



Para que a nova política de tratamento para AIDS seja sustentável: velhos e novos desafios

No último dia 1º de dezembro, Dia Mundial de Luta Contra a AIDS, o Ministério da Saúde anunciou novas medidas de enfrentamento da epidemia, que são parte do novo Protocolo Clínico de Tratamento de Adultos com HIV e AIDS. Entre as novas medidas está a ampliação do tratamento com antirretrovirais na rede pública para todos os adultos com o HIV, independentemente da contagem das células de defesa do organismo - CD4. De acordo com a diretriz anterior, apenas pacientes com menos de 500 CD4 por milímetro cúbico de sangue eram elegíveis ao tratamento. As novas diretrizes estão alinhadas com as novas diretrizes internacionais de tratamento recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e com estudos científicos que mostram que o uso antecipado de antirretrovirais reduz em 96% a taxa de transmissão do HIV. No entanto, a resposta ao HIV/Aids não é meramente científica, mas também social e política. É preciso enfrentar os graves retrocessos sociais e políticos da resposta a epidemia no país, que se caracterizam não só por desafios antigos como os aprofundam frente ao contexto de novos desafios.

Estima-se que pelo menos 718 mil pessoas vivam com HIV no Brasil, entre as quais 150 mil não sabem que estão com o vírus. O desconhecimento sobre a própria infecção é bastante grave e o início tardio do tratamento faz com que muitas pessoas morram no primeiro ano após o diagnóstico. Mortes que poderiam ser evitadas se as pessoas fossem diagnosticadas oportunamente e se o tratamento fosse iniciado mais cedo, acompanhado sempre de acolhimento pelos serviços de saúde.

O avanço científico não pode cegar os desafios políticos e sociais da epidemia de HIV

A política “testar e tratar”, que objetiva a ampliação de acesso a diagnóstico e tratamento, é bem-vinda. No entanto, algumas preocupações devem ser levadas em consideração para que sua implementação seja feita de forma a garantir os direitos humanos, e não a promover sua violação. Vale lembrar que uma política baseada nos direitos humanos e com constante participação da sociedade civil em todas as fases de elaboração e implementação é o que fez com que o programa brasileiro de combate à Aids fosse visto, no passado, como uma política de sucesso em todo o mundo. Sem isso, os retrocessos que já começam a aparecer poderão colocar todo o sucesso obtido em risco.

As iniciativas governamentais de testagem do HIV ainda excluem os grupos mais atingidos pela epidemia, que seguem sem acesso ao teste. Muitos têm receio de realizar o teste com medo do preconceito que muitas vezes ainda acompanha o diagnóstico. O fechamento de vários centros de referência de atenção à pessoa com HIV/AIDS, obrigando-a a buscar atendimento no serviço de saúde mais próximo ao seu domicílio, bem como as recentes censuras de campanhas e materiais de prevenção são um grave sinal de que o governo está retrocedendo no combate ao preconceito e ao estigma social relacionado à Aids. O **combate ao preconceito** é central na luta contra a Aids; essa é uma lição que não pode se perder.



A ampliação da oferta de teste de diagnóstico deve ser feita dentro de parâmetros éticos, sociais e cientificamente estabelecidos, que prevê aconselhamento pré e pós testagem, e sempre de forma **voluntária e com total sigilo e privacidade**. Assim, iniciativas como testagem em megaeventos e disponibilidade de teste de baixo custo em farmácias são preocupantes, na medida em que não são acompanhadas por uma equipe de saúde interdisciplinar e treinada para o caso de um teste com resultado positivo. Ademais, pouco adianta receber o diagnóstico positivo e não ter acesso a serviços de saúde necessários ao tratamento. O longo tempo de espera para a primeira consulta e a falta de atendimento especializado no sistema público de saúde são inaceitáveis.

Ainda, acreditamos que o tratamento com medicamentos antirretrovirais deva ser disponibilizado para todas as pessoas vivendo com HIV, mas a decisão sobre o início do tratamento cabe apenas a própria pessoa, após recebimento de todas as informações disponíveis sobre os benefícios e os riscos do tratamento. A abordagem do “tratamento como prevenção” deve sempre visar o benefício clínico **para a pessoa** e o consequente aumento de sua qualidade de vida. A pessoa vivendo com HIV não pode ser tratada como um transmissor do vírus. Assim, a decisão sobre o início do tratamento com antirretroviral, especialmente nos casos de pessoas assintomáticas, com contagem de CD4 superior a 500 ou soronegativas, deve ser feita respeitando a autonomia do indivíduo, sem coerção ou julgamento moral sobre sua decisão.

Ademais, o tratamento antirretroviral não pode ser visto como único meio de prevenção. **A política de prevenção deve ser combinada** a outras formas de redução da transmissão do vírus, como o uso de preservativos. A prevenção combinada não deve ter uma abordagem apenas biomédica, mas também contemplar dimensões culturais, sociais e estruturais da epidemia.

A sustentabilidade financeira da resposta a epidemia de HIV no contexto do “Testar e Tratar”

Além de todas as preocupações mencionadas, acreditamos que mais uma pergunta deve ser feita: a nova política de tratamento para AIDS é sustentável? Caso todas as pessoas elegíveis para tratamento optem por iniciar imediatamente o uso de medicamentos antirretrovirais, teremos recursos financeiros disponíveis para garantir acesso a tratamento universal e gratuito para todos?

Um grande desafio para a sustentabilidade do sistema público de saúde tem sido o aumento dos custos dos tratamentos devido à utilização de novos medicamentos protegidos por patentes. As patentes conferem direitos de exclusividade a seus detentores. Assim, o titular da patente pode vender o produto em situação de monopólio com preço elevado, o que dificulta a viabilidade de políticas públicas de acesso a medicamentos.

Segundo dados do Ministério da Saúde, atualmente 313 mil pessoas recebem medicamentos antirretrovirais no Brasil. Segundo as estimativas, outras 100 mil devem iniciar o tratamento em 2014, um aumento de 32%. No entanto, o aumento no orçamento total do Ministério da Saúde para o programa de Aids será de menos de 20%, passando de R\$1,1 para R\$1,3 bilhão. Em 2013, R\$ 770 milhões (66% do orçamento do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais) foram destinados apenas para a compra de medicamentos. Em 2005, quando o gasto com medicamentos chegou a R\$ 986 milhões, principalmente em razão da incorporação de medicamentos patenteados com preços

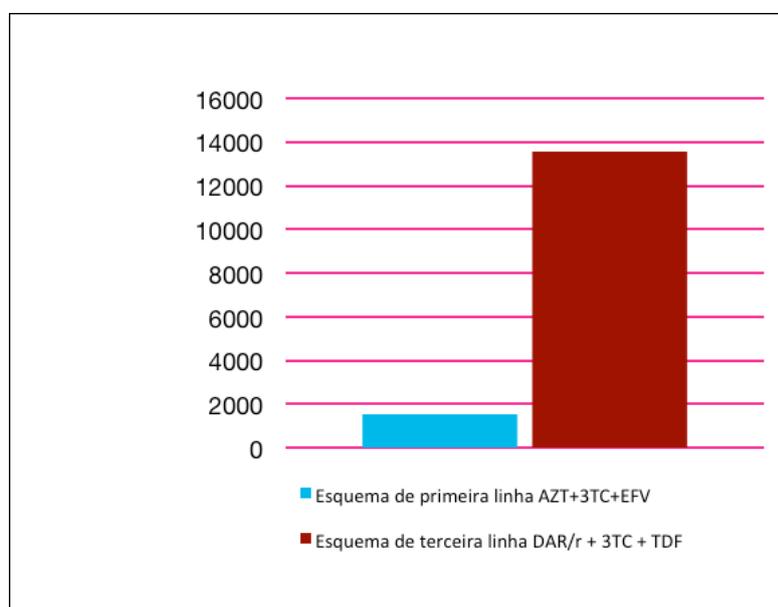
elevados, o Ministério da Saúde declarou publicamente que a política de aids estava em risco no Brasil.

A experiência brasileira prova, portanto, que a ampliação da oferta de tratamento deve ser sempre acompanhada de estratégias de redução de preço e de combate a práticas abusivas de patenteamento. Do contrário, no médio prazo, corremos o risco de vermos a sustentabilidade do programa ameaçada, como no passado. No entanto, o debate sobre preço justo e a vontade política de usar mecanismos legais de proteção da saúde se perderam, justo agora quando novas barreiras patentárias se colocam entre os pacientes e as novas opções terapêuticas.

Além disso, dentre os 313 mil pacientes já em tratamento, muitos já começam a adquirir resistência ao vírus e necessitam migrar para outros regimes de tratamento, sendo que atualmente o preço dos medicamentos, especialmente os de segunda e terceira linha, está novamente em patamares muito elevados, com o tratamento chegando à casa dos R\$ 20.000,00 por paciente/ano, nos remetendo ao cenário que enfrentávamos no início da epidemia. Assim, é preciso considerar que novos pacientes necessitarão, no médio prazo, de medicamentos de alto custo, protegidos por patentes. Essa tendência trará desafios para a sustentabilidade da política de acesso universal, caso a questão patentária não seja alvo de políticas que priorizem os direitos humanos, frente aos direitos comerciais de grandes laboratórios.

Trazemos o gráfico abaixo para ilustrar a diferença de preços entre um esquema de primeira linha, composto por versões genéricas produzidas no Brasil (zidovudina, lamivudina e efavirenz), e um esquema de terceira linha (darunavir, ritonavir, tenofovir e lamivudina), no qual há um medicamento sob monopólio, o darunavir.

Gráfico 1: Diferença entre preço em R\$ da primeira e da terceira linha de tratamento ARV no Brasil, 2012



Fonte: Elaboração própria com dados de 2012 do Ministério da Saúde



GRUPO DE TRABALHO SOBRE PROPRIEDADE INTELECTUAL



No início da epidemia de Aids, o Brasil teve um papel de vanguarda ao provar para o mundo que o tratamento das pessoas com HIV/Aids era possível. O acesso a tratamento antirretroviral foi em grande parte possibilitado pela fabricação nacional dos medicamentos, a preços muito mais baixos do que os praticados pelos laboratórios multinacionais. Mas também em 1996, o Brasil alterou sua lei de propriedade industrial e os medicamentos mais novos passaram a ser protegidos por patentes, o que impede a produção local ou a importação de medicamentos genéricos a preços mais baixos.

Algumas medidas poderiam ser adotadas pelo governo para minimizar o impacto negativo das patentes no acesso a medicamentos e assegurar a sustentabilidade de políticas públicas de acesso a saúde, mas atualmente pouco tem sido feito nesse sentido.

Em 2007, foi emitida uma licença compulsória para o medicamento antirretroviral efavirenz, a primeira e única licença compulsória no Brasil. Com essa medida, o Brasil economizou em 5 anos mais de R\$ 200 milhões, com a importação do medicamento genérico e posterior produção nacional pelo laboratório público Farmanguinhos. Apesar do sucesso da licença compulsória, o governo optou por deixar de lado a utilização dessa medida de proteção para a saúde e adotar uma estratégia comercial baseada na negociação de licenças voluntárias com os titulares das patentes, por meio das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs). Apesar das declaradas boas intenções, os benefícios das PDPs para as políticas de saúde ainda são uma aposta, cercada de promessas governamentais, contrastando com os resultados imediatos trazidos pela licença compulsória.

Ainda, estão em tramitação na Câmara dos Deputados diferentes projetos de lei que visam uma revisão da lei de patentes sob a perspectiva de defesa do interesse público. A aprovação dessas alterações dotariam o Brasil de medidas que, assim como a licença compulsória, poderiam beneficiar o acesso a medicamentos e a sustentabilidade de políticas públicas de saúde. A reforma da lei de patentes é um passo fundamental, mas de nada adianta a previsão legislativa se não houver real vontade política para utilização dessas medidas.

A disponibilização de tratamento para todos os que queiram inicia-lo é uma iniciativa louvável, mas deve ser acompanhada de outras medidas para que seja efetiva e sustentável, como fortalecimento da atenção básica, diagnóstico oportuno, consulta com equipes de saúde qualificadas, e com a realização de outros exames, no tempo necessário. Sobre o acesso aos medicamentos, vale lembrar que o sistema internacional de propriedade intelectual permite aos países adotarem medidas de proteção ao direito à saúde. O sistema internacional de direitos humanos impõe aos países a obrigação de utilizá-las. No Dia Mundial de Luta contra a Aids, esperamos que o governo se lembre que apenas uma política baseada nos direitos humanos, respeitando os princípios do SUS, inclusive o controle social, pode ser efetiva para o combate à epidemia.

O Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual da Rede Brasileira pela Integração dos Povos (GTPI/Rebrip) é um grupo formado por organizações da sociedade civil, pesquisadores e ativistas que há 10 anos defende uma perspectiva de interesse público no debate sobre acesso a medicamentos. Desde 2003, desenvolve atividades voltadas para a diminuição dos impactos negativos das patentes sobre políticas públicas de saúde no Brasil e no Sul Global. Saiba mais sobre nossa atuação em: www.deolhonaspateentes.org.br.