

REUNIÃO NACIONAL

**APECS**

16 de fev. 2013 • Sweet Atlantic  
Hotel • Figueira da Foz

NOVIDADES HIV 11  
GLASGOW 2012



**APECS**  
Associação Portuguesa para  
o Estudo Clínico da SIDA

**FOLLOW-UP**  
Junho de 2013

# Novos caminhos para o controlo da infecção por VIH

A diversidade de opiniões marcou a última Reunião Nacional da Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da SIDA (APECS), que decorreu no passado dia 16 de fevereiro, na Figueira da Foz. Alguns dos temas debatidos foram a profilaxia pré-exposição (pág.4), os desafios da adesão ao tratamento e da retenção dos doentes nos cuidados de saúde (pág.7) e as novidades ao nível da terapêutica antirretroviral que foram apresentadas no último Congresso de Glasgow (pág.3). Conheça ainda a opinião do Prof. Rui Sarmiento e Castro sobre o futuro da APECS (pág.2) e da Dr.ª Teresa Branco sobre as dificuldades e prioridades no controlo da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), em Portugal (pág.8).



**A DIREÇÃO DA APECS** (da esquerda para a direita): Dr. Joaquim Oliveira (vice-presidente), Dr.ª Carmela Piñeiro (vogal), Prof. Rui Sarmiento e Castro (presidente), Dr.ª Teresa Branco (tesoureira) e Prof.ª Emília Valadas (secretária)

## UPDATE

A Dr.<sup>a</sup> Laura Waters, do Reino Unido, falou sobre os últimos avanços ao nível das associações de doses fixas para o tratamento da infeção pelo VIH, na Reunião Nacional da APECS

3

## PROFILAXIA

Benefícios e limitações da profilaxia pré-exposição (PrEP) em debate

4

## ADESÃO

Estratégias para aumentar a adesão à terapêutica e a retenção dos doentes nos cuidados de saúde

7

## PERSPETIVAS

Em entrevista, a Dr.<sup>a</sup> Teresa Branco destaca a importância do diagnóstico precoce, avalia o impacto das campanhas de prevenção e comenta outros temas ligados à atualidade do VIH/sida

8

## PERSPETIVAS

A APECS está empenhada na formação de uma corte nacional de doentes infetados pelo VIH, uma mais-valia para a investigação nacional nesta área

11

## EDITORIAL

# EM DEFESA DOS DIREITOS DOS DOENTES



Dedicada não só à investigação na área do VIH, mas também à defesa dos interesses dos doentes infetados, a Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da SIDA (APECS) tem vindo a desenvolver iniciativas de carácter «político» que são determinantes para o presente e para o futuro.

Participámos, indiretamente, na elaboração do Projeto de Resolução que recomendou ao Governo medidas de combate à infeção por VIH e que foi aprovado, por unanimidade, na Assembleia da República em 01/12/2011 (Dia Mundial da Luta Contra a SIDA).

Através de alguns dos seus membros, a APECS tem contribuído também na elaboração das normas de orientação clínica para o tratamento da infeção pelo VIH emanadas pela Direção-Geral da Saúde.

Em 2010, participámos também na chamada de atenção das autoridades para a tentativa de deslocalizar parte dos doentes observados há anos no Hospital José Joaquim Fernandes,

em Beja. Dada a inexistência de especialistas em VIH noutras unidades do Baixo Alentejo, os doentes seriam obrigados a deslocar-se para Setúbal ou para o Algarve, mas a intervenção da APECS e de outras entidades foi importante para que continuassem a ser observados em Beja.

Em 2012, perante as notícias veiculadas sobre a falta de acesso dos doentes a algumas classes de fármacos em vários hospitais, a APECS levou a cabo um inquérito para avaliar a situação relativa à distribuição dos antirretrovíricos, ao qual responderam 20 hospitais do País. De facto, ocorreram casos em que os medicamentos foram fornecidos apenas para alguns dias e casos em que não foram mesmo disponibilizados aos doentes, obrigando-os a interromper a terapêutica e a deslocarem-se sucessivamente ao hospital. Em setembro do mesmo ano, na Batalha, a APECS organizou uma reunião na qual foram analisadas as conclusões deste inquérito e redigiu uma carta dirigida ao ministro da Saúde. Em janeiro de 2013, o secretário de Estado adjunto publicou o Despacho 2175/2013, contendo disposições sobre a dispensa de antirretrovíricos que preconizavam, entre outras, a obrigatoriedade do fornecimento aos doentes de medicação para 30 dias, pelo menos. Foi mais uma iniciativa bem-sucedida em defesa dos doentes – apesar de sabermos que subsistem algumas dificuldades.

Não posso deixar de sublinhar a organização e o êxito dos Congressos Nacionais sobre SIDA realizados em 2010, em Coimbra, e 2012, no Porto. No primeiro, contámos com cerca de 400 congressistas; no segundo, aproximadamente 500. Em ambos os Congressos, registámos participações muito ativas dos vários profissionais que trabalham nesta área. Destaco, ainda, as diversas reuniões temáticas organizadas nestes dois anos, sobre temas como «Novidades na terapêutica antirretrovírica», «Profilaxia pré-exposição», «Recomendações nacionais para o tratamento dos doentes infetados pelo VIH», «Risco cardiovascular», «Adesão e retenção nos cuidados de saúde»...

Em 2010 e 2012, a APECS apoiou uma iniciativa da Bristol-Myers Squibb e da TSF designada «Novembro, mês da SIDA», à qual gostaríamos de dar continuidade. Diariamente, um especialista designado pela APECS respondia a questões relacionadas com a infeção pelo VIH, abordando temas de interesse do público em geral, nomeadamente sobre como se previne, transmite e evolui a infeção.

A APECS tem também dado o seu patrocínio científico a diversas reuniões realizadas em Portugal e apoiado projetos científicos candidatos a bolsas de investigação.

No futuro, é essencial que a APECS continue a ser interlocutora na defesa dos direitos dos doentes infetados pelo VIH, junto das entidades responsáveis. Portugal atravessa uma situação socioeconómica difícil e temos de nos manter atentos a todos os problemas que podem afetar os nossos doentes, como as carências associadas à disponibilização dos antirretrovíricos ou o acesso às consultas.

Colaborar, em todas as frentes, na construção e implementação de normas de diagnóstico e tratamento de acordo com as recomendações internacionais é outra missão que nos cabe continuar a cumprir. Por fim, deixo aos futuros corpos gerentes da APECS um desafio que considero importante superar: promover projetos de investigação clínica comuns a vários centros hospitalares, para que possamos ter evidência representativa da realidade nacional.

Rui Sarmiento e Castro

Presidente da Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da SIDA



## O QUE HÁ DE NOVO NA TERAPÊUTICA ANTIRRETROVIRAL?

Os últimos avanços ao nível das associações de doses fixas para o tratamento do vírus da imunodeficiência humana (VIH) estiveram em destaque na apresentação da Dr.<sup>a</sup> Laura Waters, na Reunião Nacional da Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da SIDA (APECS) que decorreu no dia 16 de fevereiro passado.

Luís Garcia

A especialista britânica do Mortimer Market Centre, em Londres, apresentou algumas das mais recentes novidades divulgadas no 11<sup>th</sup> International Congress on Drug Therapy in HIV Infection, que decorreu de 11 a 15 de novembro de 2012, em Glasgow. De acordo com Laura Waters, este encontro, que reuniu muitos dos maiores especialistas em VIH ao nível mundial, «foi bastante interessante e permitiu fazer um *update* dos estudos mais importantes nesta área».

Em destaque no Congresso de Glasgow estiveram as associações de doses fixas para o tratamento do VIH. Segundo Laura Waters, esta terapêutica tornou-se o *standard* «porque os doentes preferem, sem dúvida, tomar apenas um comprimido por dia».

Durante muito tempo, o Atripla® (tenofovir, emtricitabina e efavirenz) foi a única associação de fármacos disponível. Recentemente, foi introduzido no mercado o Eviplera® (tenofovir, emtricitabina e rilpivirina). Em agosto de 2012, a Food and Drug Administration (FDA) aprovou a utilização nos Estados Unidos de uma terceira associação fixa, o Stribild® (tenofovir, emtricitabina, elvitegravir e cobicistat), conhecido como Quad, que deverá ficar disponível, em breve, na Europa.

De acordo com Laura Waters, embora esteja previsto o lançamento de novos medicamentos a médio prazo, de entre os fármacos disponíveis até ao momento, o Eviplera® é, provavelmente, aquele cujos dados recentes suscitam maior entusiasmo. «Um estudo de tratamento em primeira linha mostrou que esta associação funciona muito bem em doentes que têm uma carga viral basal baixa», afirmou.

Ainda mais importante, na opinião da especialista do Mortimer Market Centre, é o facto de um grande estudo – o SPIRIT [*Switching boosted Protease Inhibitors to Rilpivirine In combination with Truvada as a Single-Tablet Regimen*] – ter demonstrado que os doentes a tomar inibidores da protease potenciados podiam mudar para Eviplera® de forma bastante simples. «Doentes que tomam efavirenz e sofrem com os efeitos secundários dispõem agora de uma alternativa», referiu Laura Waters. Além disso, de acordo com a experiência da especialista britânica, o Eviplera® é muito bem tolerado.

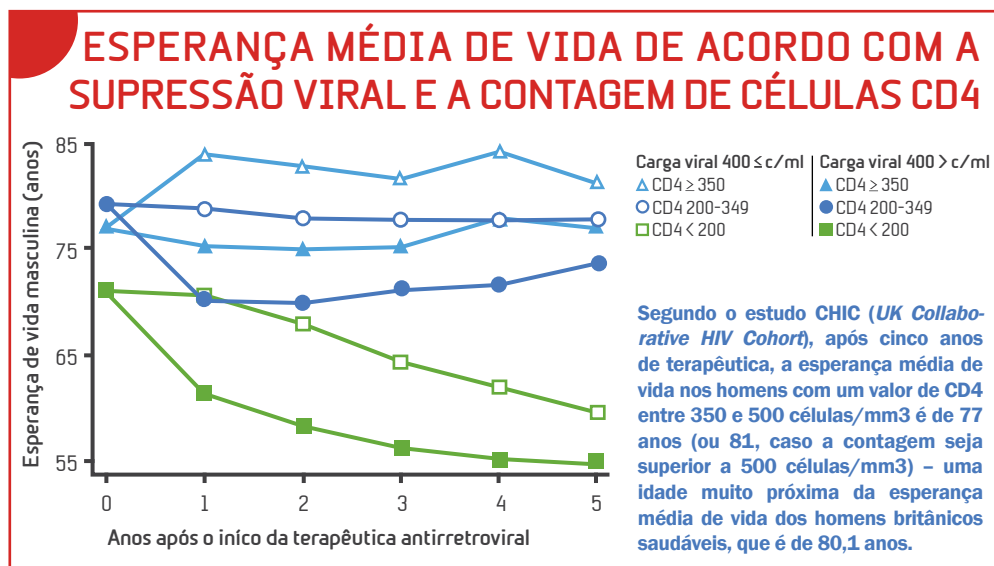
### Desafios futuros

O Congresso de Glasgow (de novembro de 2012) incluiu também a apresentação de uma atualização dos estudos sobre o Stribild®. Na mesma linha do *follow-up* a um ano, os dados do seguimento a dois anos mostraram que este fármaco é bem tolerado e, segundo Laura Waters, «tem um efeito semelhante ao do Atripla®». Também muito bem tolerado e eficaz parece ser o dolutegravir,

um novo inibidor da integrase que não deverá estar disponível antes de meados de 2014.

Na opinião de Laura Waters, projetar a evolução do mercado dos fármacos para o VIH é um verdadeiro desafio, pois são muitas as incógnitas nesta área. «Existem hoje novos inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa [NNRTI, na sigla em inglês] e novos inibidores da transferência da cadeia pela integrase [INSTI, na sigla inglesa]. Sabemos que qualquer um destes fármacos funciona, por isso, as nossas escolhas serão baseadas nas coinfeções, comorbilidades, interações medicamentosas e, claro, no custo», sublinhou a especialista.

Além do que há de novo ao nível terapêutico, Laura Waters destacou mais algumas das novidades discutidas no Congresso de Glasgow, nomeadamente as que se relacionam com a eficácia da terapêutica antirretroviral. «De acordo com os dados apresentados, as pessoas com uma carga viral indetetável e uma contagem elevada de células CD4 têm uma esperança de vida normal, o que é muito tranquilizante para os doentes», concluiu a especialista britânica. ●



Fonte: May M, et al. Congresso de Glasgow 2012. Abstract 0133.



## PRÓS E CONTRAS DA PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO EM DEBATE

As vantagens e os inconvenientes da profilaxia pré-exposição (PrEP) estiveram em discussão na Reunião Nacional da Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da SIDA (APECS). A relação custo/eficácia, as potencialidades deste método e a sua eventual utilização em determinados grupos de risco foram alguns pontos que dividiram as opiniões.

Luís Garcia

**E**m julho de 2012, pela primeira vez, um medicamento antirretroviral (combinação de tenofovir disoproxil fumarato e emtricitabina) foi aprovado para uso como profilaxia pré-exposição (PrEP) nos Estados Unidos, tornando ainda mais premente a discussão em torno da sua utilização. Este foi o ponto de partida da apresentação da Dr.<sup>a</sup> Teresa Branco, internista no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca/Amadora-Sintra.

Segundo esta especialista, a eficácia da PrEP, quer sob a forma de tenofovir disoproxil fumarato (TDF) quer como associação deste fármaco com emtricitabina, foi comprovada não só em modelos animais, mas também em estudos como o iPrEx (*Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Study*). Este ensaio demonstrou uma redução de 92% nas novas infeções por vírus da imunodeficiência humana (VIH) em homens que fazem sexo com homens (HSH) que cumpriram este regime terapêutico, em comparação com placebo. «Os estudos mostram também eficácias superiores a 70% na prevenção da transmissão nos casais

heterossexuais», acrescentou Teresa Branco.

Outro aspeto importante é o facto de os ensaios publicados não demonstrarem a existência de um grau de toxicidade apreciável, ao contrário do que se poderia esperar de um fármaco de administração oral. No entanto, advertiu a internista, «as populações dos estudos são escolhidas, muito bem seguidas e acompanhadas, quer do ponto de vista médico quer ao nível do apoio social e psicológico». «Ou seja, não deverão corresponder exatamente aos casos que encontramos no nosso dia-a-dia.»

Além da adesão à profilaxia, que os estudos mostram ser determinante e que poderá ser difícil, uma vez que envolve pessoas saudáveis e sem sintomas, também a necessidade de realizar testes regulares pode ser uma dificuldade adicional à adoção da PrEP. De acordo com as indicações americanas, devem ser realizados testes de dois em dois ou três em três meses para saber se o indivíduo a quem é administrada a profilaxia continua seronegativo, uma vez que, em caso de seroconversão, há risco de que a

continuação da toma de TDF ou da associação TDF/emtricitabina provoque o desenvolvimento de resistência a estes fármacos.

### Preço pode ser um entrave

O custo dos exames de despiste e dos próprios fármacos (entre 3 500 e 6 000 euros por um ano de administração contínua) é uma das questões mais sensíveis no que respeita à utilização da PrEP. Segundo Teresa Branco, numa revisão de «tudo o que foi publicado e apresentado sobre a PrEP», levada a cabo pela Organização Mundial da Saúde, em 2012, conclui-se que, em determinadas circunstâncias, a PrEP é custo-efetiva. No entanto, «é necessário perceber quais são essas circunstâncias», ressaltou a internista.

Para Teresa Branco, não há, na estratégia de luta contra o VIH, uma abordagem que sirva todas as situações. «Se o tratamento como prevenção – não só na perspetiva da pessoa infetada, mas também como forma de evitar a transmissão – é comprovadamente eficaz, também sabemos que nem sempre é possível. A PrEP é dependente apenas do



NA MESA (DA ESQUERDA PARA A DIREITA): Dr. António Diniz, Dr. Joaquim Oliveira, Dr.ª Carmela Piñeiro, Prof.ª Emília Valadas, Luís Mendão e Dr.ª Teresa Branco

## ADMINISTRAÇÃO ORAL VERSUS TÓPICA

Embora, atualmente, as formulações orais sejam as únicas aprovadas para uso como PrEP, nomeadamente nos Estados Unidos, as tópicas poderão ser meios interessantes para utilizar o fármaco. Segundo a Dr.ª Teresa Branco, estas são as principais vantagens e inconvenientes de cada um dos tipos de administração:

### Formulações orais

- São compostas por fármacos usados na terapêutica antirretroviral há vários anos;
- Implicam maior monitorização para vigilância da toxicidade;
- Apresentam maior risco de resistências;
- Têm custos mais elevados.

### Apresentações tópicas

- Atingem concentrações superiores nos tecidos genitais;
- Têm potencial para coformulação com outros fármacos, nomeadamente contraceptivos orais;
- Permitem a utilização de formas de libertação prolongada fáceis de usar (durante um mês, por exemplo);
- Requerem pouca monitorização laboratorial;
- Podem utilizar-se na gravidez e no aleitamento;
- São muito mais baratas.

indivíduo que pretende evitar a infeção. No caso das mulheres, pode ser a única forma de proteção ao seu alcance», sublinha a internista.

A relação entre o custo e a eficácia é um dos aspetos que mais dúvidas levantam ao Dr. Joaquim Oliveira, infeciologista nos Hospitais da Universidade de Coimbra, que nesta reunião alertou para o facto de a eficácia da PrEP demonstrada em alguns estudos se basear numa análise *post-hoc*. Este tipo de leitura é, na opinião do especialista, «extremamente perigosa», uma vez que «não se pode, *a priori*, selecionar os doentes com base no facto de virem a ser aderentes ou não».

«Na vida real, uma eficácia de 44% [o valor da redução de infeções por VIH em HSH a quem foi dada a PrEP, no estudo iPrEx, independentemente da adesão à profilaxia] significa que a taxa de infeção passa de cerca de 6,7% para 3,83% aos três anos. Ou seja, por cada infeção evitada, aos três anos, temos um custo de 670 mil euros. Será que esta intervenção é a melhor forma de gastarmos o nosso dinheiro?», questionou Joaquim Oliveira.

### Uma discussão para o futuro

No mesmo sentido, o Dr. António Diniz, diretor do Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA, considerou na sua intervenção que a PrEP não é, neste momento, «uma questão prioritária». Para este responsável, nesta fase, as atenções

dos profissionais de saúde devem centrar-se em intervenções ao nível do comportamento, na implementação do diagnóstico precoce e no correto tratamento dos indivíduos já afetados pela infeção ou por outras doenças sexualmente transmissíveis e ainda em atividades de promoção da saúde.

Defendendo que «é inviável utilizar a PrEP nos tempos mais próximos», António Diniz referiu que a profilaxia não deve ser encarada como o mecanismo epidemiológico de controlo da doença ou de prevenção da transmissão. Ainda assim, admitiu que, no futuro, este método pode ter potencial de utilização em meios específicos como, por exemplo, no meio prisional ou em pessoas que não têm capacidade de determinação sobre as relações sexuais.

Para Luís Mendão, presidente do Grupo Português de Ativistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA (GAT), é necessário aceitar que, após vários anos de promoção da utilização do preservativo, «com um investimento extremamente bem feito em alguns países», este método revelou-se «insuficiente para controlar a transmissão». Na opinião deste interveniente na reunião, devem ser equacionados outros meios de controlo da infeção por VIH, como a PrEP.

«Para determinadas pessoas, um meio de prevenção oral funcionaria melhor do que a prevenção de barreira, com preservativo», referiu o presidente do GAT, defendendo que a estratégia da PrEP seja discutida independentemente dos preços atuais dos fármacos. ●

## SABIA QUE...

...o ensaio iPrEx (*Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Study*) incluiu 2 499 participantes de seis países de quatro continentes?

Tratou-se de um estudo randomizado, duplamente cego, controlado por placebo, que visou avaliar a segurança e a eficácia do uso diário de tenofovir/emtricitabina na prevenção da infeção por VIH entre homens altamente expostos a este vírus e que também recebiam um pacote completo de serviços de prevenção (exames de VIH, aconselhamento para redução de riscos e disponibilização de preservativos). Este ensaio demonstrou uma redução de 44% do risco de infeção por VIH nos indivíduos a quem foi disponibilizado o fármaco e de 92% naqueles que efetivamente o tomaram.

# OPINIÕES SOBRE A PrEP E AS PRIORIDADES ATUAIS

Na sequência do debate acerca da profilaxia pré-exposição na Reunião Nacional da Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da SIDA (APECS), o *Follow-up* quis ouvir a opinião de outros especialistas sobre este tema. Eis o resumo de algumas das ideias do Dr. José Vera e do Dr. Nuno Janeiro sobre o assunto.

## 1. QUAL A SUA PERSPETIVA SOBRE A PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PrEP)?

## 2. NESTE MOMENTO, QUAIS SÃO AS MAIORES PRIORIDADES PARA QUE O CONTROLO DA INFEÇÃO PELO VIH SEJA MAIS EFETIVO?



DR. JOSÉ VERA | Coordenador da Unidade Funcional de VIH/SIDA do HPP Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

**1.** A profilaxia pré-exposição parece-me um ótimo conceito, dados os bons resultados que apresenta ao nível da eficácia. No entanto, a sua aplicabilidade levanta várias questões e pode, naturalmente, suscitar diferentes posições.

Antes de mais, devemos ter em conta que os estudos de eficácia da PrEP foram realizados sobretudo no contexto africano, que é marcado por determinantes culturais próprias significativamente distintas do quadro cultural ocidental. Em casais serodiscordantes de determinados contextos,

em que a mulher não goza de grande liberdade de escolha e autodeterminação, faz sentido pensar na pré-exposição de forma mais alargada. Já no contexto europeu, onde, em princípio, essa questão não se coloca da mesma forma, o assunto requer outro tipo de análise. Quando as pessoas têm capacidade de decidir e possibilidade de tomar medidas preventivas, fará sentido utilizar a medicação como forma de prevenção?

Além da restrição que pode existir, do ponto de vista técnico, ao acesso a uma medicação que também é utilizada para o tratamento e que pode levar ao aparecimento de resistências, a utilização da PrEP deve ser duplamente ponderada nas sociedades europeias, que suportam os encargos financeiros dos fármacos.

**2.** Uma das prioridades atuais é o diagnóstico das pessoas que não sabem que estão infetadas. Há um caminho grande a percorrer que tem a ver com a educação dos médicos, com especial incidência ao nível dos cuidados primários, onde deve ser proposto mais vezes, e de forma mais sistemática, o teste da infeção por VIH. Neste aspeto, o acesso a testes de resultado rápido, que vai ser disponibilizado em breve, será uma grande janela de oportunidade.

Por outro lado, é premente caminhar no sentido do tratamento cada vez mais precoce das pessoas infetadas e de um maior controlo da população que, sabendo estar infetada, não adere ao plano terapêutico. Se sabemos que um doente está fora do circuito, há que melhorar o sistema de maneira a recuperá-lo e integrá-lo novamente no tratamento, de modo a diminuir a carga viral da população.



DR. NUNO JANEIRO | Assistente hospitalar de Infeciologia no Centro Hospitalar de Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria

Assistente convidado da Clínica Universitária de Doenças Infecciosas da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

**1.** Atualmente, a PrEP não terá grande vantagem face a outras estratégias de prevenção da infeção pelo VIH mais viáveis e justificáveis. Nomeadamente a instituição da terapêutica antirretroviral nos indivíduos infetados - para diminuir a replicação viral e a probabilidade de transmissão e, simultaneamente, controlar a progressão da doença e melhorar a qualidade de vida dos doentes.

A PrEP poderá vir a ser uma estratégia de prevenção válida em populações específicas. No entanto, e considerando também o atual ambiente económico, submeter indivíduos sem infeção por VIH a medicação profilática pode não ser o mais adequado, desde que as populações cumpram com outras estratégias, como a utilização do preservativo ou a adesão a terapêutica antirretroviral.

Além disso, para que seja eficaz, a PrEP pressupõe que haja adesão à medicação, o que é ainda mais difícil para quem não está doente. Nos indivíduos com menor adesão à profilaxia, temos de acautelar a possibilidade de virem a adquirir infeção por VIH e, com manutenção de medicação não eficaz no tratamento, este vírus vir a adquirir resistência à PrEP. Por outro lado ainda, a sua instituição pode trazer a alguns indivíduos um sentimento de falsa segurança que poderá levá-los a negligenciar outras medidas preventivas e a adotar comportamentos de risco.

**2.** Na minha perspetiva, as prioridades terão de passar pela identificação e diagnóstico mais precoce dos doentes com infeção por VIH; pela sua manutenção nos cuidados médicos; e pela instituição mais precoce da terapêutica antirretroviral. Por outro lado, é também necessário impulsionar estratégias educacionais, de modo a alterar comportamentos associados ao maior risco de transmissão, e sensibilizar as populações e também os médicos para a necessidade de pedir o teste para VIH, independentemente dos preconceitos que os médicos e utentes possam ter. De facto, o teste pode encontrar o indivíduo infetado, mas ainda sem doença manifesta e permitir instituir mais cedo a terapêutica, como cada vez mais se preconiza. ●



## DESAFIOS DA RETENÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE

**Quais os obstáculos que se colocam à adesão terapêutica e à retenção em cuidados de saúde? Quais as estratégias para superar estas dificuldades? Estas foram as questões a que a Dr.ª Umbelina Caixas procurou dar resposta na Reunião Nacional da APECS.**

Luís Garcia

A adesão à terapêutica e retenção dos doentes nos cuidados de saúde são dois dos conceitos mais importantes quando se fala de infeção por VIH. De acordo com a Dr.ª Umbelina Caixas, internista no Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de São José, «a introdução nos cuidados de saúde e o seguimento dos doentes infetados pelo VIH é o caminho para reduzir a transmissão».

Segundo a especialista, a adesão à terapêutica e a retenção dos doentes nos cuidados de saúde visam a supressão virológica, a diminuição da morbilidade e da mortalidade precoces e, sobretudo, a redução da transmissão da infeção. No caso dos indivíduos infetados que não estão sob terapêutica, os objetivos são a identificação do seu estágio clínico, virológico e imunológico; a identificação de comorbilidades; a instituição de profilaxias recomendadas; o apoio multidisciplinar e a prevenção, com particular atenção para a transmissão vertical.

O diagnóstico precoce dos indivíduos infetados

e a sua integração e manutenção no sistema de saúde (com introdução de terapêutica, sempre que necessário, sem qualquer interrupção) são a melhor forma de conseguir a supressão virológica, a prevenção da transmissão e a redução

do número de novos casos. No entanto, segundo a internista, este processo está, frequentemente, comprometido desde o início pelo insuficiente rastreio da infeção. «Este é um trabalho que tem de ser cada vez mais incentivado ao nível dos cuidados de saúde primários. É necessário identificar comportamentos e encontrar grupos mais vulneráveis à infeção, para que possam ser integrados nos cuidados de saúde», defendeu Umbelina Caixas na Reunião Nacional da APECS.

### Vantagens da abordagem multidisciplinar

Segundo a internista, os trabalhos mais recentes, quer na Europa quer nos Estados Unidos, mostram que «é preciso perceber porque não se consegue manter os doentes nos cuidados de saúde». Entre os vários obstáculos que se colocam à adesão terapêutica e à retenção nos cuidados de saúde, encontram-se causas transversais, como o estigma, a negação do diagnóstico e as dificuldades socioeconómicas dos doentes. No entanto, no caso de alguns grupos, podem surgir dificuldades adicionais (ver caixa abaixo).

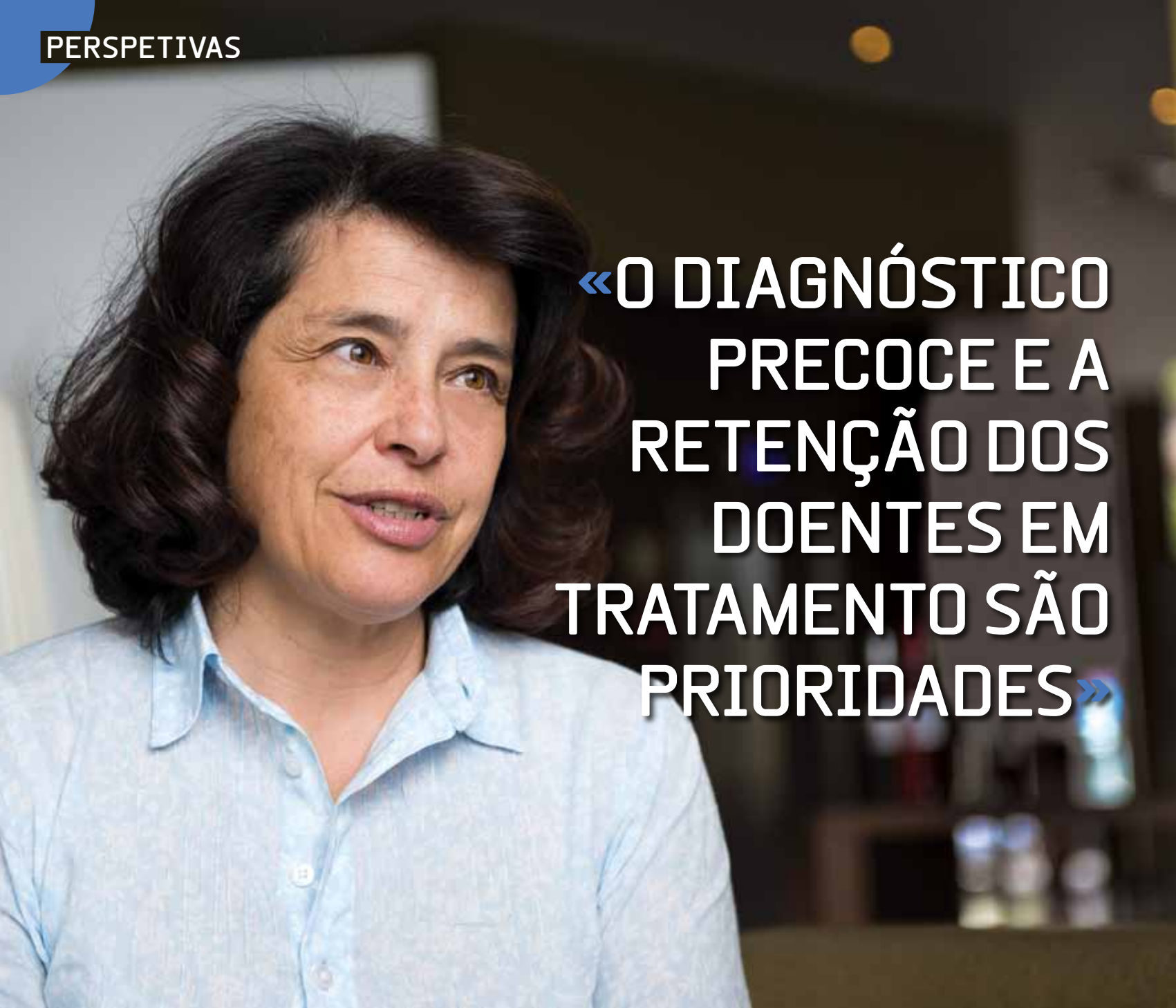
Para contrariar estas dificuldades e manter os doentes comprometidos com o tratamento, «é fundamental um trabalho multidisciplinar nas consultas, envolvendo médicos, enfermeiros e psicólogos, entre outros profissionais de saúde», defendeu Umbelina Caixas. Igualmente crucial é o acompanhamento dos doentes que se ausentam do tratamento. «Nem sempre é fácil, mas temos de estar atentos e contactar os doentes que faltam à consulta», sublinhou a internista.

A criação de uma rede informatizada que garanta a confidencialidade poderá ser, segundo Umbelina Caixas, uma boa oportunidade para diminuir o número de doentes que abandonam o tratamento precocemente. A implementação de centros de tratamento integrado e a otimização da disponibilização de fármacos pelas farmácias hospitalares são outros aspetos que, na opinião da especialista, se poderão traduzir num aumento das taxas de adesão à terapêutica e da retenção dos doentes nos cuidados de saúde. ●

### OBSTÁCULOS À ADESÃO TERAPÊUTICA

**Algumas causas de descontinuação da terapêutica e da má adesão aos cuidados de saúde, segundo a Dr.ª Umbelina Caixas:**

- Estigma e vergonha;
- Negação do diagnóstico;
- Adições e doença psiquiátrica;
- Situação socioeconómica precária;
- Dependência do compromisso do cuidador, no caso das crianças;
- Transição problemática da Medicina pediátrica para a Medicina do adulto;
- Sentimento de «imortalidade» nos jovens;
- Medo da toxicidade da terapêutica;
- Falta de interesse do parceiro não infetado, no caso dos casais serodiscordantes;
- Fatores culturais (mulheres mal vistas por não amamentarem, por exemplo);
- Distância do centro de tratamento e custos adicionais;
- Deficiente integração entre os centros de tratamento e as instituições prisionais.



# «O DIAGNÓSTICO PRECOCE E A RETENÇÃO DOS DOENTES EM TRATAMENTO SÃO PRIORIDADES»

**Apesar dos promissores desenvolvimentos na área do vírus da imunodeficiência humana (VIH), para a Dr.ª Teresa Branco as prioridades no controlo da infeção continuam bem definidas: prevenção e diagnóstico precoce. Em entrevista, a tesoureira da Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da SIDA (APECS), faz ainda uma avaliação das campanhas de sensibilização dos últimos anos e da forma como a crise económica está a afetar a prática clínica e a vida dos doentes.**

Lúis Garcia

## **Qual a sua posição sobre a profilaxia pré-exposição (PrEP) na prevenção do VIH/sida?**

Acho que vai ser mais uma arma para lutar contra a infeção pelo VIH, porque continuam a surgir novos casos e não estamos a ser tão eficazes quanto queremos no diagnóstico e tratamento das pessoas infetadas. Os ensaios clínicos demonstraram a grande eficácia da PrEP, mas há muitas questões a resolver para obter resultados semelhantes na prática. A medicação atual, por via oral com tenofovir ou Truvada® [combinação de tenofovir/emtricitabina], requer controlo laboratorial e muita vigilância médica para prevenir o

eventual desenvolvimento de resistências. Provavelmente, é necessário encontrar novas formas de administrar a PrEP, como anéis vaginais, aplicação tópica, injeção mensal ou outro método que torne possível manter um elevado nível de adesão e bons resultados, sem um investimento económico muito grande.

## **A utilização da PrEP poderia ser equacionada para determinadas populações de risco?**

Sim. Os estudos levados a cabo até agora incidiram sobretudo nos homossexuais com múltiplos parceiros, nos casais serodiscordantes

e nas populações de trabalhadores do sexo, nos quais a prevalência da infeção é elevada e, muitas vezes, não há sequer hipótese de negociar o uso do preservativo. Provavelmente, o recurso à PrEP vai ser útil em determinadas populações e contextos, mas ainda há muitas questões por esclarecer: como e durante quanto tempo é administrada a PrEP, como é controlada, quem paga, etc.

## **Pensa que a utilização da PrEP pode ser economicamente viável?**

Para o doente, o Truvada® custaria, mensalmente, entre 200 e 300 euros, caso fosse tomado



## NÚMEROS DO VIH EM PORTUGAL E NO MUNDO

**0,6 A 0,7**  
POR CADA  
**100 MIL**

habitantes é a prevalência estimada da infeção por VIH em Portugal\*

**43 MIL**

portadores de infeção VIH/sida foram notificados oficialmente entre 1983 e 2013 no nosso País\*

**68%**  
dos casos foram registados na África Subariana\*\*

**2,7 MILHÕES**  
de novas infeções em todo o mundo, no ano de 2010\*\*

\*Dados do Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA

\*\*Dados da Organização Mundial da Saúde

diariamente. Há poucas pessoas que podem despendar esse valor por mês – ou que o queiram fazer, para prevenir uma doença que não têm. Quando veem as notícias sobre sida, as pessoas concordam que não se devem ter certos comportamentos. No entanto, quando se trata do seu próprio corpo, acham que não correm riscos e acabam por infetar-se.

Na minha opinião, a solução não passa pelos comprimidos. Apesar de os estudos demonstrarem a eficácia do conceito, a necessidade de manter a adesão ao tratamento pede o desenvolvimento de outras formas de administração, como uma injeção mensal ou a utilização de um dispositivo colocado mensalmente na mulher.

A APECS pode ser uma interlocutora importante na discussão com o Ministério da Saúde para a eventual adoção da PrEP em Portugal? Enquanto entidade inserida num contexto científico, a APECS será certamente uma inter-

locutora quando for o momento para discutir esta questão. Nos termos em que a discussão se coloca atualmente, não me parece que a PrEP seja uma prioridade, mas penso que, com outras formulações, será uma importante forma de atuar em populações específicas.

**Se a PrEP não é prioridade neste momento, em que áreas se devem centrar os esforços no combate à sida, neste momento?**

Do meu ponto de vista, uma das prioridades é o diagnóstico precoce. Não podemos deixar que as pessoas andem a distribuir o vírus sem sequer saberem que estão infetadas. É preciso ligá-las ao sistema de saúde e tratá-las de forma eficaz. A retenção dos doentes em tratamento é outra das áreas em que temos de trabalhar muito, porque os perdemos por múltiplas razões: passam de um centro para outro, deixam de vir às consultas...

**Quais são as principais dificuldades que os profissionais de saúde enfrentam para manter os doentes ligados ao tratamento?**

As pessoas têm vidas complicadas. Muitas estão desempregadas, têm poucos recursos económicos e dificuldades para suprir as suas necessidades básicas. Para pessoas que estão ocupadas a pensar na forma de pôr pão na mesa, ir ao hospital todos os meses buscar medicação não é uma prioridade, sobretudo quando a infeção é algo que não se sente.

**O que pode ser feito de diferente para melhorar esta situação?**

Temos de arranjar novas formas de organizar o tratamento. Neste momento, a coordenação do Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA está a trabalhar na rede de referência hospitalar da infeção por VIH, que será, certamente, uma forma de padronizar o tratamento em todo o território nacional. Temos de chegar mais perto das pessoas, simplificando o acesso e o seguimento nos tratamentos que, neste momento, são prestados apenas nos hospitais.

**O facto de os cuidados serem apenas prestados nos hospitais é uma barreira à sua eficácia?**

Penso que sim, é preciso haver descentralização. Por vezes, as pessoas não querem ser seguidas muito perto do local onde habitam devido ao estigma e à discriminação, mas têm de ser elas a decidir. É um facto que a infeção por VIH não se sente, pelo que a motivação para tomar a medicação depende da forma como conseguimos transmitir a necessidade de o fazer, à semelhança do que se passa com a hipertensão arterial, por exemplo. Quanto mais o indivíduo souber sobre o VIH, mais fácil é mantê-lo em tratamento.

Há pessoas que não acreditam que têm VIH, porque não sentem nada durante vários anos. O problema é que, muitas vezes, quando sentem, já estão muito doentes. Por outro lado, as pessoas ainda têm muito medo de serem discriminadas no seu grupo social e na sua própria família. Algumas não dizem a ninguém que estão infetadas, exceto aos profissionais de saúde. Embora seja uma tarefa difícil, é fundamental que consigamos que a sida seja encarada como outra doença qualquer.

**De acordo com dados provisórios divulgados recentemente pelo Dr. António Diniz, diretor do Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA, foram registados mil novos casos em 2012. Que leitura faz deste número?**

Há muitos casos que ainda não estão identificados. O facto de termos mil doentes diagnosticados pode ser muito bom, se for sinal de que estamos a fazê-lo mais cedo. Estão a ser aplicados mais testes e já há pessoas que vêm espontaneamente ao especialista de Medicina Geral e Familiar com esse objetivo, o que mostra que, de algum modo, a mensagem está a passar. Portanto, não sei se é uma má notícia terem sido identificados mil novos casos em 2012. Se diagnosticarmos todos os casos de VIH/sida, certamente os números vão disparar. ▶

«PARA PESSOAS QUE ESTÃO OCUPADAS A PENSAR NA FORMA DE PÔR PÃO NA MESA, IR AO HOSPITAL TODOS OS MESES BUSCAR MEDICAÇÃO NÃO É UMA PRIORIDADE, SOBRETUDO QUANDO A INFEÇÃO É ALGO QUE NÃO SE SENTE.»

**Acredita, portanto, de acordo com a sua experiência nesta área, que ainda há muitos casos por diagnosticar?**

Certamente que sim. Temos uma epidemia localizada. Há zonas do País onde seria custoso fazer o teste a toda a população e outras onde, certamente, não valeria a pena. Não podemos estigmatizar, mas uma relação sexual desprotegida em alguns bairros das grandes cidades ou numa aldeia em Trás-os-Montes pode ter consequências completamente diferentes. Uma mulher pode ter um único parceiro, ou vice-versa, e estarem os dois em risco elevado de serem infetados porque a prevalência na zona onde vivem é muito elevada.

**Ao nível das terapêuticas, há novidades que possam revolucionar o panorama num futuro próximo?**

Começa a haver alguma esperança relativamente às vacinas terapêuticas. Sabemos hoje que, quanto mais cedo se iniciar o tratamento, melhor – e estão a ser realizados estudos no sentido de explorar o tratamento o mais cedo possível, depois da infeção. Esta pode ser outra vertente importante na luta contra o VIH, embora ainda não diagnostiquemos precocemente a maior parte das pessoas infetadas.

Por outro lado, há muito a fazer ao nível da prevenção, no sentido mais lato: a educação, para a qual cada um de nós pode contribuir junto dos que nos rodeiam, nomeadamente nos locais de trabalho e nas escolas. As pessoas ouvem muito mais os seus pares do que os profissionais de saúde. A ideia de que é melhor prevenir do que tratar ainda não pode ser abandonada.

**Como avalia as campanhas de sensibilização lançadas nos últimos anos?**

O problema é que as campanhas aparecem de forma isolada no tempo, não têm um fio condutor e não se mantêm. As pessoas não podem ouvir falar de VIH apenas uma vez por ano. Têm de começar a ouvir falar em sida desde que iniciam a aprendizagem dos primeiros conceitos de prevenção na saúde, em criança, e continuar a ouvir enquanto mantiverem algum tipo de atividade sexual. É certo que as campanhas de prevenção têm de ser dirigidas a grupos, mas ninguém está isento



**«O FACTO DE TERMOS DIAGNOSTICADO MIL NOVOS CASOS EM 2012 PODE SER MUITO BOM, SE FOR SINAL DE QUE ESTAMOS A FAZÊ-LO MAIS CEDO.»**

de risco. Todos nós já tivemos alguma vez, na nossa vida, comportamentos de risco.

**Em que medida a atual conjuntura económica pode condicionar o diagnóstico precoce, o tratamento, o acompanhamento das pessoas infetadas e até a investigação?**

A conjuntura atual dificulta a vida das pessoas com VIH, porque a falta de recursos económicos e as alterações ao nível social, como o desemprego,

influenciam a estabilidade. Uma pessoa com uma vida instável tem menos disponibilidade para se preocupar com a sua saúde. Todos nós temos algum receio de que aumentem os comportamentos de risco associados ao incremento do trabalho relacionado com o sexo e a dependência de drogas.

Em relação ao Serviço Nacional de Saúde, não há propriamente restrições ao nível dos meios complementares de diagnóstico. Tem havido alguns problemas de falta de medicamentos quando os doentes os vão buscar aos hospitais, mas estamos todos alertados para essa situação e o cenário está melhor do que há algum tempo. Quero crer que não haverá limitação de recursos para tratar os doentes infetados pelo VIH porque, do meu ponto de vista, isso seria um descalabro do ponto de vista da Saúde Pública. A poupança de hoje pode significar um gasto muito maior daqui a uns anos, se a prevalência da epidemia passar a outro nível. ●

### SABIA QUE...

- Portugal é o terceiro país da União Europeia com maior prevalência de VIH e com maior número de novos diagnósticos por ano, depois da Estónia e da Letónia
- um em cada cinco habitantes de alguns países africanos está infetado?
- a Food and Drug Administration aprovou, em julho de 2012, o uso da combinação de tenofovir disoproxil fumarato com emtricitabina como profilaxia pré-exposição para adultos sexualmente ativos em risco de infeção por VIH?

# APECS ESTÁ EMPENHADA NA FORMAÇÃO DE UMA COORTE NACIONAL DE DOENTES

A formação de uma coorte nacional de doentes infetados pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) foi um dos temas discutidos na reunião de sócios da Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da SIDA (APECS), que decorreu no dia 16 de fevereiro passado. O projeto SI.VIDA (Sistema Informático do VIH/SIDA) poderá ser uma oportunidade para a concretização deste desejo antigo da APECS e dos médicos portugueses.

Segundo a Dr.<sup>a</sup> Teresa Branco, tesoureira da APECS, a informação que os especialistas terão de recolher para o novo sistema de informatização dos dados dos doentes poderá, eventualmente, ser aproveitada para formar

uma coorte nacional, evitando duplicações na colheita de informação. Na reunião de sócios da APECS, foi discutida a hipótese de introduzir outros parâmetros, além dos dados obrigatórios do SI.VIDA, para aproveitar esta recolha.

Segundo Teresa Branco, a informatização destes dados e a formação de uma coorte de doentes permitiria não apenas realizar estudos de âmbito nacional, mas também dar resposta às questões colocadas pela Organização Mundial da Saúde relativas à infeção por VIH e ao seu tratamento. «Fazer um trabalho com 1 000 doentes não é o mesmo do que com 50. Com a coorte nacional, em vez de cada centro tratar os seus dados, pode-

remos todos trabalhar com dados nacionais e fazer o *follow-up* dos doentes para a vida toda. Seria um mecanismo muito importante para todo o tipo de investigação, desde estudos epidemiológicos a ensaios clínicos e de terapêutica», sublinha.

Teresa Branco convida os sócios da APECS a darem a sua opinião sobre o assunto, deixando sugestões de trabalhos que possam ter como base os dados de uma coorte nacional. Além disso, apela a uma participação mais ativa dos sócios nas reuniões e eventos da APECS. Esta participação pode também passar pelo reforço da comunicação, por exemplo através de *e-mail* (apecs@apecs.pt) e do *website* da APECS. ●



## FICHA TÉCNICA



**PROPRIEDADE:**  
Associação Portuguesa para o  
Estudo Clínico da SIDA  
Av. 5 de Outubro, n.º 10 - 6.º piso, sala 3  
1050 - 056 Lisboa  
E-mail: [apecs@apecs.pt](mailto:apecs@apecs.pt)  
[www.apecs.pt](http://www.apecs.pt)  
Tel.: (+351) 213 162 386  
Fax: (+351) 213 534 194



**EDIÇÃO:**  
**Esfera das Ideias, Lda.**  
Av. Almirante Reis, n.º 114, 4.º E  
1150 - 023 Lisboa  
Tel.: (+351) 219 172 815  
Fax: (+351) 218 155 107  
[geral@esferadasideias.pt](mailto:geral@esferadasideias.pt)  
[www.esferadasideias.pt](http://www.esferadasideias.pt)

**Direção:** Madalena Barbosa  
([mbarbosa@esferadasideias.pt](mailto:mbarbosa@esferadasideias.pt))  
**Gestor de projetos:** Tiago Mota  
([tmota@esferadasideias.pt](mailto:tmota@esferadasideias.pt))

**Textos:** Luís Garcia  
**Fotografia:** Luciano Reis  
**Design:** Filipe Chamberl

## APOIO:



# GILEAD

NOTA: os textos desta publicação estão escritos segundo as regras do novo Acordo Ortográfico.

# 13º ENCONTRO NACIONAL

# DE ATUALIZAÇÃO EM INFECIOLOGIA

25 a 27 setembro 2013  
Porto Palácio Hotel



Prazo-limite para entrega de *abstracts*:  
**31 de julho de 2013**  
Prémios para os 3 melhores trabalhos.

### INFORMAÇÕES E INSCRIÇÕES:

Secretariado do 13.º ENAI  
AddSolutions - Av. Guerra Junqueiro, n.º 10, 1.º Esq.  
1000-167 Lisboa  
Tel: 218 444 460 - email: 13enai@addsolutions.pt  
[www.13enai.pt](http://www.13enai.pt)



Serviço de Doenças Infecciosas (CHP, EPE/Unidade Joaquim Urbano)



PATROCÍNIO CIENTÍFICO



APOIO GRÁFICO



COLABORAÇÃO

