacional de Controle de Aids na Índia recomenda que o país atualize seu protocolo de iniciação de CD4 250-350, mas o governo ainda está avaliando as implicações de custo. A Etiópia não adotou as diretrizes.

**No total, o progresso alcançado ao proporcionar um tratamento mais precoce nos 16 países pesquisados é animador; contudo, é preocupante que alguns países tenham sido obrigados a colocar seus planos em espera.**



© Jean-Marc Giboux

## Garantindo às pessoas os melhores medicamentos

Os efeitos adversos são uma das principais razões pelas quais as pessoas em terapia ARV param de tomar seus medicamentos.<sup>26</sup> O esquema de medicamentos de primeira linha mais usado nos países em desenvolvimento hoje contém a estavudina (d4T), o que pode causar efeitos adversos intoleráveis com o uso contínuo. As últimas orientações da OMS recomendam começar esquemas de tratamento antirretroviral com medicamentos mais seguros, como a zidovudina (AZT) ou o tenofovir (TDF). Os dados de programas de MSF mostram que o TDF é preferível entre as duas alternativas: as pessoas em terapia com TDF tinham seis vezes menos probabilidade de sofrer efeitos adversos em comparação com pacientes em d4T; o risco de efeitos adversos com TDF foi reduzido pela metade, comparando com pacientes em AZT.<sup>27</sup> Um estudo recente realizado na Índia considera que, dados os custos na gestão dos efeitos adversos de gestão do d4T, o TDF é mais custo-efetivo.<sup>28</sup> O TDF é também mais barato do que o AZT: 76 dólares por paciente ao ano, em comparação com 88 dólares ao ano.<sup>29</sup>

Dar às pessoas os melhores medicamentos também significa oferecer um tratamento simples: um comprimido, uma vez por dia. As pessoas também estão mais propensas a manter o seu tratamento se for mais fácil para elas tomar os medicamentos e se múltiplos medicamentos forem combinados em um único comprimido – uma “combinação em dose fixa”, ou CDF.<sup>30</sup> A adesão ao tratamento ainda melhora quando o medicamento é administrado uma vez ao dia, comparado com duas vezes ao dia.<sup>31</sup> Isso contribui para a transição para o tratamento com TDF, o qual está disponível em um comprimido, uma vez ao dia.

- ➔ Dos 16 países pesquisados, oito atualizaram, ou estão em processo de atualização, das diretrizes para o uso de TDF como medicamento preferencial de primeira linha. Seis outros países estão usando um esquema de tratamento com AZT. Malawi e Zimbábue haviam mudado seus protocolos ou estavam em vias de fazê-lo, mas tiveram de voltar atrás devido a restrições financeiras. O Malawi reserva TDF apenas para determinados grupos (coinfeção TB/HIV, mulheres grávidas, pacientes que apresentam efeitos adversos graves). No Zimbábue, um esquema de tratamento contendo TDF é fornecido apenas para mulheres grávidas, sendo o resto dos adultos mantido sob tratamento com d4T. O Ministério da Saúde notificou que se o financiamento melhorar, o TDF será introduzido ao longo de três anos.

**A maioria dos países pesquisados deixou de adotar o d4t. No entanto, é uma pena que alguns países tenham adotado o AZT como parte do novo esquema de primeira linha ao invés do TDF. Este apresenta menos efeitos adversos e há versões para tomar 1 vez ao dia.**

“  
Antes que os pacientes começassem a utilizar o novo medicamento, o tenofovir, eles estavam sofrendo, queixando-se de neuropatia periférica (dores agudas nos braços e pernas). Eles também foram ficando com grandes depósitos de gordura em seu corpo, mudando a sua aparência. Eu gosto de dar aos pacientes o esquema antirretroviral com tenofovir, porque ele é tomado apenas uma vez por dia. Os pacientes aderem mais ao tratamento agora.”

Magerard Mochesane, enfermeira de MSF, Lesoto



*Sabemos como impedir que a grande maioria dos bebês adquira o vírus. Esses bebês não precisam ser infectados. É doloroso e frustrante ver a vida das crianças afetada dessa forma quando elas estão apenas começando a vida e sabendo que o problema é perfeitamente evitável.*

Dra. Marianne Gale, pediatra de MSF

### Prevenção da transmissão do HIV em bebês

Nos países ricos, a utilização do tratamento de HIV para prevenir a transmissão de mãe para filho (PMCTC, na sigla em inglês, ou prevenção da transmissão vertical – PTV – em português) reduziu a transmissão para menos de 2%. Mas, em países onde MSF trabalha, como Uganda e Moçambique, a transmissão de mãe para filho representa uma parcela significativa das novas infecções de HIV devido à falta de acesso a serviços de PTV e a uma profilaxia de PTV abaixo do ideal.<sup>32</sup> A OMS tem recomendado protocolos melhorados de PTV que precisam ser implementados, bem como precisa ser melhorado o acesso a serviços de PTV em geral. Fornecer serviços integrais de HIV juntamente com os cuidados pré-natais e de maternidade é essencial para a prevenção da transmissão vertical do HIV e para alcançar um número maior de mulheres que necessitam de terapia antirretroviral para sua própria saúde.

→ Dos países pesquisados, 11 adotaram uma das opções recomendadas pela OMS para prevenção da transmissão vertical e três estão em vias de fazer o mesmo. No Malawi, onde a taxa de fertilidade é elevada, o Ministério da Saúde fornecerá terapia antirretroviral para todas as mulheres HIV positivo grávidas e lactantes por toda a vida, e, em Uganda, o projeto de MSF, com o apoio do governo, servirá como local-piloto para implementação da terapia antirretroviral completa para mulheres soropositivas grávidas por toda a vida. Todos os 16 países apoiam políticas de integração dos serviços de HIV aos cuidados de saúde materna, mas a implementação completa não é realizada.

***O progresso na adoção de melhores protocolos de PTV é promissor, embora a escolha do protocolo seja geralmente motivada por considerações de custo. Por isso, é urgente que os governos sejam apoiados para o aumento do acesso a melhores protocolos de PTV o quanto antes.***



© Judy Waguma

**“Eu decidi que ia viver, e não morrer”**

*Geoffrey Ochieng tem 22 anos e é de Mathare, um bairro pobre da capital queniana, Nairóbi. Ele é o segundo de três irmãos e seus pais morreram quando ele tinha apenas sete anos de idade. Geoffrey descobriu que tinha HIV em 2005 e começou a tomar os medicamentos em 2008. Ele mora sozinho e dá aulas particulares a alunos do ensino médio e do ensino fundamental para se sustentar. Aqui ele explica como o tratamento mudou sua vida.*

Eu não fiquei muito chocado quando soube que era HIV positivo. Eu estava sempre doente e cansado dos meus colegas sempre zombando de mim toda vez que ficava doente. Mas eu quis por um momento que meus pais ainda estivessem vivos.

Minhas tias me rejeitaram quando lhes contei sobre o meu estado. Sem ninguém para conversar, eu decidi começar o tratamento. Desde então, tenho tomado ARVs. Tomar os medicamentos nunca foi fácil. Entre os meus irmãos, eu sou o único que tem o vírus. É um mistério, pois sou o filho do meio. Às vezes eu me pergunto: “por que eu?”.

Havia dias em que eu queria acabar com tudo. Minha vista está longe de ser boa. Eu tropeço quando ando e odeio quando as pessoas me tratam como se eu fosse um cadáver. Em alguns dias eu não queria tomar os medicamentos, mas, após um forte debate comigo mesmo, decidi que ia viver, e não morrer. Hoje eu tomo meus medicamentos religiosamente.

Minha contagem de CD4 está aumentando e, com isso, a minha visão está ficando melhor. Estou feliz com isso. Estou trabalhando duro também; quero voltar para a escola. Eu sei que o céu é o limite, e nada vai me deter.

Eu não vou parar, pois tenho que ir além e garantir que eu tenha a vida que sempre quis. A Casa Azul me deu uma família. Eu vou lá sempre que me sinto fraco e recebo aconselhamento. Eu tenho um grupo de apoio muito bom. Não teria conseguido sem eles.

## 2. TRATAMENTO DISPONÍVEL EM TODAS AS CLÍNICAS

Em países com alta prevalência de HIV, as seguintes estratégias provaram ser eficientes em iniciar mais pessoas na terapia antirretroviral:



*Precisamos levar atendimento e serviços para muito mais perto de onde as pessoas realmente moram. Dessa forma, vamos chegar a todas as pessoas que normalmente não seriam tratadas por não terem condições de pagar o transporte até um centro de saúde ou por não poderem se afastar de casa ou do trabalho. Nós temos percebido aqui em Hlatikhulu (região Shiselweni) que mais pessoas no distrito agora sabem sobre os serviços oferecidos, e elas viram como os parentes, amigos e colegas melhoraram. Isso as motiva a vir para as clínicas, fazer o teste e iniciar o tratamento. Além disso, temos sido capazes de colocá-las em tratamento muito mais cedo, antes que fiquem doentes e quando o sistema imunológico ainda está funcionando relativamente bem.*

Dra. Marcella Tomassi, MSF, Suazilândia

### Descentralizar e fornecer ARVs nas unidades de saúde

Particularmente nos países onde o HIV é endêmico, transferir os cuidados do hospital central para clínicas e postos de saúde na comunidade permitiu que as equipes de MSF alcançassem muito mais pessoas que necessitam de tratamento e levasse o atendimento para mais perto de onde elas vivem.<sup>33, 34</sup> Descentralizar a oferta de cuidados reduz os custos com transporte, que limita o acesso dos pacientes aos cuidados médicos.<sup>35</sup> Os estudos que compararam os resultados em hospitais e centros de saúde não encontraram nenhuma diferença na qualidade dos cuidados prestados, ao passo que a adesão ao tratamento melhorou.<sup>36, 37, 38</sup> A fim de expandir o tratamento em áreas endêmicas para ainda mais pessoas que dele necessitam, a terapia antirretroviral deve ser fornecida pelos centros de saúde primária existentes, onde seja viável.

Com o objetivo de levar cuidados para um número ainda maior de pessoas e reduzir a carga sobre os pacientes e sobre o sistema de saúde, é preciso ir além da unidade básica de saúde e entrar na comunidade. Testes de HIV e administração de antirretrovirais e outros medicamentos essenciais de HIV no nível da comunidade também podem reduzir ainda mais os custos para os pacientes e os congestionamentos nas unidades de saúde.<sup>39, 40</sup> Os programas de Aids de MSF no Malawi, em Moçambique e na África do Sul têm implementado estratégias para limitar o número de vezes que as pessoas precisam comparecer às clínicas, levando as novas doses de medicamento para pacientes estáveis na própria comunidade.<sup>41, 42</sup>

Estudos demonstraram que a cobrança de taxas para o usuário são uma barreira ao acesso aos cuidados, e fornecer gratuitamente assistência para HIV aos pacientes melhora a adesão e a sobrevivência.<sup>43</sup> Taxas e outros custos dificultam a adesão ao tratamento.<sup>44, 45</sup> Isso não se aplica apenas aos ARVs, mas também aos custos de consultas, exames laboratoriais e medicamentos associados.

→ Em apenas seis dos 13 países com epidemia generalizada, para os quais havia dados disponíveis, a terapia antirretroviral está disponível em mais de 30% das unidades públicas de saúde. No Quênia,<sup>46</sup> no Zimbábue<sup>47</sup> e na Guiné,<sup>48</sup> a descentralização da terapia antirretroviral para clínicas na comunidade está ocorrendo em um ritmo lento, principalmente devido ao atraso ou à relutância em permitir que as enfermeiras iniciem os pacientes no tratamento com ARVs. Isso resulta em menos unidades de saúde que ofereçam terapia antirretroviral e menos pessoas tendo acesso a ela.

**O panorama nos países de alta prevalência pesquisados ainda pode melhorar muito. O baixo nível de cobertura das unidades de saúde em alguns países provavelmente está relacionado à falta de apoio para a transferência de tarefas ou é causado por deficiências do sistema de saúde ou problemas de recursos.**



© Sébastien Le Clezio



Uma mulher com HIV recebe tratamento para tuberculose multirresistente em Mathare, Quênia

“  
 É fácil ver como a integração dos tratamentos de HIV e tuberculose faz sentido tanto para os pacientes como para os profissionais de saúde: os pacientes não precisam transitar entre os serviços, uma vez que podem adquirir os medicamentos para as duas doenças ao mesmo tempo em um único local, e recursos de saúde são economizados, na medida em que um único profissional de saúde pode verificar como o tratamento está funcionando para ambas as doenças, além de monitorar os efeitos adversos e outros problemas potenciais.”

Dr. Eric Goemaere, MSF, África do Sul

### Cuidado integrado de HIV e tuberculose

É fundamental que o atendimento integral às pessoas com HIV seja integrado aos cuidados para TB.<sup>49</sup> Ao integrar os serviços de TB e HIV em Khayelitsha, na África do Sul, MSF conseguiu reduzir à metade o tempo necessário para oferecer terapia antirretroviral às pessoas coinfetadas com HIV e tuberculose. O diagnóstico apropriado da tuberculose também aumentou.<sup>50</sup> No programa de MSF em Shiselweni, no sul da Suazilândia, a detecção da tuberculose praticamente dobrou em um ano, uma vez que os serviços de HIV/TB foram integrados.<sup>51</sup> Para os países com um número crescente de casos de tuberculose multirresistente (MDR-TB), a integração é crucial. A integração dos serviços de HIV/TB é a chave para alcançar o objetivo global de reduzir pela metade, até 2015, o número de pessoas vivendo com HIV que morrem de tuberculose.<sup>52</sup>

→ Embora todos os 16 países pesquisados tenham políticas nacionais que apoiam a integração de HIV e tuberculose, em 10 desses países as políticas ainda têm de ser totalmente implementadas. Mesmo em países onde a integração de HIV e tuberculose é a política oficial dos governos, como no Malawi, Quênia, Moçambique e Suazilândia, os pacientes são atendidos por diferentes funcionários dentro das mesmas unidades de saúde, ou pacientes com TB devem ir a instalações separadas para receber cuidados e medicamentos de HIV.

***A integração dos serviços de TB e HIV é lenta e pode ser prejudicada em locais em que o número de instalações que oferecem cuidados e tratamento para HIV seja limitado. Até que uma verdadeira integração ocorra, os países estão perdendo oportunidades para prevenir a tuberculose e as mortes relacionadas à TB.***

\* Componentes do cuidado de TB incluem: diagnóstico de TB, cuidados de prevenção e tratamento envolvendo acesso sistemático ao fornecimento de teste de HIV e aconselhamento, além de terapia antirretroviral antecipada para pacientes coinfetados por TB; descoberta intensificada de casos de TB (ICF, na sigla em inglês) e terapia preventiva isoniazida (IPT, na sigla em inglês) para pacientes com HIV; medidas de controle de infecção de TB em unidades de saúde e no nível doméstico.

## Transferência de tarefas médicas para apoiar a expansão da terapia antirretroviral

A “transferência de tarefas” foi recomendada pela OMS como uma forma de superar a falta de profissionais de saúde e levar o tratamento para mais perto dos pacientes em locais endêmicos para o HIV. Em muitos programas de HIV de MSF e em um número crescente de programas nacionais, enfermeiros e assistentes clínicos iniciam pacientes no tratamento e conselheiros oferecem testes de HIV e aconselhamento para adesão em clínicas comunitárias de atenção primária. Resultados de tais projetos têm sido relatados no Malawi, no Lesoto e na África do Sul, e são considerados equivalentes aos programas executados pelos médicos.<sup>53,54,55,56</sup>

→ Em apenas cinco dos países pesquisados, os enfermeiros eram autorizados a começar a tratar pacientes com terapia antirretroviral. A Suazilândia, embora seja um país com alta prevalência, é como Uganda, Camarões e Myanmar, onde os enfermeiros não podem iniciar o tratamento ou mesmo assistir os pacientes que já estão em terapia antirretroviral. Dos 16 países, Uganda, República Democrática do Congo, Guiné e Moçambique não têm políticas que permitem que agentes de saúde possam fornecer testes de HIV e aconselhamento sobre adesão.

**A transferência de tarefas ajudou muitos países a ampliar a terapia antirretroviral, mas a lenta implementação da transferência de tarefas em alguns países com alta prevalência estão criando dificuldades para a oferta de terapia antirretroviral a mais pessoas em mais unidades de saúde, especialmente naqueles onde as políticas que apóiam que enfermeiros iniciem a terapia antirretroviral são inadequadas ou ausentes.**

### Como reduzir o ônus para os pacientes e para o sistema de saúde? Lições aprendidas em programas de MSF

*No que diz respeito às estratégias de tratamento que visam a atingir mais pessoas, reduzindo a carga sobre os sistemas de saúde e os pacientes, ainda há muito a ser feito nos países pesquisados onde a epidemia é generalizada. Os governos devem ser incentivados e apoiados a implementar políticas que não só reduzirão as doenças, mortes e novas infecções, mas também reduzirão os custos. Aqui estão algumas das estratégias que deram certo nos programas de MSF que são executados em colaboração com os Ministérios da Saúde.*

*Margarida Smith foi diagnosticada com HIV em 2006 e é líder de dois grupos de pacientes.*

*“Eu moro em um vilarejo fora da cidade de Tete. Minha função é pegar os medicamentos no centro de saúde e distribuí-los às pessoas do grupo. As pessoas no grupo apreciam isso, porque muitas não têm dinheiro suficiente para viajar até ao centro de saúde todo mês. É muito bom ser capaz de ajudar os outros a cuidar de sua doença.”*

Em Tete, Moçambique, a terapia antirretroviral é distribuída e a adesão é monitorada pelos “grupos comunitários de ARV”, formados e

geridos pelos próprios pacientes. Os membros se revezam recebendo as novas doses de ARV do grupo, de modo que cada membro só precisa de consulta clínica a cada seis meses. Os resultados dos pacientes melhoraram, enquanto o volume de trabalho nas unidades de saúde com poucos recursos diminuiu quatro vezes. Dos 1.301 pacientes, 97,5% foram mantidos sob terapia e apenas 0,2% abandonou o tratamento. O Ministério da Saúde moçambicano pretende implementar essa estratégia em três estruturas de saúde em cada uma das 11 províncias.

Em Khayelitsha, África do Sul, mais de 17 mil pessoas estão recebendo terapia antirretroviral e mais de 4 mil novos pacientes iniciam a terapia a cada ano. Os resultados do tratamento são bons, com 80% permanecendo vivos e sob cuidados após dois anos de tratamento e com menos de 14% de falha do tratamento em cinco anos de terapia antirretroviral. Para ajudar a incentivar as pessoas a continuar sob tratamento durante a vida, MSF estabeleceu “clubes de adesão” para os adultos que estão indo bem na terapia antirretroviral. Um agente de saúde visita esses clubes a cada dois meses para estimular discussões de apoio, fazer análises de saúde e adesão e distribuir ARVs pré-embalados, tudo dentro de duas horas. Os membros do clube relatam que a conveniência, a agilização do monitoramento e o apoio fizeram

a diferença no modo como eles se relacionam com o tratamento.

No distrito de Chiradzulu, Malawi, MSF já iniciou o tratamento para mais de 26 mil pessoas desde 2001. A fim de descongestionar os serviços, as pessoas que estiveram em terapia antirretroviral por pelo menos um ano recebem o reabastecimento de seus medicamentos pelos agentes de saúde a cada três meses e só precisam ver um enfermeiro a cada seis meses. Depois de um ano, 97% dos pacientes permanecem em tratamento. MSF planeja expandir essa estratégia para a metade dos pacientes no próximo ano do programa. Já no distrito vizinho de Thyolo, os pacientes podem receber terapia antirretroviral e recargas, assim como cuidados crônicos em postos de saúde “melhorados”, compostos por agentes de saúde e visitados regularmente por enfermeiras da comunidade.

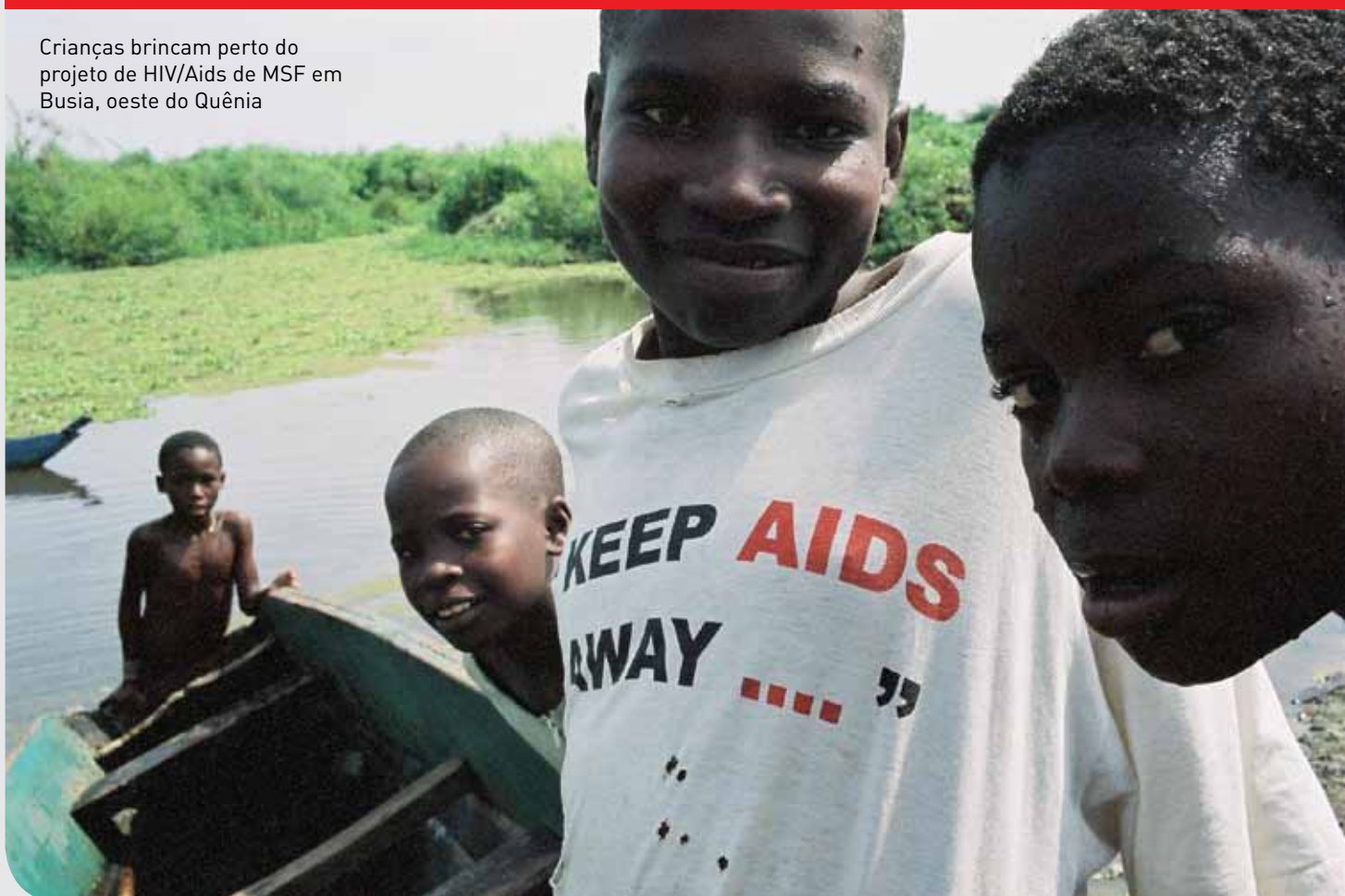


© Niklas Bergstrand

<sup>56</sup> Ouça um membro de um grupo comunitário de ARV explicando como funciona. Disponível em: <http://aids2010.msf.org/2010/a-new-model-for-decentralized-care-in-mozambique/>.

# INOVAÇÕES: OLHANDO PARA O DESENVOLVIMENTO

Crianças brincam perto do projeto de HIV/Aids de MSF em Busia, oeste do Quênia



© Brendan Bannon

“  
*Eu quero ser capaz de alcançar todas as pessoas que necessitam urgentemente de tratamento ou que vão precisar de tratamento, mas que vivem em áreas muito remotas e rurais, atualmente fora do alcance da assistência médica. Para isso, precisamos encontrar formas muito mais simples e melhores para testar, aprimorar e monitorar o tratamento de Aids. Isso significa testes que podem medir a carga viral no local, sem depender de energia elétrica; isso significa medicamentos que possam ser dados em intervalos muito maiores, digamos que mensalmente, ao invés de diariamente; isso significa medicamentos com menos efeitos adversos, para que os pacientes se mantenham sob tratamento – e tudo isso deve ser a um preço acessível para os lugares onde trabalhamos.*”

Dr. Ali Ouattara, MSF, Quênia



Além das estratégias descritas anteriormente, que já estão fazendo a diferença em muitos lugares, uma série de inovações importantes está em andamento e poderia influenciar ainda mais a trajetória da epidemia de HIV, acelerando o acesso aos cuidados, reduzindo doenças e mortes e diminuindo os custos.

### Melhores medicamentos a preços mais baixos

Ao longo dos últimos 10 anos, graças à concorrência entre medicamentos genéricos, o preço da combinação de ARV mais usados caiu em 99%, de mais de 10 mil dólares por paciente por ano para 67 dólares hoje. Várias abordagens estão sendo implementadas para reduzir ainda mais os custos de fabricação. Dentre elas, estão:

- Maneiras novas e eficientes de produção de “ingredientes farmacêuticos ativos” (IFA), que podem representar entre 55-99% dos custos diretos de produção.<sup>60</sup> Recentes reduções de preço para, por exemplo, o efavirenz e o TDF são em grande parte o resultado da redução dos custos de produção de IFA.
- Reduzir a quantidade de IFA, que tem a vantagem tanto de reduzir os custos como os efeitos adversos. Estudos estão em andamento para avaliar a eficácia de uma série de ARVs importantes em uma dosagem menor, incluindo o AZT e o efavirenz. As estimativas sugerem que se a dose de efavirenz puder ser reduzida em um terço (de 600 mg para 400 mg), um terço do preço pode ser deduzido do custo do medicamento por paciente por ano.<sup>61</sup>
- Melhorar a absorção dos medicamentos por meio de novas formulações. Tal estratégia está sendo explorada com o tenofovir e alguns inibidores da protease, sendo é uma forma de reduzir a quantidade necessária de IFA e, portanto, de reduzir custos.

#### Procurados:

Medicamentos que sejam adaptados para a ampliação e descentralização do tratamento. Eles devem ser potentes, muito bem tolerados, fáceis de tomar, robustos, devem ter interação limitada com outros medicamentos, especialmente de TB, devem ter uma carga de comprimidos baixa, poucos efeitos adversos e ser compatíveis com populações especiais, como crianças e mulheres em idade fértil, além de seguros durante a gravidez.

### Uma série promissora de novos medicamentos lançados de novas maneiras

Atualmente, estão em desenvolvimento vários medicamentos ARVs promissores, incluindo novas classes de medicamentos que trazem novas maneiras de impedir a replicação do vírus. Alguns podem ser administrados como formulações de longa duração que permitiriam dosagens semanais ou mensais, e alguns fármacos poderiam ser potencialmente mais baratos que os ARVs mais usados hoje em dia.

- A rilpivirina pode ser produzida por apenas 10 dólares por paciente por ano, podendo também ser usada em formulações de longa duração – uma “nanosuspensão” injetável de rilpivirina foi desenvolvida e mostrou potencial para a dosagem mensal.<sup>62</sup>
- O dolutegravir, da nova classe de inibidores de integrase, tem se mostrado muito potente em doses baixas, o que sugere que poderia ser produzido a um preço baixo.<sup>63</sup>
- O S/GSK1265744, também um inibidor da integrase, foi desenvolvido como um medicamento injetável de longa ação. Outros fármacos que têm o mesmo potencial para a formulação de longa duração são elvucitabina e CMX157. No entanto, o elvucitabine permanece na etapa de desenvolvimento.

Devem-se criar mecanismos para garantir que as pessoas nos países em desenvolvimento possam se beneficiar desses avanços terapêuticos, ao invés de deixar que eles sejam disponibilizados a um preço fora de alcance.

## Desenvolvimento de testes de diagnóstico e monitoramento mais simples

Para monitorar os pacientes conforme recomendado e dar apoio ao tratamento descentralizado e à transferência de tarefas, são necessários testes simplificados. Tais testes precisam ser elaborados de maneira que possam funcionar sem energia elétrica e sejam facilmente aplicados por profissionais de saúde minimamente treinados. Eles também precisam ser desenhados para uso com uma amostra facilmente coletada, tal como uma amostra da mucosa da parte interna da bochecha ou amostra de sangue de uma picada no dedo.

O que há em desenvolvimento:

- **Nível de CD4:** Tecnologias em desenvolvimento para medir CD4 de forma mais simplificada e a preços acessíveis. Aparelhos pequenos com um alarme estão previstos para serem lançados em 2012. “Varetas” para teste de CD4 descartáveis estão previstas para serem lançadas em 2013.<sup>vi</sup>
- **Carga Viral:** Os testes atuais são complexos e caros, limitando a disponibilidade. Versões menores e totalmente automatizadas dos atuais testes moleculares estarão disponíveis em 2012. Até mesmo as tecnologias mais simples, mais compactas e a preços acessíveis estarão disponíveis a partir de 2013.<sup>vii</sup>
- **TB:** Um novo teste molecular para tuberculose aprovado pela OMS pode reduzir o tempo que se leva para diagnosticar TB resistente a medicamentos de até três meses para menos de duas horas. Ele também permitirá que a TB seja detectada mais facilmente nas pessoas que vivem com HIV, cujo diagnóstico em geral é mais difícil. MSF está implementando esse novo teste em 16 países em 2011, mas ainda assim é necessária uma versão simples, a preço acessível e que seja aplicada de forma rápida nos postos de saúde.

É fundamental que sejam implementados dispositivos que permitam assegurar que essas e outras inovações promissoras estejam disponíveis a preços acessíveis para os pacientes dos países em desenvolvimento. Os governos precisam apoiar uma agenda de inovação que busque sistematicamente simplificar ainda mais o tratamento e reduzir os custos de modo que mais pessoas possam ser alcançadas com opções de tratamento ainda melhores.

### Os benefícios do teste de carga viral

Os novos protocolos de tratamento da OMS recomendam a ampliação do acesso ao teste de carga viral para monitorar as pessoas que estão em tratamento. Os benefícios incluem:

- **Detecção precoce de problemas de adesão:** O acesso a testes de carga viral pode identificar as pessoas que estejam com problemas na adesão ao tratamento para que recebam apoio. Estudos realizados no projeto de MSF em Khayelitsha, na África do Sul, evidenciaram que 71% das pessoas cuja presença do vírus ainda era detectável após receberem tratamento durante seis meses tornaram-se “indetectáveis” quando tiveram apoio na adesão, iniciado após testagem de sua carga viral. Dessa forma, o teste de carga viral pode detectar precocemente problemas de adesão e evitar a necessidade de substituição por medicamentos de segunda linha mais caros.<sup>68</sup>
- **Detecção de falha no tratamento a tempo:** O teste de carga viral é também a melhor forma de determinar se alguém desenvolveu resistência ao esquema de tratamento e se é preciso substituir por outros medicamentos. Caso as pessoas não migrem para outros medicamentos, elas entram em falha terapêutica. Caso elas mudem de esquema terapêutico tardiamente, há maior risco de desenvolverem outras resistências e de transmitirem cepas resistentes.

© Julie Demond





Crianças em Mathare, uma área carente de Nairóbi, Quênia, gravemente afetada pela epidemia de Aids

## Crianças com HIV: ainda esquecidas

Em países ricos, a prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho (PTMC, na sigla em inglês) tem sido tão bem-sucedida que quase não há crianças que nascem com HIV. Sem um mercado nos países ricos, as empresas farmacêuticas não têm incentivos para desenvolver formulações de ARVs apropriadas e adaptadas para as crianças. A cada dia, mil crianças são infectadas pelo HIV em países em desenvolvimento. Embora importantes progressos tenham ocorrido ao longo dos últimos 10 anos na ampliação do acesso ao tratamento da Aids em crianças, elas continuam sendo negligenciadas quando consideramos a abrangência desse acesso: apenas 28% das crianças que precisam de tratamento de fato têm acesso a eles, comparado com os 37% dos adultos.

Há uma lacuna nas opções de tratamento. Dos 22 antirretrovirais aprovados hoje pela FDA (Administração Federal de Medicamentos e Alimentos dos Estados Unidos, na sigla em inglês), cinco não estão aprovados para uso em crianças e seis não têm nenhuma formulação pediátrica. Quando medicamentos para crianças existem, em geral vêm em formulações como pó (para suspensão) ou xaropes, que não são adaptáveis para uso em áreas com escassez de recursos, pois são de difícil armazenagem e administração. Com frequência, requerem a utilização de água limpa ou refrigeração ou envolvem um cálculo complexo de dosagem; além disso, alguns têm o gosto muito ruim.

Fica evidente o impacto disso na qualidade do cuidado das crianças. Dados recentes de um estudo clínico na Europa evidenciam que em cinco anos desde o início do tratamento, 12% das crianças desenvolveram resistência às três classes terapêuticas mais importantes, ilustrando a necessidade de opções mais robustas de tratamento. Ainda assim, a negligência com as crianças que vivem com HIV persiste, pois a maioria dos medicamentos promissores que estão em desenvolvimento continua a ser testada apenas em adultos.

\* Testes incluem Pima, Pointcare NOW e Partec CD4 miniPOC; dispositivos menores incluem Daktari, mBio; e os testes rápidos incluem Zyomyx, Bument.

\*\* Testes disponíveis em 2012 incluem Alere, Liat; testes disponíveis a partir de 2013 incluem SAMBA, NW Uni VL, Wave 80, GeneXpert VL, Micronics, ALL, Biohelix.

# O IMPACTO DA REDUÇÃO DO FINANCIAMENTO

© Sophia Apostolia



Projeto de MSF em Luwingu, Zâmbia

Pela primeira vez em uma década, em 2009, o financiamento global para HIV caiu.<sup>69 70</sup>

**O Fundo Global** está enfrentando um déficit de bilhões devido às promessas insuficientes de doadores durante a sua conferência sobre financiamento em 2010. Consequentemente, novas rodadas de financiamento foram adiadas e, pela primeira vez na história, nenhuma rodada de financiamento será aprovada para 2011. Em 2010, mais da metade das propostas para HIV foram negadas. Esses países vão ter de esperar até 2012 para que novas decisões sobre propostas sejam tomadas, com recursos provavelmente disponíveis apenas em 2013. Alguns países com alta carga de HIV estão, portanto, reduzindo suas metas ambiciosas de ampliar o acesso ao tratamento e adiando os planos de implementar as recomendações da OMS para adotar esquemas terapêuticos melhorados e tratamento precoce. Além disso, mais demandas estão sendo apresentadas ao Fundo Global, pois outros financiadores, como o Banco Mundial e a Unitaid, estão finalizando seus programas.

**O PEPFAR** está também enfrentando reduções no financiamento e mudanças que se traduzem em uma retirada do apoio à terapia ARV na ponta. Até outubro de 2010, ele informou seu apoio para começar a tratar 3,2 milhões de pessoas com terapia ARV. Apesar de o financiamento

ter estagnado ao longo dos últimos três anos, o PEPFAR contribuiu para que 700 mil pessoas iniciassem o tratamento ARV em 2010 – o maior número de pessoas em um ano, com o uso de recursos não gastos previamente. Mas, agora, o PEPFAR está dando sinais de reduzir lentamente o seu orçamento para terapia ARV, conforme apontado pelos planos operacionais de países. Em alguns países, ele está transferindo de forma prematura a responsabilidade e o financiamento dos programas de tratamento de HIV para os governos, que ainda não são capazes de lidar com a carga de casos ou com os custos. Na África do Sul, onde o PEPFAR está finalizando alguns programas de forma abrupta, os pacientes em terapia ARV foram encaminhados para as clínicas do governo, que não puderam lidar com a carga adicional de pacientes utilizando ARV.

A redução do financiamento dessas duas agências, que hoje juntas são responsáveis por oito de cada 10 pessoas em terapia ARV, traduziu-se em uma diminuição da disponibilidade para os programas de HIV em países de baixa renda com alta prevalência de HIV. Esses países não terão condições de financiar as intervenções necessárias para enfrentar o HIV apenas com recursos domésticos, mesmo que aumentem a alocação em seus orçamentos para a saúde.

Os quatro países a seguir estão entre os 16 que fizeram parte de uma pesquisa e estão enfrentando as consequências concretas da estagnação ou encolhimento do financiamento:

### Malawi: uma história de sucesso ameaçada

MSF tem trabalhado ao longo dos últimos 10 anos no Malawi, colaborando na implementação de serviços abrangentes para HIV/Aids juntamente com o Ministério da Saúde em dois distritos. A ação inclui 36.910 pacientes em terapia ARV. O Malawi tem sido mencionado como uma história de sucesso pela rápida ampliação do acesso à terapia ARV em uma área muito pobre, com limite de disponibilidade de profissionais de saúde, tendo alcançado cobertura de 63% das pessoas que precisam dessa terapia. O país é altamente dependente do apoio do Fundo Global, mas suas duas últimas propostas de financiamento foram negadas. A falta de financiamento levou à decisão de reservar os melhores medicamentos, tal como o TDF, para certo grupo de pacientes. Os planos de descentralizar a terapia ARV e os serviços de prevenção da transmissão vertical para as 760 unidades de saúde pública ao longo dos próximos três anos estão ameaçados.

### Zimbábue: forçado a desacelerar

Em Murambina, distrito no Zimbábue, MSF fornece terapia ARV a mais de 13 mil pacientes. Na cidade de Bulawayo, o projeto de MSF tem cerca de 4.500 crianças em terapia ARV. O Zimbábue está ainda na fase inicial do processo de descentralização dessa terapia: apenas 8% das unidades públicas de saúde têm capacidade para iniciá-la e 21% delas fornecem serviços de acompanhamento, incluindo reabastecimento de medicamentos. As novas recomendações da OMS foram adotadas no Zimbábue em 2010, mas, em função das restrições no financiamento, sua implementação será feita adotando-se uma abordagem específica ao longo dos próximos três anos. Em função de sua última proposta ao Fundo Global para obtenção de recursos ter sido negada, o Zimbábue terá de aguardar e tentar de novo, esperando que o financiamento para ampliação do acesso seja aprovado em 2012 e que os recursos sejam depositados em 2013.

### Uganda: recuo do tratamento

MSF oferece terapia ARV para 5 mil pessoas em Uganda, um país onde 300 mil pessoas precisam de tratamento. O PEPFAR limitou a disponibilidade de tratamento para o HIV em seus programas no país em 2009, permitindo que um novo paciente entrasse em tratamento apenas quando outro tivesse morrido ou abandonado o tratamento. Após desencadear indignação global, essa diretriz foi suspensa alguns meses depois, mas o PEPFAR ainda não ofereceu novos recursos para um Acordo para um Plano de Parceria, e o governo não fez o suficiente para ampliar o acesso à terapia ARV. Uganda fez um plano para implementar as recomendações da OMS, mas a proposta do país apresentada em 2010 ao Fundo Global foi negada. Agora, apenas gestantes podem iniciar a terapia ARV segundo a nova proposta de tratamento precoce recomendada pela OMS. A implementação da terapia ARV para todas as gestantes também foi colocada na lista de espera. Além disso, Uganda vai estabelecer um protocolo que, embora mais barato, é mais complicado, pois requer que as mães iniciem e parem o tratamento com cada gestação.

### República Democrática do Congo (RDC): diminuição do tratamento

MSF desenvolve um projeto de terapia ARV em Kinshasa desde 2001. Como o corte de financiamento limitou o acesso ao tratamento, MSF está recebendo cada vez mais pacientes em suas clínicas, aonde em geral as pessoas já chegam muito doentes para serem salvas. Com três fontes importantes de financiamento se esgotando, o futuro da ampliação do acesso ao tratamento para HIV/Aids na RDC é cada vez mais desolador. O PEPFAR finalizou o financiamento de itens médicos em 2010, enquanto o Programa do Banco Mundial e o financiamento da Unitaid para o cuidado de crianças encerrarão seu apoio em 2011. As propostas da RDC apresentadas ao Fundo Global para 2009 e 2010 foram recusadas. Além disso, a RDC está atrasada, com apenas 17% das pessoas que precisam recebendo terapia ARV e apenas 2% das gestantes com acesso aos serviços de prevenção da transmissão vertical. A taxa de iniciação do tratamento ARV caiu 18% entre 2009 e 2010, e agora limites foram adotados para o número de novos pacientes que podem começar o tratamento. As unidades de saúde que tenham atingido sua capacidade máxima só poderão iniciar o tratamento em um novo paciente quando uma vaga for liberada em função de morte ou perda de outro paciente. Além disso, a terapia ARV ainda é racionada por meio da transferência de alguns custos para os pacientes, que são solicitados a pagar até 15 dólares pelo teste de CD4 e 60 dólares pelo teste de carga viral, além de taxas por consultas.

*MSF e outros profissionais de saúde estão muito preocupados que as pessoas que vivem com HIV/Aids nesses países não terão condições de se beneficiar das últimas recomendações de tratamento e da ciência dos benefícios da ampla cobertura da terapia ARV. Além disso, a continuidade do fornecimento de medicamentos está ameaçada, o que representa um grande risco de interrupção do tratamento para os pacientes, bem como, em alguns casos, eles são solicitados a arcar com a maior parte dos custos do seu próprio cuidado.*

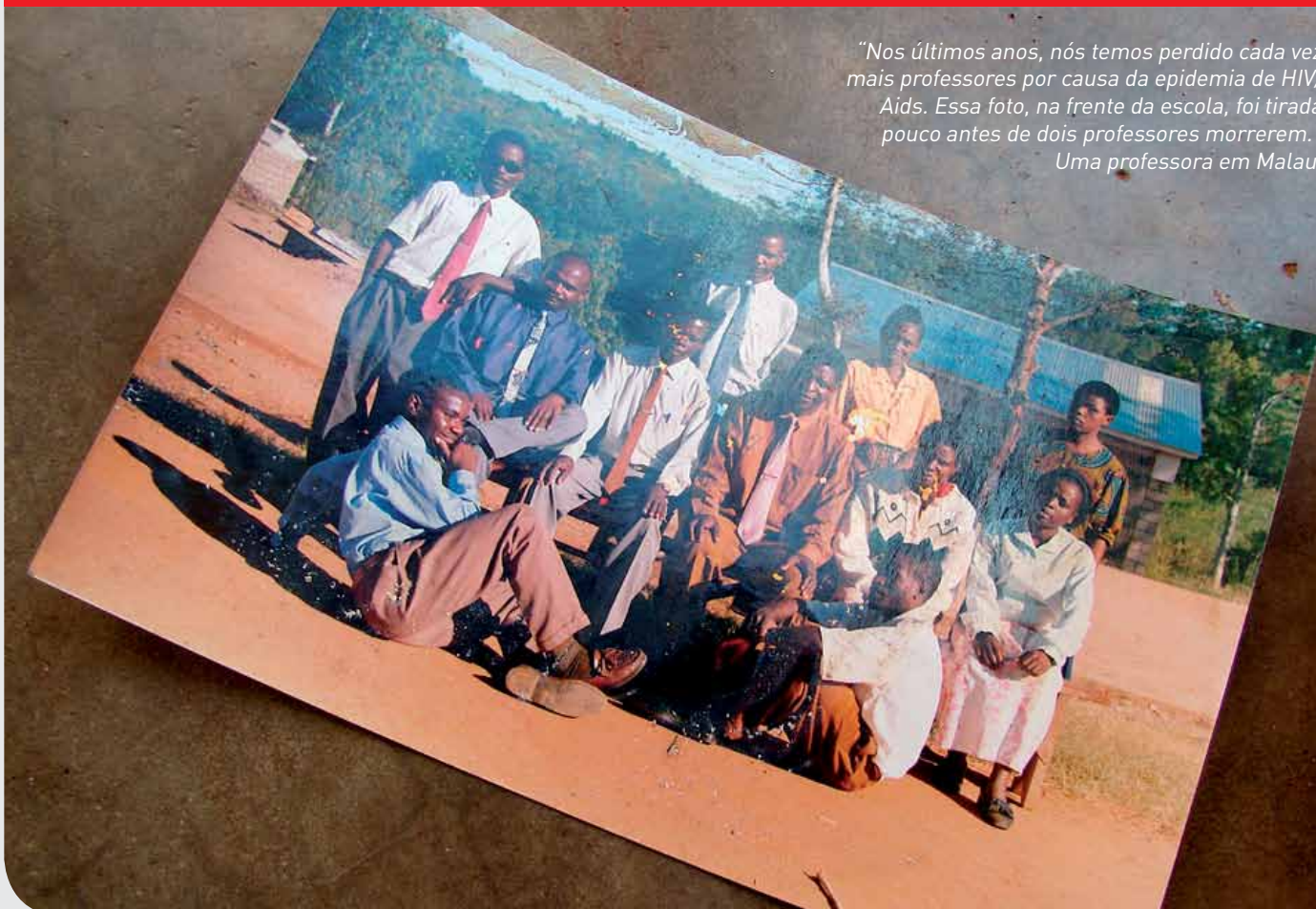
“

*Se houver redução do financiamento, mais pessoas vão morrer e teremos mais órfãos. As pessoas que vivem com HIV geralmente precisam cuidar de outras como, por exemplo, suas crianças. As pessoas perderão as esperanças e morrerão. Será o fim. Se não houver medicamentos, não haverá futuro.*”

Catherine Mango,  
pessoa vivendo com HIV/Aids, Quênia

# IMPLEMENTANDO AS POLÍTICAS CERTAS

© Lewis



*“Nos últimos anos, nós temos perdido cada vez mais professores por causa da epidemia de HIV/Aids. Essa foto, na frente da escola, foi tirada pouco antes de dois professores morrerem.”  
Uma professora em Malawi*



*Dez anos depois de termos começado a tratar pessoas com Aids nos países em desenvolvimento, os governos agora precisam confirmar seu compromisso de garantir tratamentos que salvem vidas a todos que precisam. Para fazer isso, é preciso apoiar políticas que possibilitem a ampliação do tratamento, incluindo a promoção da inovação médica para o desenvolvimento de melhores ferramentas que tornem os medicamentos mais baratos e permitam o financiamento sustentável dos programas de tratamento. Trata-se de uma escolha política que envolve milhões de vidas.*



Dr. Tido von Schoen-Angerer, diretor executivo,  
Campanha de Acesso a Medicamentos Essenciais de MSF

Para atingir a meta proposta pelo secretário-geral da ONU Ban Ki-Moon de oferecer tratamento para até 80% das 18 milhões de pessoas que necessitam até 2015, os governos terão de implementar diretrizes que proporcionem um ambiente político e econômico propício à extensão do tratamento; diretrizes que apoiem a redução do custo dos medicamentos; e políticas que estimulem as inovações capazes de ajudar a triplicar o número de pessoas sem triplicar os custos.

## 1. Apoio às metas globais de tratamento do HIV/Aids e ampliação do acesso ao melhor cuidado possível

Doadores e países em desenvolvimento precisam apoiar de forma explícita as metas globais de acesso ao tratamento e prevenção para HIV/Aids que possam ser monitoradas. A ampliação contínua do acesso à terapia ARV é fundamental para salvar vidas e tirar proveito das novas evidências de que o tratamento em si é uma ferramenta de prevenção que reduz o risco de transmissão do HIV.

É preciso que as novas recomendações da OMS para iniciar o tratamento, com esquemas melhorados de medicamentos, monitoramento e prevenção da transmissão vertical (de mãe para filho), sejam plenamente implementadas por países endêmicos, com o apoio de doadores e da sociedade civil. A realização dessas recomendações irá diminuir a chance de ficar doente e as mortes das pessoas que vivem com HIV, reduzindo a carga sobre os sistemas de saúde e contribuindo para prevenir novas infecções. Estratégias adicionais para melhorar o tratamento incluem a integração do cuidado em HIV e TB, a descentralização do cuidado em HIV e mais autonomia do paciente por meio de estratégias de administração de medicamentos no nível comunitário.



Joseph Ramokoatsi é um conselheiro de HIV/TB em Lesoto

## 2. Aumentando o financiamento para HIV/Aids e explorando novos mecanismos inovadores de financiamento

É fundamental o aumento do financiamento para a resposta ao HIV/Aids, e tanto os doadores como os governos dos países em desenvolvimento precisam compartilhar essa responsabilidade conforme sua capacidade. Os governos doadores precisam reafirmar os compromissos assumidos no âmbito do G8 em 2001 e 2006 para apoiar o acesso à prevenção, o cuidado e o tratamento do HIV para as pessoas que precisarem. Os governos de países em desenvolvimento precisam respeitar os compromissos com o financiamento, tal como a Declaração de Abuja, na alocação de pelo menos 15% do produto interno bruto (PIB) do país africano em saúde. Financiadores adicionais são também fundamentais.

Segundo a Unaid, há uma lacuna de 10 bilhões de dólares em um total de 25,9 bilhões necessários para atender aos compromissos de acesso ao tratamento e prevenção. O Fundo Global de Combate à Aids, TB e Malária estima que 20 bilhões de dólares possibilitariam que outros 7,5 milhões de pessoas iniciassem o tratamento até 2015. No entanto, tais promessas estagnaram em 11,7 bilhões para os próximos três anos e ainda precisam se materializar em contribuições concretas. O PEPFAR também precisa ser completamente financiado para ajudar a atender ao desafio de tratar 15 milhões de pessoas até 2015.

Adicionalmente, canais de financiamento inovadores e adicionais precisam ser explorados e promovidos com o objetivo de assegurar a receita de recursos regulares, previsíveis e suficientes para financiar a saúde global a longo prazo. Modelos como a Unitaid, que depende de uma pequena taxa de passagens aéreas dos países participantes, mostraram-se bem-sucedidos na geração de recursos previsíveis. Há propostas que buscam aplicar taxação parecida às transações financeiras do setor bancário, que poderia levantar milhões aplicando-se apenas 0,05% sob as transações bancárias internacionais. Enquanto vários países apoiam a taxação das transações financeiras, os governos ainda precisam dar o passo necessário para transformar essa discussão em realidade.



### 3. Controle do custo dos medicamentos

Quanto mais medicamentos a preços acessíveis estiverem disponíveis, mais pessoas poderão iniciar o tratamento. A concorrência entre produtores de genéricos – particularmente em países como Brasil, Índia e Tailândia, onde medicamentos não patenteados puderam ser produzidos a preços mais baixos – contribuiu para que houvesse uma redução de preço em 99%, partindo de um valor de 10 mil dólares por paciente por ano em 2000. O PEPFAR informou que o uso de genéricos resultou em uma economia de recursos da ordem de 300 milhões de dólares ao longo de quatro anos.<sup>79</sup>

Medicamentos a preços acessíveis produzidos inicialmente na Índia foram fundamentais para a ampliação do acesso ao tratamento às pessoas com HIV para mais de 6 milhões nos países em desenvolvimento. Isso foi possível porque o país não reconheceu patentes para medicamentos até 2005. Mais de 80% das compras de ARVs feitas por doadores para uso nos países em desenvolvimento desde 2001 até 2008 foram produzidos na Índia. Adicionalmente, mais de 80% dos ARVs que MSF utiliza também são provenientes da Índia. No entanto, medicamentos mais novos são hoje patenteados na Índia, o que impede a concorrência. Isso inclui medicamentos mais robustos, que têm potencial para serem utilizados em esquemas de primeira linha, e medicamentos que podem ser usados como futuras opções para pessoas que estejam há muito tempo em tratamento.

O menor preço para o esquema de primeira linha recomendado pela OMS envolvendo TDF – em que o paciente toma apenas um comprimido de combinação por dia – custa 155 dólares por paciente por ano. O preço dos medicamentos para os esquemas de “segunda linha”, fundamentais quando o paciente falha no esquema de primeira linha, pode chegar a um valor de até três vezes mais alto que isso. Estima-se que em 2012 o número de pessoas que precisará de medicamentos para o esquema de 2ª linha chegará a duplicar, o que significa meio milhão de pessoas. Atualmente, opções de tratamento para as pessoas que entram em falência terapêutica pode chegar a mais de 3.200 dólares por ano.<sup>83</sup>

“*A disponibilidade de tratamentos a preços acessíveis significou, para os pacientes na África do Sul e para outras pessoas vivendo com HIV nos países em desenvolvimento, que a Aids não é uma sentença de morte automática.*”

Dr. Eric Goemaere, MSF, África do Sul



Apoiar políticas necessárias para conter o custo dos medicamentos é uma escolha política. Assegurar que medicamentos mais novos estejam acessíveis para as pessoas nos países em desenvolvimento depende que:

- Os países menos desenvolvidos utilizem o seu direito de não conceder patentes para medicamentos até 2016 e que membros da Organização Mundial do Comércio estendam esse prazo.
- Os países em desenvolvimento exercitem o seu direito de emitir licenças compulsórias para possibilitar a produção de versões genéricas a preços acessíveis, tal como foi feito na Tailândia e no Brasil em 2007. Por exemplo, no caso da Tailândia, foi possível uma redução em 75% do preço do medicamento lopinavir/ritonavir, enquanto no Brasil o governo pôde adquirir versões genéricas do efavirenz a cerca de um terço do preço praticado pela empresa detentora da patente.
- Os países em desenvolvimento adotem legislações de patentes que contemplem flexibilidades. A lei de patentes indiana prevê salvaguardas-chave de proteção da saúde pública, permitindo que o monopólio seja concedido apenas àqueles medicamentos que apresentem um benefício em face de outros já existentes – isso restringe a proteção de patentes frávolas. A lei também permite que qualquer parte interessada apresente oposição a uma patente antes ou depois de ela ser concedida (oposições prévias e nulidades), de modo que patentes imerecidas possam ser questionadas.
- Os países desenvolvidos parem de fazer pressão para a adoção de medidas que vão além do Acordo Trips em outros acordos de comércio, tais como as atuais demandas feitas pela União Europeia e os países da Associação Europeia de Livre Comércio por políticas “Trips-plus”. Tais demandas estão presentes em acordos de comércio com a Índia e vão afetar o acesso a medicamentos a preços mais baratos. Ao atacar a “farmácia do mundo em desenvolvimento”, tais políticas também afetam diretamente qualquer esforço dos governos doadores em financiar e estimular a ampliação do acesso ao tratamento.
- Todos os países parem de adotar medidas de *enforcement* em propriedade intelectual que limitem a produção, exportação, trânsito e importação de medicamentos genéricos.



© Rico Gustav APN

- As empresas farmacêuticas busquem métodos voluntários que atendam às necessidades das pessoas nos países em desenvolvimento para continuar a manter uma redução nos custos. O *Pool* de Patentes para Medicamentos é um novo mecanismo por meio do qual os detentores das patentes são solicitados a, em troca do pagamento de *royalties*, tornar suas patentes disponíveis de modo que empresas genéricas possam produzir versões a preços acessíveis. O *Pool* de Patentes facilitaria a produção de combinações em doses fixas, do tipo, por exemplo, três em um, que de outra maneira precisaria de extensas negociações com diferentes detentores de patentes. O *Pool* de Patentes recebeu a primeira licença em setembro de 2010 dos Institutos de Saúde dos Estados Unidos para o medicamento darunavir. No entanto, essa licença por si só não permite a produção do medicamento, pois outras patentes que cobrem o mesmo medicamento são de titularidade da Johnson & Johnson. Várias empresas estão atualmente em negociação com o *Pool* de Patentes, mas MSF faz um apelo para que todas as que detenham patentes para medicamentos de HIV coloquem-nas no *Pool* de Patentes.

#### 4. Apoio à pesquisa e desenvolvimento de novas tecnologias

As necessidades das pessoas que vivem nos países em desenvolvimento precisam ser sistematicamente levadas em consideração na pesquisa e desenvolvimento (P&D) na área médica para HIV/Aids. A melhora no cuidado em HIV/Aids vai requerer que os governos estimulem inovações para HIV que simplifiquem o tratamento por meio de medicamentos novos e mais bem tolerados, e que possam ser tomados com frequência menor. Também são fundamentais avanços no campo da inovação para que sejam desenvolvidos testes nas unidades de saúde, a fim de medir CD4 e carga viral, e testes de diagnóstico para TB que possam trazer resultados rapidamente.

Adicionalmente, os frutos da inovação em HIV/Aids precisam estar disponíveis a preços acessíveis às pessoas dos países em desenvolvimento. Conforme discutido na OMS e em outros fóruns, novas regras globais para P&D médica precisam ser exploradas e promovidas, incluindo modelos de inovação que desvinculem o custo da P&D do preço final dos produtos, assim como tratados de P&D globais.

Em março de 2011, quase 4 mil pessoas que vivem com HIV, câncer e outras doenças fizeram uma passeata em Nova Déli para protestar contra o impacto que o Tratado de Livre Comércio terá no acesso a medicamentos a preços mais baixos

# CONCLUSÃO

Há 10 anos os governos se comprometeram a garantir o acesso ao tratamento que salva vidas às pessoas que vivem com HIV/Aids. Esse compromisso precisa ser mantido, especialmente agora que sabemos que o tratamento do HIV não apenas salva vidas e reduz a chance de doença, como também pode reduzir consideravelmente outras infecções.

Após 10 anos de experiência em garantir o tratamento para HIV/Aids, MSF está encorajada pelo sucesso alcançado pela possibilidade de garantir acesso ao tratamento a uma das populações que vivem nas áreas mais remotas e onde pudemos testemunhar resultados tão bons quanto aqueles vistos nos países desenvolvidos. O tratamento tem sido simplificado para facilitar o ônus causado tanto em pacientes quanto em profissionais de saúde, e novas estratégias foram desenvolvidas para garantir cobertura a mais pessoas que precisam. Os benefícios da garantia do acesso precoce a melhores tratamentos, antes que as pessoas fiquem doentes, são agora amplamente conhecidos, e, além de salvar vidas, o efeito preventivo do tratamento dá ainda mais motivos para estimular a ampliação do tratamento agora.

Mas há um limite ao que pode ser feito com as atuais estratégias e ferramentas médicas. Ao olhar para os desafios para a próxima década, é necessária uma inovação agressiva para desenvolver cada vez mais estratégias de tratamento efetivas e mais simples, e melhores medicamentos e ferramentas, além de assegurar que tenham preços acessíveis o suficiente para estar ao alcance das pessoas que necessitarem.

A pesquisa que MSF realizou em 16 países evidencia que importantes progressos foram alcançados em muitos níveis, mas que também são muito voláteis. Muitas estratégias para dar cobertura a mais pessoas em tratamento ainda não estão sendo implementadas, muito embora tenham mostrado ser bem-sucedidas em múltiplos contextos.

Para que o trabalho de MSF e de outros se mantenha, é fundamental um contínuo compromisso político. Políticas que apoiem a ampliação do acesso ao melhor tratamento disponível para HIV/Aids precisam estar lado a lado de políticas que estimulem o desenvolvimento de medicamentos e ferramentas médicas que sejam adequadas às necessidades das pessoas que vivem com HIV/Aids nos países em desenvolvimento. Políticas que estimulem a produção de medicamentos a preços acessíveis devem prevalecer em face das agendas de tratados de comércio e outras regras que possam restringir o acesso a tais medicamentos. As políticas orientadas aos mecanismos de contínuo e suficiente financiamento devem ser implementadas para assegurar a disponibilidade adicional de recursos previsíveis para HIV/Aids e para a saúde global.

A epidemia de HIV/Aids já custou mais de 25 milhões de vidas ao longo dos últimos 30 anos. O mundo está em uma posição que pode interromper mais mortes, mas, hoje, apenas um terço das pessoas que precisam de tratamento tem acesso a ele. A decisão de ampliar o acesso ao tratamento que salva vidas é política, mas com consequências imensas para a vida humana. Apesar de a ampliação do acesso ao tratamento em nível global apresentar uma série de desafios, eles não são intransponíveis, e nós temos de rejeitar a desigualdade na oferta de cuidados e a complacência de fazer menos.

© Jean-Marc Giboux





Nondusimo tem HIV e tuberculose multirresistente.  
Ela trabalha como educadora em Khayelitsha, Cidade do Cabo, África do Sul

# ANEXOS

## RESULTADOS DO INQUÉRITO

Políticas nacionais	Camarões	República Centro-Africana	República Democrática do Congo	Etiópia	Guiné
Iniciação precoce da terapia antirretroviral (CD4 abaixo de 350 e estágio III e IV)?	Sim	Sim	Pendente <sup>1</sup>	Não	Sim
Medicamentos melhor tolerados (TDF nos esquemas de primeira linha)?	Sim	Não <sup>3</sup>	Não <sup>3</sup>	Sim	Não <sup>3</sup>
O protocolo de PTV está de acordo com as recomendações da OMS – Opção A, B ou B+?	Sim (A)	Sim (A)	Pendente (A) <sup>1</sup>	Não	Pendente (B) <sup>1</sup>
Que percentagem das unidades públicas de saúde fornece terapia antirretroviral de acordo com as últimas informações?	31%	13%	46.4%	59%	8%
A integração de TB/HIV é um alvo das políticas?	Parcial	Parcial	Sim	Parcial	Parcial
A política do governo apoia a integração de HIV e serviços de saúde materna?	Sim	Sim	Parcial	Sim	Parcial
A política do governo apoia que enfermeiras ou profissionais não médicos comecem a tratar pacientes em terapia antirretroviral e a fazer o acompanhamento (AC)?	Não	Apenas AC	Apenas AC	Sim	Apenas AC
Há transferência de tarefas do teste de HIV e do aconselhamento para profissionais de saúde?	Sim	Sim	Não	Sim	Não
Qual a percentagem das pessoas que necessitam receber terapia antirretroviral (de acordo com as recomendações da OMS de CD4 abaixo de 350)?	35%	30%	17%	52.5%	40% <sup>6</sup>
Endemicidade (Elevada, generalizada ou baixa)	Gen	Gen	Gen	Gen	Gen

### LEGENDA

(A) Opção profilaxia A: A mãe recebe diariamente o AZT a partir da 14<sup>a</sup> semana de gravidez, uma dose única de NVP no início do trabalho de parto, AZT + 3TC durante o trabalho de parto, AZT + 3TC por sete dias para proteção. As crianças recebem uma dose única de NVP ao nascimento e então uma dose diária de NVP do nascimento até uma semana depois do final de toda a exposição ao leite materno. Crianças que não mamam recebem uma dose única de NVP ao nascimento e então uma dose diária de NVP ou AZT até a quarta ou sexta semana de idade.

(B) Opção profilaxia B: A mãe recebe terapia antirretroviral tripla a partir da 14<sup>a</sup> semana de gravidez até uma semana depois do final da amamentação. A criança recebe administração diária de AZT ou NVP do nascimento até a quarta ou sexta semana de idade.

(B+) Opção B+: Todas as grávidas soropositivas recebem terapia antirretroviral por toda a vida. A criança recebe o mesmo que na opção anterior. Parcial: é uma política, mas não é implementada sistematicamente.

1 Orientações ainda não implementadas

2 Apenas para coinfectados por TB/HIV, mulheres grávidas e pacientes com efeitos adversos graves

Índia	Kenya	Lesotho	Malawi	Mozambique	Myanmar	South Africa	Swaziland	Uganda	Zambia	Zimbabwe
Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Pendente <sup>1</sup>	Não	Sim	Não	Sim	Sim
Não <sup>3</sup>	Sim	Sim	Não <sup>2</sup>	Não <sup>3</sup>	Pendente <sup>1</sup>	Sim	Sim	Não <sup>3</sup>	Sim	Não <sup>2</sup>
Sim <sup>3</sup> (A)	Sim (A)	Sim (A)	Sim (B+)	Sim (A)	Pendente (A) <sup>1</sup>	Sim (A)	Sim (A)	Sim (A)	Sim (A)	Sim (A)
<sup>5</sup>	14%	69%	55%	18%	9.4% <sup>4</sup>	44%	31%	7.4%	29%	21.4%
Parcial	Sim	Sim	Sim	Sim	Parcial	Parcial	Parcial	Parcial	Sim	Parcial
Parcial	Sim	Parcial	Sim	Sim	Sim	Sim	Parcial	Parcial	Sim	Parcial
Apenas AC	Apenas AC	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	CO	CO	CO
Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Parcial
39%	52%	48% <sup>6</sup>	46% <sup>6</sup>	32%	25%	37% <sup>6</sup>	70%	44%	68%	43%
Baixa	Gen	Elevada	Gen	Gen	Baixa	Elevada	Elevada	Gen	Gen	Gen

Apenas AC: Início da terapia antirretroviral realizado apenas por médicos especializados. As enfermeiras fazem acompanhamento (AC)

CG: Início da terapia antirretroviral realizado apenas por médicos especializados ou clínicos gerais. As enfermeiras fazem acompanhamento.

3 Usando AZT

4 Myanmar: 30 locais para 320 cidades (o que representa 9,4%)

5 A Índia tem 293 centros de terapia antirretroviral e mais de 300 centros "periféricos", onde o tratamento é acompanhado, mas não iniciado.

6 Da OMS: "Cobertura estimada de terapia antirretroviral baseada nas orientações de 2010 da OMS, 2009."

Gen = País com epidemia generalizada: onde a prevalência de HIV entre adultos é entre 1-15% e o HIV é "firmemente estabelecido na população geral".

Baixa = País com epidemia em níveis baixos: a taxa de prevalência de HIV entre adultos é abaixo de 1%.

Elevada = Países muito endêmicos: a prevalência entre adultos é acima de 15%.

# IMPLEMENTANDO AS POLÍTICAS CERTAS

Países em desenvolvimento	Doadores e países desenvolvidos	Empresas farmacêuticas
<b>ALVOS DE TRATAMENTO</b>		
Apoiar metas ambiciosas de cobertura de tratamento para fornecer tratamento para 13-15 milhões de pessoas até 2015.		
<b>ORIENTAÇÕES PARA O TRATAMENTO</b>		
Implementar as recomendações da OMS e estratégias ideais de tratamento.	Apoiar a implementação das recomendações da OMS e estratégias ideais de tratamento.	
<b>FINANCIAMENTO</b>		
Alocar fundos adequados para a saúde, incluindo programas de HIV/Aids, e explorar mecanismos inovadores e adicionais de financiamento.	Financiar totalmente o Fundo Global e programas bilaterais de HIV e explorar mecanismos inovadores e adicionais de financiamento.	
<b>ACESSO A MEDICAMENTOS</b>		
<p>Usar as flexibilidades incluídas no Acordo Trips, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O direito de que países menos desenvolvidos não concedam patentes para medicamentos até 2016; propor uma extensão para além de 2016 na OMC.</li> <li>• O uso da licença compulsória e outros mecanismos para superar barreiras ao acesso impostas por patentes.</li> <li>• Elaborar leis de patente que sejam favoráveis ao acesso a medicamentos, incluindo critérios estritos de patenteabilidade e possibilidade de oposições, antes e após a concessão.</li> </ul>	<p>Respeitar o uso das flexibilidades do Trips por parte dos países em desenvolvimento e se abster de ameaçar com sanções comerciais os países que usam flexibilidades em prol da saúde pública.</p> <p>Avaliar a natureza e o conteúdo da assistência técnica oferecida a países em desenvolvimento em assuntos de propriedade intelectual.</p> <p>Parar de impor medidas Trips-plus (inclusive exclusividade de dados, linkagem de patentes e extensões de patentes) em países em desenvolvimento.</p>	<p>Respeitar o direito dos países em desenvolvimento de usar as flexibilidades do Trips.</p> <p>Parar de exercer pressão legal, econômica e política contra países que usam flexibilidades em prol da saúde pública.</p>
Revisar a “decisão de 30 de agosto”, lançada pela OMC em 2003, para garantir uma solução rápida para países sem capacidade de produção local.		
	Implementar estratégias para garantir acesso a preços acessíveis de medicamentos patenteados para pacientes que vivem em países em desenvolvimento. Licenciar direitos de propriedade intelectual relevantes para o <i>Pool</i> de Patentes de medicamentos.	
Parar de introduzir medidas de reforço de propriedade intelectual que limitem a produção, a exportação, o trânsito e a importação de medicamentos genéricos.		
<b>PESQUISA E DESENVOLVIMENTO</b>		
Apoiar a criação de normas globais de pesquisa e desenvolvimento (P&D) voltadas para a saúde pública, incluindo o estabelecimento de mecanismos de incentivo que garantam o acesso, separando (de-linking) os custos de P&D do preço final dos produtos, e a exploração de um tratado para a P&D biomédica.		

# VOCÊ SABIA?

Barreiras de propriedade intelectual para ARVs-chave  
Os efeitos do Acordo Trips estão ficando aparentes

PRIMEIRA LINHA	PAÍSES ONDE HÁ POSSIBILIDADE DE QUE O PRODUTO SEJA PATENTEADO <sup>1</sup>
Rilpiverina (TMC 278) (Em desenvolvimento)	África do Sul, Benin, Botsuana, Burkina Faso, Camarões, Chade, China, Congo, Costa do Marfim, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné Bissau, Guiné Equatorial, Índia, Lesoto, Malawi, Mali, Mauritânia, México, Moçambique, Namíbia, Níger, Quênia, República Centro-Africana, Senegal, Serra Leoa, Somália, Suazilândia, Sudão, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia, Zimbábue.  Patentes pendentes na Argentina, Brasil, Chile, Egito, Filipinas, Jordânia, Malásia, Panamá, Vietnã.
FALÊNCIA TERAPÊUTICA	
Raltegravir (RAL)	África do Sul, Colômbia, Filipinas, Índia, México, Ucrânia, Uzbequistão, Vietnã.  Patentes pendentes na Argentina, Brasil, Chile, China, Malásia, Nicarágua, Tailândia.
Entravirina (ETV)	África do Sul, Argentina, Armênia, Azerbaidjão, Benin, Bielo-Rússia, Botsuana, Burkina Faso, Camarões, Cazaquistão, Chade, Chile, China, Congo, Costa do Marfim, Filipinas, Botsuana, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné Bissau, Guiné Equatorial, Índia, Lesoto, Malawi, Malásia, Mali, Mauritânia, México, Moçambique, Moldova, Namíbia, Níger, Quênia, Quirguistão, República Centro-Africana, Rússia, Senegal, Serra Leoa, Somália, Suazilândia, Sudão, Tanzânia, Togo, Tadjiquistão, Turcomenistão, Ucrânia, Uganda, Vietnã, Zâmbia, Zimbábue.  Patentes pendentes no Brasil e na Indonésia.

<sup>1</sup> As informações são referentes aos dados disponibilizados no "Status de patentes de medicamentos de HIV selecionados", fornecidos pelo Pool de Patentes de medicamentos em 30 de abril de 2011. As informações sobre patentes talvez estejam sujeitas a mudanças, e a confirmação com autoridades do setor é altamente recomendada. "Patentes pendentes" indicam que um pedido de patente foi feito e está aguardando decisão do escritório de patente sobre se vai haver concessão ou não.

O Pool de Patentes de medicamentos	
Detentor da patente	Status das negociações
Abbott Laboratories	Não está em negociações atualmente
Boehringer Ingelheim	Não está em negociações atualmente
Bristol-Myers Squibb	Não está em negociações atualmente
F. Hoffman-La Roche	Em preparação para negociações
Gilead Sciences	Em negociações
Merck & Co.	Não está em negociações atualmente
Sequoia Pharmaceuticals	Em negociações
Tibotec/Johnson & Johnson	Não está em negociações atualmente
US National Institutes of Health	Primeira licença emitida/em negociações
ViiV Healthcare	Em negociações

“*No momento, os medicamentos utilizados para esquemas de segunda linha para Aids são muito mais caros que os esquemas de primeira linha... Estamos falando de cerca de três vezes mais caros, e já estamos encontrando pacientes em nossos ambulatórios que se tornaram resistentes aos medicamentos que hoje estão disponíveis a preços acessíveis. Voltamos a uma situação em que temos de dizer para algumas pessoas: 'veja, há medicamentos no setor privado ou em países ricos que poderiam ser utilizados por você, mas nós não podemos pagar por eles'.*”

Dr. Gilles Van Cutsem, MSF, África do Sul

# REFERENCES

- <sup>1</sup> Kates J, et al. Financing the response to AIDS in low – and middle – income countries: International Assistance from the G8, European Commission and Other Donor Governments in 2009.
- <sup>2</sup> Relatório do secretário-geral. Implementação da declaração de comprometimento em HIV/Aids e a declaração política de HIV/Aids. Nações Unidas, 65a sessão, Item 10, 28 mar. 2011.
- <sup>3</sup> Sociedade civil no Conselho de Coordenação do Programa da Unaid. Declaração de “Esboço inicial” da sociedade civil, 14 abr. 2011. Disponível em: <http://unaidspcbngo.org/?p=13004>. Acesso em: 3 maio 2011
- <sup>4</sup> Unaid. Relatório da Unaid sobre a epidemia global de Aids de 2010; 2010. Disponível em: [http://www.unaid.org/globalreport/Global\\_report.htm](http://www.unaid.org/globalreport/Global_report.htm).
- <sup>5</sup> Mwangombi B, Zachariah R, Massaquoi M, Misindi D, Manzi M, et al. Mortality reduction associated with HIV/AIDS care and antiretroviral treatment in rural Malawi: Evidence from registers, coffin sales and funerals. *PLoS ONE* 2010;5(5):e10452.
- <sup>6</sup> Lawn, et al. Antiretroviral therapy and the control of HIV-associated tuberculosis. Will ART do it? *Int J Tuberc Lung Dis.* 15(5):571-81. DOI: 10.5588/ijtld.10.0483.
- <sup>7</sup> Zachariah R, Bemelmans M, Akesson A, Gomani P, Phiri K, Isake B, et al. Reduced tuberculosis case notification associated with scaling-up antiretroviral treatment in rural Malawi. *IJTLD* 2011.
- <sup>8</sup> Mermin J, et al. Mortality in HIV-infected Ugandan adults receiving antiretroviral treatment and survival of their HIV-uninfected children: A prospective cohort study. *Lancet* 2008;371:752-9.
- <sup>9</sup> Donnell D, Baeten JM, Kiarie J, et al. Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: A prospective cohort analysis. *The Lancet* 2010;375(9731):2092-8.
- <sup>10</sup> Unaid. Estratégia 2011-2015: Chegando a zero; 2010.
- <sup>11</sup> Hargrove J, Humphrey J, para o grupo de estudo ZVITAMBO. Mortality among HIV-positive postpartum women with high CD4 cell counts in Zimbabwe. *AIDS* 28 jan. 2010, v. 24, assunto 3, p. F11-F14. DOI: 10.1097/QAD.
- <sup>12</sup> OMS, Unicef, UNFPA e o Grupo Interagencial de Estimativa de Mortalidade Materna do Banco Mundial. Mortalidade materna 1990-2008: Lesoto.
- <sup>13</sup> Anema, et al. Estimating the impact of expanded access to antiretroviral therapy on maternal, paternal and double orphans in sub-Saharan Africa, 2009-2020. *AIDS Research and Therapy* 2011;8:13.
- <sup>14</sup> Rosen S, Larson B, Brennan A, Long L, Fox M, et al. Economic outcomes of patients receiving antiretroviral therapy for HIV/AIDS in South Africa are sustained through three years on treatment. *PLoS ONE* 2010;5(9):e12731. DOI: 10.1371/journal.pone.0012731.
- <sup>15</sup> Ventelou B, et al. Estimates of alternative scenarios of scaling-up of ART treatment in an agent-based micro-simulation model. Amsterdã: IAEN; dez. 2009.
- <sup>16</sup> Walensky RP, Wood R, Ciaranello AL, Paltiel AD, Lorenzana SB, et al. Scaling up the 2010 World Health Organization HIV Treatment Guidelines in resource-limited settings: A model-based analysis. *PLoS Med* 2010;7(12):e1000382.
- <sup>17</sup> Ventelou B, et al. Estimates of alternative scenarios of scaling-up of ART treatment in an agent-based micro-simulation model. Amsterdã: IAEN; dez. 2009.
- <sup>18</sup> Osler, et al. Can resources allocated to HIV/AIDS strengthen the health system? Evidence from the Western Cape ART programme. Quinta Conferência IAS sobre Patogênese e Tratamento de Aids. 2009. N. MOPE064.
- <sup>19</sup> Centro internacional para cuidados de Aids e programas de tratamento. Aproveitando a ampliação do tratamento de HIV para fortalecer os sistemas de saúde na África: relatório da conferência Bellagio de 2008. Ver também: Cohen R. *J Intl AIDS Soc.* 2009.
- <sup>20</sup> Bemelmans M, Likaka A, Akesson A, Diggle E, Namate D, Hermann K, et al. Health system strengthening through HIV/AIDS-programming in Thyolo District, Malawi. Pôster do Encontro Social Internacional de Aids 2011 (aceito).
- <sup>21</sup> Van den Akker T, Bemelmans M, Diggle E, Scheffer S, Akesson A, Jemu N, et al. Constructive integration: Changes in uptake and outcomes of general reproductive health services during the scaling up of ART and PMTCT in Thyolo district, Malawi. Pôster do Encontro Social Internacional de Aids 2011 (aceito).
- <sup>22</sup> Van den Akker T, Radge G, Mateyu A, Mwangombi B, Bemelmans M, Reid T. Can non-monetary incentives increase health facility deliveries? The experience in Thyolo District, Malawi. *International Health* (2011). 2010. DOI: 10.1016/j.inhe.2010.11.001.
- <sup>23</sup> Departamento de Saúde. Sinalização nacional antenatal: pesquisa sobre a prevalência de Aids e sífilis na África do Sul, 2009.
- <sup>24</sup> Ibid.
- <sup>25</sup> Os medicamentos antirretrovirais (ARV) foram primeiramente descobertos como efetivos para tratar pessoas que vivem com HIV/Aids (PLWHAs) e, depois, para reduzir a transmissão do vírus da mãe para o filho (Garcia, et al. *N Engl J Med.* 1999). Estudos mostraram que a carga viral é o principal preditor de transmissão de HIV (Quinn, et al. *N Engl J Med.* 2000) e que o tratamento pode reduzir o risco de transmissão heterossexual em 92% (Donnell, et al. *Lancet* 2010). Em Taiwan, uma redução de 53% nas taxas de novas infecções se verificou após a ampliação de tratamento antirretroviral (Fang, et al. *Infect Dis.* 2004), e, mais recentemente, um estudo mostrou uma forte associação entre o aumento da cobertura da terapia antirretroviral, a diminuição da carga viral e a diminuição de novos diagnósticos de HIV por ano entre usuários de drogas injetáveis em Vancouver, British Columbia (Montaner, et al. *Lancet* 2010).
- <sup>26</sup> Ford N, et al. Early initiation of antiretroviral therapy and associated reduction in mortality, morbidity and defaulting in a nurse-managed, community cohort in Lesotho. *AIDS* 2010;24:2645-50.
- <sup>27</sup> Nachega J, Trota M, Nelson M, et al. Impact of metabolic complications on antiretroviral treatment adherence: Clinical and public health implications. *Relatórios atuais de HIV/AIDS* 2009;6:121-9.
- <sup>28</sup> Bygrave H, et al. Implementing a tenofovir-based first-line regimen in rural Lesotho: Clinical outcomes and toxicities after two years. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2011;56:e75-8.
- <sup>29</sup> Bender, et al. Cost-effectiveness of tenofovir as first-line antiretroviral therapy in India. *Clinical Infectious Disease* 2010 Feb 1;50(3):416-2.



- <sup>30</sup> Médecins Sans Frontières – Médicos Sem Fronteiras. Untangling the web of price reductions. 14th ed. Campanha de Acesso a Medicamentos Essenciais. Próxima publicação, jul. 2011.
- <sup>31</sup> Parienti, et al. Better adherence with once-daily antiretroviral regimens: a meta-analysis. *Clinical Infectious Diseases* 2009 Feb 15;48(4):484-8.
- <sup>32</sup> Airoidi M, Zaccarelli M, Bisi L, Bini T, Antinori A, Mussini C, et al. One-pill once-a-day HAART: a simplification strategy that improves adherence and quality of life of HIV-infected subjects. *Patient Prefer Adherence*. 2010 May 13;4:115-25.
- <sup>33</sup> Unaids. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/>. Acesso em: 17 abr. 2011.
- <sup>34</sup> Unaids. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/>. Acesso em: 17 abr. 2011.
- <sup>35</sup> Cohen R, Lynch S, Bygrave H, et al. Two-year antiretroviral treatment outcomes from a nurse-driven, community-supported HIV/AIDS treatment programme in rural Lesotho. *J Intl AIDS Soc*. 2009;12(1):23.
- <sup>36</sup> Bedelu M, Ford N, Hilderbrand K, Reuter H. Implementing antiretroviral therapy in rural communities: The Lusikisiki model of decentralized HIV/AIDS care. *J Infect Dis*. 2007;196(Supp 3):S464-8.
- <sup>37</sup> Zachariah, et al. Acceptance of anti-retroviral therapy among patients infected with HIV and tuberculosis in rural Malawi is low and associated with cost of transport. *PLoS ONE* 2006;1:e121.
- <sup>38</sup> Bedelu M, Ford N, Hilderbrand K, Reuter H. Implementing antiretroviral therapy in rural communities: The Lusikisiki model of decentralized HIV/AIDS care. *J Infect Dis*. 2007 Dec 1;196(Supp 3):S464-8.
- <sup>39</sup> Fatti G, Grimwood A, Bock P. Better antiretroviral therapy outcomes at primary healthcare facilities: An evaluation of three tiers of ART services in four South African provinces. *PLoS ONE* 2010 Sep 21;5(9):e1288.
- <sup>40</sup> JMassaquoi M, Zachariah R, Manzi M, Pasulani O, Misindi D, Mwagomba B, et al. Patient retention and attrition on antiretroviral treatment at district level in rural Malawi. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 2009;103:594-600.
- <sup>41</sup> Jaffar S, Amuron B, Foster S, et al. Rates of virological failure in patients treated in a home-based versus a facility-based HIV-care model in Jinja, southeast Uganda: A cluster-randomised equivalence trial. *Lancet* 2009;374:2080-9.
- <sup>42</sup> Wools-Kaloustian K. A model for extending antiretroviral care beyond the rural health centre. *JIAS* 2009;12:22.
- <sup>43</sup> Mukhuna B, Khonde L, Burgi A, Huckabee M, Heinzelmann A, Elsheit K, et al. Utilizing non-medical staff for ART dispensing visits: Task shifting in a human resource limited setting. Viena: IAC; 2010.
- <sup>44</sup> Sobry A, Bholu AK, Casavant I, Samo Gudo C, Benigna M, Matsinhe P, et al. Evaluation of Fluxo Rapido, a simplified service provision scheme for stable patients in a decentralized HIV/AIDS care setting in Chamanculo Health Area, Mozambique. Viena: IAC; 2010.
- <sup>45</sup> Ivers, et al. Efficacy of antiretroviral therapy programs in resource-poor settings: A meta-analysis of the published literature. *HIV/AIDS CID* 2005;41:217; reference ARTLINC (Egger, et al.). Multicentre trial HAART; Mortality of HIV-1-infected patients in the first year of antiretroviral therapy: Comparison between low-income and high-income countries. *Lancet* 2006 Mar 11;367(9513):817-24; reference ARTLINC. Long-term effectiveness of potent antiretroviral therapy in preventing AIDS and death: A prospective cohort study. *Lancet* 2005 Jul 5;366(9483):378-84; reference Zachariah, et al. Payment for antiretroviral drugs is associated with a higher rate of patients lost to follow-up than those offered free-of-charge therapy in Nairobi, Kenya. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.* 2008;102(3):288-93.
- <sup>46</sup> Desclaux A, et al. L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antiretroviraux: analyses économiques, sociales, comportementales et médicales. Senegal: ANRS; out. 2002.
- <sup>47</sup> Kumarasamy N, et al. Reasons for modification of generic highly active antiretroviral therapeutic regimens among patients in southern India. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2006 Jan 1;41(1):53-8; reference Laurent et al. HAART patients in Douala, Cameroun. *CID* 2005;41:108-11.
- <sup>48</sup> No Quênia, o Ministério da Saúde planeja dobrar, até 2013, a cobertura das unidades de saúde para 30% das unidades existentes que oferecem terapia antirretroviral. Entretanto, uma das principais barreiras é que a transferência de tarefas da terapia antirretroviral para enfermeiras ainda não foi implementada e enfrenta resistência.
- <sup>49</sup> No nível nacional, o Zimbábue ainda está nas etapas iniciais do processo de descentralização: Apenas 8% das suas 1.479 unidades de saúde podem colocar os pacientes em terapia antirretroviral, e cerca de 20% oferecem serviços de acompanhamento, como recarga de medicamentos, para pacientes que já estão em terapia antirretroviral. Como no Quênia, uma grande barreira é o fato de as enfermeiras não poderem iniciar a terapia antirretroviral.
- <sup>50</sup> Na Guiné, MSF apoia cerca de 30% dos grupos que estão em terapia antirretroviral. No nível nacional, menos de 8% (35/454) de todas as unidades de saúde públicas oferecem terapia antirretroviral, devido ao lento processo de descentralização. O maior gargalo é que ainda há uma forte abordagem baseada em médicos com qualificação, o que significa que iniciar um paciente na terapia antirretroviral é algo que só pode ser feito por um médico com pós-graduação, e o acompanhamento só pode ser feito por uma enfermeira com supervisão do médico qualificado.
- <sup>51</sup> Componentes do cuidado de TB incluem: diagnóstico de TB, cuidados de prevenção e tratamento envolvendo acesso sistemático ao fornecimento de teste de HIV e aconselhamento, além de terapia antirretroviral antecipada para pacientes coinfectados por TB; descoberta intensificada de casos de TB (ICF, na sigla em inglês) e terapia preventiva isoniazida (IPT, na sigla em inglês) para pacientes com HIV; medidas de controle de infecção de TB em unidades de saúde e no nível doméstico.
- <sup>52</sup> Brown C, Kerschberger B, Boule A, Coetzee D, Post F, Azevedo V, et al. TB & HIV service integration within a South African primary health care setting reduces the time to ART initiation, facilitates coordinated care, and improves case note recording without negatively impacting TB outcomes. Boston: CROI; 2011. [FIX format].
- <sup>53</sup> MSF-Suíça. Lutando contra uma epidemia dual: tratando TB em um ambiente de alta prevalência de HIV na Suazilândia rural. jan. 2008-jun. 2010.
- <sup>54</sup> Organização Mundial de Saúde. Pare a associação com TB. Plano global para interromper a TB 2006-2015. Genebra, Suíça: OMS. Disponível em: <http://www.stoptb.org/global/plan/>. Acesso em: maio 2011.
- <sup>55</sup> Sanne I, et al. Nurse versus doctor management of HIV-infected patients receiving antiretroviral therapy (CIPRA-SA): A randomised non-inferiority trial. *Lancet* 2010;376(9734):33-40.

- <sup>56</sup> McGuire M, et al. Task-shifting of HIV care and ART initiation: Three year evaluation of a mixed-care provider model for ART delivery. Resumo para IAS 2011.
- <sup>57</sup> Bemelmans M, van den Akker T, Ford N, Philips M, Zachariah R, Harries A, et al. Providing universal access to antiretroviral therapy in Thyolo, Malawi through task shifting and decentralization of HIV/AIDS care. *Tropical Medicine & International Health* 2010;15(12):1413-20.
- <sup>58</sup> Cohen R, Lynch S, Bygrave H, et al. Two-year antiretroviral treatment outcomes from a nurse-driven, community-supported HIV/AIDS treatment programme in rural Lesotho. *J Intl AIDS Soc.* 2009;12(1):23.
- <sup>59</sup> Ouça um membro de um grupo comunitário de ARV explicando como funciona. Disponível em: <http://aids2010.msf.org/2010/a-new-model-for-decentralized-care-in-mozambique/>.
- <sup>60</sup> Decroo T, et al. Distribution of antiretroviral treatment through self-forming groups of patients in Tete province, Mozambique. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2011;56:e39-44.
- <sup>61</sup> McGuire M, Pedrono G, Mukhua B, Huckabee M, Heinzelmann A, Szumilin E, et al. Optimizing patient monitoring after the first year of ART: Three years of implementing 6-monthly clinical appointments in rural Malawi. Resumo para IAS 2011.
- <sup>62</sup> Pinheiro E, Vasan A, Kim JY, et al. Examining the production costs of antiretroviral drugs. *AIDS* 2006;20:1745-52.
- <sup>63</sup> Ripin D. Clinton health access initiative. Entrevista por e-mail. 28 abr. 2011. O preço do medicamento poderia ser reduzido para 21 dólares por paciente/ano, o que significa uma economia de 231 milhões de dólares se 11 milhões de pessoas estiverem em tratamento com esquemas de primeira linha em 2015.
- <sup>64</sup> Verloes R, van't Klooster G, Baert L, et al. TMC278 long acting – a parenteral nanosuspension formulation that provides sustained clinically relevant plasma concentrations in HIV-negative volunteers. Resumo TUPE0042, apresentado na XVII Conferência Internacional de AIDS, Cidade do México, México, 3-8 ago. 2008.
- <sup>65</sup> J Eron, P Kumar, A Lazzarin, et al. DTG in subjects with HIV exhibiting RAL Resistance: functional monotherapy results of VIKING Study Cohort II. XVIII Conferência sobre Retrovírus e Infecções Oportunistas (CROI 2011). Boston, 27 fev.-2 mar. 2011. Abstract 151LB.
- <sup>66</sup> A equipe do Projeto de Busca por Opções para Tratamento Tardio II (Plato II) para a Colaboração de Pesquisa Epidemiológica Observacional de HIV Europeia (CoHERE). Risk of triple-class virological failure in children with HIV: a retrospective cohort study. *Lancet* 2011 Apr 20. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60208-0.
- <sup>67</sup> Testes incluem Pima, Pointcare NOW e Partec CD4 miniPOC; dispositivos menores incluem Daktari, mBio; e os testes rápidos incluem Zyomyx, Burnet.
- <sup>68</sup> Testes disponíveis em 2012 incluem Alere, Liat; testes disponíveis a partir de 2013 incluem SAMBA, NW Uni VL, Wave 80, GeneXpert VL, Micronics, ALL, Biohelix.
- <sup>69</sup> Kerschberger B, Boule A, Hilderbrand K, Coetzee D, Goemaere E, Van Cutsem G. Viral load at 3 months associated with better virologic outcomes than at 6 months. Khayelitsha, África do Sul.
- <sup>70</sup> Kates J, Boortz K, Lief E, Avila C, Gobet B. Financing the response to AIDS in low – and middle – income countries: International Assistance from the G8, European Commission and Other Donor Governments in 2009 [Internet]. Kaiser Family Foundation; 2010 [citado em 3 abr. 2011]. Disponível em: <http://www.kff.org/hivaids/upload/7347-06.pdf>.
- <sup>71</sup> Kates J et al. Financing the response to AIDS in low – and middle – income countries: International Assistance from the G8, European Commission and Other Donor Governments in 2009.
- <sup>72</sup> Hecht R, Stover J, et al. Financing of HIV/AIDS programme scale-up in low-income and middle-income countries, 2009 – 31; *Lancet*, 2010 Oct 9;376(9748):1254-60. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61255-X.
- <sup>73</sup> Carta do CDC para os parceiros de implementação de terapia antirretroviral da PEPFAR, selo recebida datada de 29 de outubro de 2009.
- <sup>74</sup> Geng EH, Bwana MB, Kabakyenga J, Muyindike W, Emenyonu NI, et al. Diminishing availability of publicly funded slots for antiretroviral initiation among HIV-infected ART-eligible patients in Uganda. *PLoS ONE* 2010;5(11):e14098. DOI: 10.1371/journal.pone.0014098.
- <sup>75</sup> Health-E. PEPFAR makes U-turn in Uganda. Disponível em: [http://www.health-e.org.za/news/easy\\_print.php?uid=20032883](http://www.health-e.org.za/news/easy_print.php?uid=20032883). Acesso em: 4 ago. 2010.
- <sup>76</sup> Ibid Revisão Anual.
- <sup>77</sup> Revisão Anual PNLS, 2011.
- <sup>78</sup> Nações Unidas. Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas de 2006: A/RES/60/262. Genebra: Nações Unidas; 2006.
- <sup>79</sup> Id. UnAids, 2010.
- <sup>80</sup> Holmes C, Coggin W, Jamieson D, et al. Use of generic antiretroviral agents and cost savings in PEPFAR treatment programs. *JAMA* 2010;304(3):313-20. DOI: 10.1001/jama.2010.993.
- <sup>81</sup> Waning B, Diedrichsen E, Moon S. A lifeline to treatment: the role of Indian generic manufacturers in supplying antiretroviral medicines to developing, *Journal of the International AIDS Society* 2010;13:35.
- <sup>82</sup> SCMS apresentação para o Encontro Anual de Parceiros e Interessados da AMDS de 2011, Genebra, Suíça, 28-29 mar. 2011.
- <sup>83</sup> John Stover, apresentação na OMS & UnAids, previsão de ARVs 2011-2012.
- <sup>84</sup> Médecins Sans Frontières – Médicos Sem Fronteiras. Untangling the web of antiretroviral price reductions. 13th ed.– Campanha de Acesso a Medicamentos Essenciais, jul. 2010.
- <sup>85</sup> Cite WHA 61.21 and CEWG.





Monica Juma recebe tratamento para HIV na clínica de MSF em Mathare, Quênia. Ela também sobreviveu ao árduo tratamento para tuberculose multirresistente.

CAMPANHA DE	
<b>ACESSO</b>	
A	
<b>MEDICAMENTOS ESSENCIAIS</b>	

Endereço MSF-Brasil:  
Rua Santa Luzia, 651/11º andar  
Centro - Rio de Janeiro - RJ  
CEP 20030-041 - Brasil  
Telefone: (21) 3527-3636

[www.msfaccess.org](http://www.msfaccess.org)  
[twitter.com/MSF\\_access](https://twitter.com/MSF_access)  
[www.facebook.com/MSFaccess](https://www.facebook.com/MSFaccess)