



editorial

15 anos pela vida

É com muito orgulho e satisfação que o Grupo Pela Vidda/SP completa 15 anos de luta contra a Aids. Nascemos em 1989, alguns meses depois de fundado o Grupo Pela Vidda/Rio, com o mesmo propósito de promover a integração das pessoas vivendo com HIV e Aids, o respeito à cidadania e também incentivar a participação de todos no enfrentamento da epidemia com ações que contribuam para a prevenção e o controle da Aids.

Nesses 15 anos, além das perdas irreparáveis, vieram aprendizados e conquistas. Sem abandonar a cultura da solidariedade, renovamos nossa esperança a cada dia. Baseados no trabalho comunitário e essencialmente voluntário, temos realizado diferentes ações.

Abrimos espaço para a convivência, a discussão da experiência de viver com Aids e o desenvolvimento de respostas coletivas. Oferecemos serviços especializados gratuitos como aconselhamento psicológico e assistência jurídica, que buscam atender às necessidades das pessoas vivendo com HIV e Aids.

Também implementamos ações de prevenção dirigidas às populações mais vulneráveis ao risco de infecção pelo HIV, como os profissionais do sexo e os homossexuais masculinos. E nunca deixamos de exercer o ativismo independente, o acompanhamento crítico das políticas de HIV/Aids, participando de espaços formais de representação, sempre nos unindo às demais entidades de luta contra a Aids.

Mas uma das principais missões do Pela Vidda/SP sempre foi, sem dúvida, a produção e a difusão de informações. Por isso, muito nos alegra termos chegado à 38ª edição de *Cadernos Pela Vidda*, mantendo a chama acesa por Herbert Daniel, um dos fundadores do grupo, descrita na primeira edição da publicação: “a informação tem que ser provada na prática daqueles que convivem diretamente com a epidemia. Não apenas na intimidade individual de um consultório, mas na praça pública da existência coletiva”.

Assim, *Cadernos Pela Vidda* tem acompanhado, ao longo dos anos, as descobertas e a evolução dos tratamentos, buscando sempre disponibilizar ao público conteúdos que contribuam para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

É isso que trazemos, mais uma vez, neste número, ao abordar as novidades da última conferência internacional, informações sobre efeitos colaterais dos medicamentos, doenças oportunistas, testes diagnósticos, ativismo e cultura, com destaque para a mostra de cinema em comemoração aos nossos 15 anos.

Esta edição é dedicada a todos que fizeram e fazem parte da história do Pela Vidda, inclusive aqueles que partiram e que deram muito de suas vidas para chegarmos até aqui. Aos fundadores, membros, voluntários, colaboradores e amigos queremos afirmar que continuaremos insistindo em nosso grito de disposição: **VIVA A VIDA!**

sumário

- **atualização**
Conferência Internacional de Aids. **4 a 7**
- **tratamento**
A importância da adesão. **8 a 11**
- **efeitos colaterais**
Lipodistrofia. **12 a 15**
Doenças do coração. **17 a 19**
- **co-infecção**
Aids e hepatite C. **19 a 21**
- **diagnóstico**
Teste de genotipagem. **22 a 25**
- **alerta**
Superinfecção. **26 e 27**
- **cultura**
Cinema Mostra Aids. **28 e 29**
- **ativismo**
Manifesto das ONGs brasileiras em Bangcoc. **30**

Tendo em vista as limitações de financiamento, *Cadernos Pela Vidda* reduziu sua periodicidade. No entanto, as novidades sobre tratamentos e qualidade de vida poderão ser conferidas permanentemente no site do Grupo: www.aids.org.br.

Conferência Internacional de Aids: nenhuma revolução

Cadernos Pela Vidda traz um resumo do que foi apresentado de mais relevante na 15ª Conferência Internacional de Aids, que aconteceu em Bangcoc, Tailândia, em julho de 2004, reunindo mais de 20.000 pessoas de 160 países.

A 15ª Conferência Internacional de Aids, realizada em Bangcoc, Tailândia, em julho de 2004, centrou-se, principalmente, na discussão da ampliação das políticas de acesso aos tratamentos nos países em desenvolvimento.

“Saímos deste encontro sabendo que ainda temos um longo caminho a percorrer no que se refere ao acesso aos tratamentos. Todos os países que apresentam grandes necessidades ainda têm pouco acesso”, disse Anthony Fauci, diretor do Instituto Nacional de Alergia e Doenças Infecciosas dos Estados Unidos.

A Aids tornou-se, sem dúvida, uma das piores epidemias da história, matando mais de 20 milhões de pessoas, especialmente nos países pobres. Com isso, as conferências deixaram de focar a necessidade da descoberta de uma cura para a doença, e passaram a priorizar a discussão dos caminhos possíveis para oferecer ao maior número de pessoas, os tratamentos atualmente disponíveis.

Bangcoc foi escolhida como sede da conferência para chamar a atenção da mídia na Ásia, onde a epidemia cresce vertiginosamente, e por servir de exemplo, uma vez que a Tailândia, assim como o Brasil, tem conseguido enfrentar a Aids com bons resultados.

Ciência ficou em segundo plano

A conferência de Bangcoc anunciou poucas novidades científicas, se comparada com os encontros anteriores, marcados por grandes descobertas sobre terapias e drogas, além de novas percepções sobre o comportamento do vírus HIV no organismo dos soropositivos. Dessa vez, aspectos sociais, econômicos, legais e políticos da Aids ganharam maior destaque.

Não houve nenhuma revolução apresentada na Conferência, mas surgiram novas informações sobre tratamentos. Os 20 anti-retrovirais atualmente aprovados no mundo permitem realizar 1.333 combinações diferentes de coquetel de três drogas. Assim, inúmeros estudos patrocinados pelos laboratórios foram apresentados em Bangcoc, abordando novas combinações, novas dosagens, efeitos colaterais, adesão e outros. Foram apresentados, por exemplo, estudos promissores sobre a redução dos efeitos colaterais associados à terapia de drogas anti-retrovirais.

Para que serve uma conferência?

Qual o verdadeiro papel de uma conferência internacional de grande porte? Ela contribui efetivamente para a luta contra a Aids? Questões como essas permearam diver-

sas discussões em Bangcoc.

Realmente chamou a atenção o pequeno número de cientistas num encontro que reuniu mais de 20 mil participantes. Representantes de associações, como Joep Lange, presidente da Sociedade Internacional de Aids e co-diretor da conferência, declararam a preferência por um encontro em menor escala. Por outro lado, o senador tailandês Mechai Viravaidya disse que o encontro serviu para noticiar a pandemia bem como responsabilizar os líderes mundiais. “Eu realmente acredito que há uma chance real de evolução”, disse Peter Piot diretor da Uniaids.

No encerramento da conferência, líderes mundiais da luta contra a Aids clamaram pela renovação do ímpeto político e financeiro e expressaram sua indignação diante do imenso número de infectados pelo HIV no mundo. Numa dura avaliação, um grupo de líderes declarou que as falhas nas políticas de prevenção e a falta de ação coletiva contribuíram para que 20 milhões de pessoas morressem de Aids desde o início dos anos 80.

A conferência, que durou seis dias, foi marcada também pela disputa de verbas entre as inúmeras instituições comprometidas com a causa. Além disso, novas lideranças mundiais se

comprometeram a entrar na luta contra a epidemia que agora ameaça a Ásia e o Leste Europeu – com resultados catastróficos parecidos àqueles vividos pela África Subsariana.

Nelson Mandela e a líder indiana Sonia Ghandi encabeçaram um grupo de políticos de alto escalão e ativistas que clamavam por unidade e vultosas verbas para enfrentar a epidemia. “Não poderei descansar até ter a certeza de que a resposta global será suficiente para mudar a rota desta epidemia”, declarou Mandela.

A Organização das Nações Unidas (ONU), por sua vez, afirmou que o mundo deve mudar sua postura e desenvolver uma estratégia de longo prazo para confrontar o crescente problema. Só no ano passa-

do, foram detectados cerca de 5 milhões de novos casos de infecção pelo HIV. Um quarto desses novos casos está na Ásia. Índia, China e Indonésia, que possuem 40% da população mundial, são vistos como os mais importantes focos de batalha para os próximos três anos. “A Ásia deve se mobilizar para que não siga o mesmo caminho trilhado pela África do Sul. Mais: deve entender que as populações estão vulneráveis”, avaliou o ativista sul-africano Zackie Achmat.

Mesmo diante da promessa de novos investimentos, alguns atritos continuam a perturbar o cenário, principalmente sobre a decisão dos Estados Unidos de financiar projetos por meio de acordos individuais. Os Estados Unidos prometeram as maiores verbas para enfrentar a do-

ença – 15 bilhões de dólares em cinco anos – mas os ativistas disseram que a verba ainda é muito pequena e criticaram a política de abstinência sexual defendida pelo presidente George W. Bush como forma de evitar a propagação da Aids. O presidente da França, Jacques Chirac, criticou a política comercial dos Estados Unidos alegando que ela favorece aos gigantes conglomerados farmacêuticos ocidentais e, conseqüentemente, dificulta o acesso dos países pobres às drogas anti-HIV mais baratas.

Ainda é prematuro saber qual será o legado da Conferência de Bangcoc. No final, pode ser que tanto os avanços médico-científicos quanto as articulações políticas tenham desempenhado importantes papéis no enfrentamento da epidemia da Aids.

Vacinas não podem ser esquecidas

Embora o número de candidatas a vacinas tenha crescido desde a conferência anterior, especialistas afirmaram que uma vacina eficaz só estará disponível dentro de, no mínimo, 10 anos.

De acordo com relatório divulgado em 12 de julho pela IAVI (International Aids Vaccine Initiative), pesquisas com vacina re-

querem, em geral, quase o dobro de verbas em relação às demais. Além disso, os pesquisadores podem ter de começar do zero, caso os estudos em curso não apresentem bons resultados.

Apenas 3% dos recursos destinados ao controle da Aids são investidos no desenvolvimento de uma vacina contra o vírus HIV. Grande objetivo durante os primeiros anos da epidemia, a vacina foi perden-

do interesse por parte do universo científico em função da enorme dificuldade que implica seu desenvolvimento.

Mas os cientistas e ativistas que atuam neste campo querem relançar a iniciativa: “Só uma vacina pode acabar com a doença”. Este é o pensamento de Seth Berkley, presidente da IAVI, organização sem fins lucrativos que conta com o patrocínio da Fundação Bill Gates e dos

governos dos EUA, Holanda, Reino Unido, Suécia e Canadá. “Todas as estratégias de prevenção são necessárias, mas só a vacina pode acabar com a epidemia”, insistiu Berkley durante sua apresentação na Conferência de Bangcoc.

A boa notícia é que, desde a Conferência de Barcelona de 2002, subiu para trinta o número de vacinas em pesquisa. Dezenove países estão realizando ensaios em diversas fases para avaliá-las.

Epidemia não pára de crescer

O número de pessoas infectadas com o vírus da Aids continua aumentando em todas as regiões do mundo e calcula-se que já supere 37,8 milhões, o que é atribuído em parte às limitações dos programas de prevenção, segundo o relatório anual do Unaid - programa da ONU contra a Aids.

O relatório alertou que entre as situações mais graves estão a alta ocorrência da Aids entre as jovens grávidas na África subsaariana e a disseminação da epidemia na Europa oriental e na Ásia central devido ao consumo de drogas injetáveis.

Em vários países ricos, as

relações homossexuais tiveram papel importante na propagação da epidemia em 2003 e, segundo os números mais recentes, são responsáveis por 25 por cento das infecções registradas na América do Norte.

Apenas uma em cada cinco pessoas tem acesso a serviços de prevenção e somente 7% dos portadores do vírus em países pobres têm acesso a remédios contra a doença.

Segundo as estimativas, em 2005 serão destinados 6 bilhões de dólares para a luta contra a Aids, quando de fato serão necessários 12 bilhões, enquanto os recursos requeridos em 2007 serão de 20 bilhões de dólares.

Cerca de 4,8 milhões de

pessoas contraíram o HIV em 2003, enquanto outros 2,9 milhões morreram no mesmo período. A Aids matou mais de 20 milhões de pessoas desde que o primeiro caso foi identificado, em 1981. Até agora, a principal conquista foi a melhoria da qualidade de vida dos portadores do vírus, mas apenas nos países que disponibilizam os medicamentos.

Depois da África do Sul, com 5,3 milhões de infectados, a Índia registra o maior número de pessoas com Aids, com cerca de 4,6 milhões.

Mais de 1/3 de todas as pessoas vivendo com HIV/AIDS têm menos de 25 anos de idade. Já número estimado de órfãos por causa da Aids aumentou nos

últimos dois anos, de 11,5 milhões para 15 milhões. A mais alta taxa de infecção no mundo – 38% em adultos – é em Botswana.

Mais de 90% dos soropositivos não sabem que são portadores do vírus, o que dificulta a prevenção da doença. Somente uma em cada cinco pessoas em risco tem acesso a prevenção contra o HIV. Na China, que tem 840.000 pessoas com HIV e Aids, existem menos de 200 médicos habilitados para tratar a doença.

A luta contra o preconceito também está longe do fim. De um total de 160 países pesquisados, 104 exigem teste anti-HIV para fins de concessão de visto permanente, de moradia ou de trabalho.

Microbicidas, a promessa

Os testes com microbicidas - para proteger mulheres de se infectarem durante o sexo - já envolvem mais de 28 mil mulheres nos Estados Unidos, África e Ásia. O microbicida também protegeria os parceiros sexuais da mulher de serem infectados. A necessidade de um microbicida é ainda mais urgente porque não há vacina para o HIV.

Zeda Rosenberg, chefe da organização Parceria Internacional para Microbicidas (International Partnership for Microbicides) – que solicita uma verba de 1 bilhão de dólares para

projetos de pesquisa – disse na conferência que, embora seis microbicidas sejam candidatos a iniciar os testes clínicos, não espera que haja um produto eficaz disponível antes de cinco ou sete anos.

“Microbicidas não serão balas mágicas e provavelmente não serão tão eficazes quanto os preservativos, cuja proteção é de quase 100%”, disse Zeda.

Um microbicida ideal tem que ser capaz de matar o HIV na vagina e no colo do útero; impedir qualquer vírus que escape de se ligar às células, a forma como o HIV inicia a infecção; bloquear as enzimas que o HIV utiliza para sua replicação.

Genéricos são eficazes

O primeiro grande estudo com medicamentos genéricos para Aids, realizado pela ONG Médicos Sem Fronteiras, e pelo Instituto de Pesquisa para o Desenvolvimento da Universidade de Montpellier, da França, revelou que os genéricos funcionam tão bem quanto as drogas de marca.

A pesquisa, realizada em 21 países em desenvolvimento, foi baseada em doses fixas de três remédios genéricos (duas pílulas ao dia, com custo anual estimado em 140 dólares, por pessoa). Uma combinação das mesmas três drogas comparadas separadamente dos

laboratórios Glaxo Smith Kline, Bristol-Myers Squibb e Boehringer-Ingelheim exige seis pílulas diárias – aproximadamente 562 dólares por pessoa, ao ano.

A questão é importante porque os EUA têm-se recusado a permitir que os US\$ 15 bilhões que destinaram para o combate à Aids no Terceiro Mundo sejam usados em medicamentos genéricos, argumentando que não há prova suficiente de que são eficazes.

Existem atualmente pelo menos 27 produtores locais de anti-retrovirais genéricos na Ásia (distribuídos em oito países), quatro na América Latina e apenas um na África.

Brasil lidera intercâmbio

Foi criada em Bangcoc, sob a coordenação do Brasil, uma rede de transferência de tecnologia entre países para a produção de medicamentos para Aids. O acordo foi assinado por representantes dos governos do Brasil, Rússia, China, Nigéria, Ucrânia e Tailândia. Além de medicamentos, o acordo prevê ainda o intercâmbio de tecnologia para a produção de preservativos e de exames de Aids (CD4, carga viral e testes de detecção do HIV). Esses países, juntos, têm quase 1/3 da população mundial e estão localizados nas regiões mais atingidas pela Aids: África, Ásia, Leste da Europa e América Latina e Caribe. Além disso, a transferência de tecnologia pode resultar em novas drogas ou no aperfeiçoamento dos medicamentos atuais,

mesmo daqueles protegidos por patentes. Com os genéricos e as inovações nos medicamentos que já existem, os países podem aumentar o leque de alternativas existentes para o tratamento da Aids. Em nota distribuída, o Programa de Aids brasileiro afirmou que “a criação da rede neste momento também é uma medida preventiva. A partir de 2005 todos os países signatários da Organização Mundial do Comércio - OMC - deverão se adequar à lei internacional de patentes, o Trips, o que pode levar à redução dos investimentos nos países em genéricos e, conseqüentemente, aumentar o custo do tratamento para Aids.”

Vários representantes das ONGs/Aids brasileiras estiveram presentes em Bangcoc, onde distribuíram manifesto (*confira à página 30*), que reivindica acesso a tratamento para todos.



Ricos devem perdoar dívida da África

O chefe da agência da Organização das Nações Unidas para a Aids (Unaid), Peter Piot, conclamou que a dívida externa dos países africanos seja cancelada e o dinheiro investido em programas para controlar a epi-

demia de Aids. Na cerimônia de encerramento da conferência, Nelson Mandela, ex-presidente da África do Sul, também pediu aos países desenvolvidos e às empresas privadas que forneçam mais dinheiro ao Fundo Global para a Luta contra a Aids, a Tuberculose e a Malária, uma agência da ONU.

Sobrevida em São Paulo

O coordenador do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, Dr. Artur Kalichman, e equipe do Centro de Referência e Treinamento (CRT/SP), apresentaram na Conferência um trabalho de avaliação da sobrevida dos pacientes atendidos pela instituição. O estudo avaliou 3,6 mil pacientes de Aids adultos, que procuraram o CRT/SP entre 1992 e 1998 e estavam sendo acompanhados entre 1992 e 2003. Observou-se que, a partir de 1997, todos os pacientes passaram a viver

mais, em virtude do amplo acesso à terapia anti-retroviral. Notou-se ainda que, daqueles que se infectaram por via sexual, 70% ainda estavam vivos cinco anos depois.

Por outro lado, entre os que foram infectados por causa do uso de droga injetável, este índice caiu para 50%, pois esses pacientes fazem o diagnóstico mais tarde e costumam frequentar menos o serviço de saúde e ter menos adesão ao tratamento. Estas informações são da Agência de Notícias da Aids, que fez a cobertura da Conferência de Bangcoc (www.agenciaaids.com.br)



É possível eliminar a transmissão vertical

Novos estudos indicaram que a combinação de AZT e nevirapina é a melhor maneira de evitar, entre as populações dos países pobres, que mães infectadas transmitam o vírus da Aids para seus bebês. Além disso, a nevirapina e o AZT são relativamente baratos e estão disponíveis em versões genéricas.

Com o uso combinado dos dois medicamentos, o vírus é transmitido em ape-

nas 2% dos nascimentos. Mães que não recebem nenhum tipo de tratamento têm de 25% a 50% de possibilidades de infectar os filhos no nascimento ou por meio da amamentação. Segundo a OMS, cerca de 700.000 crianças foram infectadas dessa forma em 2003, 90% delas na África.

No entanto, foi constatado que há a possibilidade da mãe, tratada com nevirapina durante a gestação, desenvolver um tipo de vírus da Aids resistente a esse medicamento, o que poderia dificultar seu tratamento anti-retroviral futuro.

Fontes: Site oficial da Conferência (www.aids2004.org); Kaiser Family Foundation (www.kaisernetwork.org); International Aids Society (www.ias.se); NAM (www.aidsmap.org); The New York Times (www.nytimes.com); Agência de Notícias da Aids (www.agenciaaids.com.br)

Adesão de pacientes a tratamento ainda não é a ideal

Seguir o tratamento corretamente, tomando todos os medicamentos de acordo com a prescrição médica, na hora certa e da forma adequada. A adesão é o fator mais importante no sucesso do tratamento anti-HIV. Recente pesquisa nacional realizada pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), mostra que pelo menos 27% dos pacientes brasileiros em tratamento anti-retroviral não seguem corretamente as prescrições médicas.

O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a adotar a política de distribuição em grande escala de medicação anti-retroviral. A taxa de adesão verificada ainda não é a ideal, mas revela que essa política está no caminho certo.

Mas porque a adesão ao tratamento é tão importante? Muitas pessoas acham difícil seguir a medicação, especialmente em tratamentos para doenças crônicas, de longo prazo. No caso da Aids, a não adesão faz com que os remédios percam a eficácia, a carga viral aumente e a doença avance, limitando futuras possibilidades de tratamento do paciente.

Cada detalhe é importante. Alguns remédios, por exemplo, precisam ser tomados durante a refeição, para garantir que o corpo os absorva de-

vidamente. Outros precisam ser ingeridos de estômago vazio, em um certo horário antes ou depois das refeições. Deixar de tomar algumas doses, tomar doses erradas ou tomar o remédio de forma que seja pouco absorvido pode causar resistência aos remédios. Isto porque o HIV pode desenvolver resistência a um medicamento se o nível dele no sangue for baixo demais para impedir o vírus de se reproduzir.

Os resultados são potencialmente perigosos: uma vez desenvolvida resistência ao vírus, o tratamento provavelmente deixa de funcionar e as chances do paciente adoecer por causa do HIV são maiores, já que a quantidade de vírus no sangue aumenta e a contagem de CD4 diminui. Além disso, mudar de tratamento inclui a ingestão de mais remédios e novos efeitos colaterais.

Se o tratamento for interrompido, a contagem de CD4 provavelmente cairá até o nível anterior ao tratamento em um prazo de seis meses ou menos, independentemente de quanto alto ele se encontra no momento da interrupção. Caso o paciente tenha tido uma doença indicativa de Aids antes de começar a terapia combinada, aumentam em cinco vezes as chances de um declínio do CD4 para menos de 200 células (nível de risco para outras

doenças relacionadas à Aids) se comparado a alguém que começou o tratamento com uma contagem mais alta de CD4.

Qual é o nível de adesão necessário?

Pesquisas sugerem que a melhor resposta ao HAART (Terapia Anti-retroviral Altamente Ativa - terapia combinada com três ou mais drogas) é observada quando a adesão é de 100%. Os níveis de adesão abaixo de 95% têm sido associados à baixa supressão da carga viral do HIV e pequeno aumento na contagem de CD4. A abordagem mais segura é deixar de tomar o mínimo de doses possível, já que qualquer queda nos níveis dos remédios oferecerá oportunidades de desenvolvimento para as cepas (tipos) do HIV que forem menos suscetíveis à ação das drogas que o paciente está tomando.

Uma grande variedade de fatores como estilo de vida, apoio oferecido pela família e pela equipe de saúde e o tipo de medicação, influencia a adesão ou não dos soropositivos ao tratamento. Isto significa que não existe a melhor solução para todos. Ainda é uma decisão difícil escolher qual é o melhor momento para iniciar a administração do coquetel. No entanto, quanto mais

motivado e consciente o paciente estiver, maiores são as chances da adesão ser efetiva e completa.

Enfrentando obstáculos

Em muitos casos, problemas externos ou não à doença podem prejudicar a continuidade do tratamento. Falta de dinheiro, desemprego, habitação inadequada, uso de drogas e sentimento de isolamento e solidão podem afetar a capacidade de adesão. A depressão é também problema comum entre portadores de HIV. Por isso, o apoio de outras pessoas, como amigos ou família, é fundamental. Quanto mais cedo o paciente procurar ajuda, melhores serão os resultados de adesão ao tratamento.

Alguns efeitos colaterais são especialmente problemáticos no início de um novo tratamento, mas eles desaparecem, na maioria dos casos, em um prazo curto. Esses efeitos podem incluir problemas estomacais, enjôos e vômitos, pesadelos ou a sensação de atordoamento. Mas nada disso deve ser pretexto para a não adesão ou interrupção do tratamento.

O esquecimento é outro motivo muito comum para as pessoas deixarem de tomar os remédios. Contra isso, valem os lembretes e sinais que ajudam a memorizar horários e doses corretas.

Tratamentos e estilo de vida

Ritmo de trabalho, alimentação, sono. Conscientizar-se de detalhes como esses, que caracterizam o estilo de vida de cada um, antes de



iniciar o tratamento, faz aumentar as chances de sucesso na adesão. Além disso, é preciso considerar não somente as experiências de tratamentos anteriores, mas também necessidades e preferências sobre a frequência da medicação, possibilidades de efeitos colaterais e fortes interações, por vezes, prejudiciais, com outras medicações.

Combinações de três ou mais vezes ao dia são mais difíceis de aderir do que combinações ministradas com menos frequência. É possível o médico planejar uma combinação de todas as três principais classes de drogas anti-HIV que exija não mais do que duas doses ao dia.

Muitos pacientes ainda vivenciam problemas reais de adesão até mesmo quando estão sob tratamentos, considerados simples, uma vez que incluem menos doses ou comprimidos. Entretanto, até mesmo os tratamentos mais acessíveis, devem ser compatíveis com as realidades da vida com HIV e a medicação.

Interações e efeitos colaterais

Efeitos colaterais são uma das razões mais comuns para as pessoas deixarem de tomar as doses. Certas interações são mais prováveis de

ocorrer com alguns tratamentos e drogas específicas. Algumas doses anti-HIV podem também interagir com remédios prescritos para tratar outros problemas de saúde ou com entorpecentes.

Para as mulheres grávidas, vale a afirmação: os tratamentos são muito eficazes na prevenção de transmissão ao HIV de mãe para filho, mas somente se eles estiverem sendo seguidos corretamente.

Em relação às crianças, pode haver resultados diferentes de adesão em função das faixas etárias. Alimentação e fortes restrições, por exemplo, podem ser obstáculos para crianças ou jovens.

Outros profissionais de saúde

Todos os serviços que atendem HIV/Aids deveriam ter grupos de adesão, mas infelizmente não é o que ocorre no Brasil. Este serviço deveria contar com:

→ Especialistas em saúde mental, como psiquiatras, psicólogos, enfermeiras e orientadores, que possam oferecer tratamento e apoio, caso o soropositivo sinta necessidade.

→ Profissionais especializados que possam dedicar tempo à discussão sobre adesão.

→ Farmacêuticos que às vezes podem conversar sobre como tomar os medicamentos e possíveis interações com outras drogas e tratamentos.

→ Nutricionistas que ofereçam orientação em relação à dieta alimentar e aos efeitos colaterais.

→ Assistentes sociais que contribuam nas questões práticas, inclusive relacionadas à habitação, emprego e qualidade de vida.

Dicas sobre adesão

Esquecimento

O simples esquecimento é uma razão comum para deixar de tomar as doses de drogas anti-HIV. Tentar descobrir as causas do esquecimento é o caminho mais curto para diminuir a reincidência do descuido. Em alguns casos, o médico pode flexibilizar o esquema de horário ou alterar para uma combinação mais apropriada.

Mantendo um esquema

Quando o soropositivo inicia uma nova combinação, possivelmente vai se deparar com problemas tais como desordem no horário de ingestão dos comprimidos e nas refeições. Para evitá-los, médicos e farmacêuticos podem fornecer dicas de um esquema diário para que o paciente não se sinta desorientado.

Armazenando comprimidos

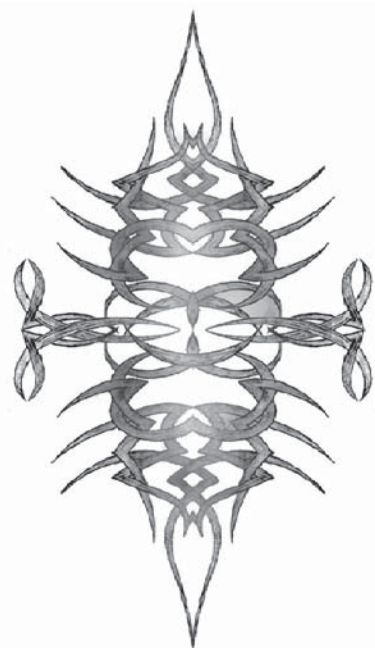
Recipientes com divisórias para uma semana ou alguns dias com doses individuais diárias podem ajudar. Algumas drogas deterioram se não são armazenadas corretamente. O recipiente do indinavir, por exemplo, vem com pequenos dispositivos que mantêm as cápsulas

secas e livres de vazamento. Algumas pessoas mantêm as drogas em diferentes lugares onde possivelmente estarão no horário da ingestão da medicação (em casa, no trabalho etc). É preciso ter certeza de que a medicação esteja armazenada com segurança, fora do alcance das crianças. Temperaturas extremas podem deteriorar a maioria das medicações.

Superando dificuldades

Para algumas pessoas, tomar os comprimidos pode ser um problema dependendo do seu tamanho, formato e textura. Em casos extremos, tomar uma quantidade exata de formulações líquidas pode ser uma possibilidade. Uma seringa de uso oral poderá auxiliar o paciente nesse processo, porém é necessário lavá-la e secá-la completamente após cada uso. Mas só o médico pode decidir sobre isso.

A utilização de um triturador de comprimidos também pode tornar mais fácil sua ingestão. No entanto, as drogas devem ser apropriadas para esse processo e você deve se informar sobre isso com o médico e o farmacêutico do serviço de saúde onde você retira os medicamentos



Tomada única diária

Segundo um artigo publicado na edição de Julho de 2004 do *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, a tomada única diária (todos os medicamento, uma única vez por dia) é um importante fator que facilita a adesão, mas existem vários outros motivadores. Os regimes de tomada única tornaram-se uma realidade recentemente e passaram a ser vistos como uma possibilidade de melhoria da adesão ao tratamento.

Dentre os obstáculos à adesão estão o número de comprimidos, os efeitos colaterais, as restrições alimentares, a frequência das doses e o tamanho dos comprimidos. O estudo também verificou que, de sete tipos de tratamento, de uso corrente, aquele que os pacientes relataram como mais fácil de aderir era o regime de duas vezes por dia, sem restrições alimentares.

Os pesquisadores avaliaram o impacto de dez fatores ao mesmo tempo e sua relação com a adesão, em um total de 299 pacientes HIV-positivos, em seis cidades dos EUA. Os pacientes tinham uma média de idade de 43 anos, 76% homens, 45% afro-americanos, 37% brancos, 15% hispânicos e 3% asiáticos. O modo de transmissão mais frequente foi o sexo entre homens (57%). A maior parte dos pacientes (55%) tinha começado a tomar o coquetel anti-Aids antes de 1999 e 63% tinham tido três ou mais regimes diferentes de tratamento. Cerca de 75% dos pacientes declararam ter falhado pelo menos uma vez no tratamento nos últimos três meses, sendo que 10% disseram que tinham esqueci-

do de tomar as doses nove ou mais vezes.

Dentre os efeitos colaterais causados pelos medicamentos anti-retrovirais, apontados como dificultadores da adesão, os mais frequentemente relatados foram: dores nos membros inferiores ou articulares (44%), náuseas (44%), parestesias dos membros inferiores (38%), dores de cabeça (38%) e lipodistrofia (26%).

As dez situações pesquisadas foram o número total de comprimidos por dia, a frequência de tomada diária, os efeitos colaterais, o tamanho dos medicamentos, a repetição do número de doses, os custos, o número total de prescrições, o número de embalagens de medicamentos e a tomada na hora de dormir.

Os fatores com maior influência na adesão foram o número total de comprimidos por dia (14%), frequência das tomadas (13%), efeitos secundários (12%), restrições alimentares (11%) e o tamanho dos comprimidos (10%).

Os fatores considerados mais úteis na promoção da adesão incluíam dois comprimidos por dia tomados de uma só vez, sem restrições de dieta, pequenos comprimidos, em embalagem simples.

Já o regime mais difícil, que dificulta a adesão, é o que tem duas tomadas diárias, mas com um total de 13 comprimidos, cinco dos quais devem ser tomados com as refeições. Este regime também obriga o paciente a utilizar três embalagens de comprimidos e prestar a atenção em três prescrições.



Lipodistrofia: saiba como prevenir e tratar

A lipodistrofia caracteriza-se pelas alterações na massa corpórea em pessoas soropositivas que estão passando pela Terapia Anti-retroviral Altamente Ativa (HAART), também conhecida como terapia de combinação ou coquetel.

Pode ocorrer aumento de gordura na região do abdômen/ventre (gordura central), entre os ombros, em volta do pescoço ou no tórax (especialmente em mulheres) ou perda de gordura da pele, mais aparente nos braços, pernas, nádegas e rosto, resultando em enfraquecimento da face, atrofiamento das nádegas e veias aparentes nas pernas e braços. Somente este tipo específico de perda de gordura está diretamente relacionado ao HIV. O aumento de peso pode ser causado por mudanças no metabolismo que também ocorrem em pessoas não infectadas.

O ganho central de gordura, que também interfere na alimentação, se dá no abdômen, tornando-o estufado e consistente. Além disso, essas mudanças podem vir acompanhadas por alterações no metabolismo – níveis de gordura e açúcar no sangue – e pelo aparecimento de pequenas alterações de gordura em algumas partes específicas do corpo, os chamados lipomas.

As transformações na gordura do corpo não aparecem apenas para piorar o estado de saúde do paciente no futuro. Elas podem ser irritantes e desconfortáveis. Mudanças persistentes no metabolismo do açúcar e da gordura, junto com aumento da gordura central, podem aumentar o risco de doenças cardíacas, especialmente se estiverem associadas a outros fatores de risco como o cigarro ou a predisposição genética.

O que se deve buscar, portanto, é qualidade de vida.

Prevenindo e tratando as alterações na gordura do corpo

No momento, todas as estratégias de tratamento estão baseadas em pressuposições, já que ainda não é possível identificar as causas reais da lipodistrofia. Existem mais evidências de que as combinações baseadas no medicamento D4T podem aumentar o risco de perda de gordura. Também está claro que as pessoas que iniciam o tratamento com uma combinação que contém inibidores da transcriptase reversa não-análogo de nucleosídeo (ITRNN) parecem ter menos aumento de lipídio. A lipodistrofia pode ser adiada caso o soropositivo não inicie uma terapia

de combinação, mas o risco de não estar passando por nenhum tratamento contra o HIV deve ser considerado, pois é fato que a perda de gordura é mais comum em pessoas que começam o tratamento com contagem de células CD4 abaixo de 200.

Lipodistrofia e mudança de tratamento

Não há uma evidência forte vinda de grandes estudos mostrando que mudar o tratamento com um inibidor de protease para uma combinação sem essa classe de droga diminui a perda de gordura do corpo. Pequenas melhoras no acúmulo de gordura abdominal apareceram em alguns estudos pequenos, mas a taxa de perda de gordura pode diminuir após essa mudança. Ainda é incerto que a perda seja interrompida, ou retomada, caso haja mudança de nucleosídeos análogos.

No entanto, alguns estudos têm mostrado que os níveis de lipídio, glicose e insulina normalmente caem após a mudança de um inibidor de protease para uma combinação baseada em ITRNN, especialmente nevirapina. Mas vale lembrar que eles podem não retornar a níveis normais. Qualquer mudança

no tratamento que possa melhorar as alterações na gordura do corpo ou os níveis de lipídios precisa ser balanceada contra as evidências claras de que pessoas que já usaram nucleosídeos e atingiram carga viral indetectável e, mais tarde, mudaram de um inibidor de protease para uma outra combinação, correm um grande risco de aumentar a carga viral novamente. Ou seja, se houver mudança no tratamento aumentam as chances do vírus tornar-se resistente e, então, estreitar as opções de tratamento no futuro. Mudar para uma nova combinação pode significar também o aparecimento de novos efeitos colaterais.

Interrupção do tratamento

Algumas pessoas escolhem interromper o tratamento com o objetivo de lidar com as alterações na gordura do corpo. No momento, não existem provas claras de que essa opção reverteria as alterações na gordura, mas os níveis de lipídio e insulina poderiam ser reduzidos em poucos meses. É importante estar ciente dos riscos de interromper o tratamento.

Se a Aids for diagnosticada antes do início da terapia de combinação, aumentam em cinco vezes as chances da carga CD4 cair ao nível de 200 células (o nível de risco para doenças futuras relacionadas à Aids) em relação aos casos em que os pacientes não tiveram Aids ou iniciaram o tratamento com um nível maior de células CD4. Interromper o tratamento com uma contagem de CD4 abaixo de 200 significa correr o risco de desenvolver doenças decorrentes da Aids imediatamente. Além disso, reiniciar o tratamento com a mesma droga pode não funcionar.

Tratando o ganho de gordura

Atualmente, não existe um tratamento que reverta todas as alterações na gordura do corpo. Algumas pessoas que interromperam o tratamento reportam melhoras, mas não voltam ao normal. Mudanças na dieta não apresentaram melhoras nas alterações de gordura no corpo; logo, comer menos parece não ajudar (mas isso pode contribuir para a redução dos níveis de colesterol). Ainda em fase de teste clínico, o hormônio de crescimento humano pode diminuir o acúmulo de gordura no abdômen e nos ombros. No entanto, efeitos colaterais como dores nas juntas, inchaço nas mãos e pés e surgimento de diabetes têm sido observados em algumas pessoas com lipodistrofia que receberam este tipo de tratamento.

Alguns esteróides anabólicos também estão sendo testados para o mesmo fim. O acúmulo de gordura na região abdominal em homens mais velhos tem sido relacionado à queda de testosterona. Os anabolizantes encorajam o crescimento do tecido de músculo na costa da gordura subcutânea e isso pode aumentar a taxa de perda de gordura no rosto e nos membros. Mas eles podem causar futuros aumentos no colesterol e ainda danificar o fígado.

Entre as alternativas para tratar a lipodistrofia em pessoas com HIV, a atividade física têm se mostrado uma boa opção. Exercícios de resistência, que definem os músculos e queimam os triglicérides estocados na gordura do corpo, associados a exercícios aeróbicos, ajudam a controlar essas transformações. Além disso, ambas as atividades fazem aumentar os níveis de colesterol HDL (“colesterol

bom”) e protegem contra doenças cardíacas. O ideal é, portanto, fazer uma combinação de exercícios aeróbicos (queima de oxigênio) como caminhadas, natação, ciclismo e até dança, e exercícios de resistência, como musculação.

Cirurgias plásticas e procedimentos estéticos

Nos casos de acúmulo de gordura, às vezes, a troca do esquema terapêutico, quando possível, e sempre por orientação do médico, pode trazer melhoras, levando à diminuição das gorduras dos seios e do abdômen. O excesso de gordura pode também ser tratado por procedimento cirúrgico ou lipoaspiração.

A perda de gordura da face tem sido muito valorizada ultimamente, pois compromete a estética, leva à diminuição da auto-estima e da qualidade de vida do paciente. No Brasil tem sido utilizado, por cirurgias plásticas e dermatologistas, o implante facial com metacrilato com excelentes resultados, levando a uma melhora do estado psicológico do paciente.

O tratamento da perda de gordura no rosto consiste no preenchimento das áreas atrofiadas, podendo ser utilizados materiais preenchedores temporários ou permanentes. Os preenchimentos temporários consistem de auto-implante de gordura, ácido hialurônico, colágeno, e ácido polilático. Sua duração varia de 3 a 9 meses, de acordo com o material utilizado, e normalmente são utilizados em casos leves, ou em áreas onde o preenchimento permanente não pode ser utilizado.

O metacrilato, a poliácridamida e o silicone são preenchedores permanentes, que em vários estudos tem demonstrado trazer melhores resul-

tados, principalmente na relação custo/benefício.

No Brasil, o mais utilizado é o metacrilato, pois além de se obter excelentes resultados estéticos e duradouros com este material, ele tem um custo menos elevado. O tratamento consiste de injeções, feitas paralelamente nas áreas atrofiadas. É um procedimento relativamente simples, mas que só deve ser realizado por profissional médico experiente e capacitado.

A correção destas alterações pode devolver ao paciente o aspecto normal, melhora sua auto-estima e permite uma convivência social mais tranquila.

Técnicas para o preenchimento cutâneo

O preenchimento cutâneo é uma técnica utilizada na cirurgia plástica para a correção de sulcos, rugas e cicatrizes. Consiste na injeção de substâncias sob a área a ser tratada elevando-a e diminuindo a sua profundidade, com consequente melhora do aspecto. A técnica, desenvolvida por dermatologistas, pode ser realizada no consultório, sendo um procedimento rápido e que não necessita nem mesmo de anestesia. Se desejado, podem ser utilizados anestésicos tópicos, sob a forma de cremes, aplicados uma hora antes do procedimento, para atenuar a sensação da picada da agulha. A técnica já é bastante utilizada para a correção do sulco nasogeniano (aquele que se acentua com o sorriso) ou os sulcos ao redor dos lábios. Algumas das substâncias mais utilizadas são o ácido hialurônico, o colágeno e o metacrilato.

O ácido hialurônico é atualmen-

te considerado um dos produtos mais seguros para a realização do preenchimento cutâneo. Apesar de ser produzido em laboratório, o ácido hialurônico é um componente natural da derme, segunda camada da pele, não causa alergias e dispensa testes prévios. A duração do preenchimento varia de 6 a 10 meses (Restylane) ou 10 a 16 meses (Perlane), sendo necessária nova aplicação após este período.

O colágeno é obtido a partir de animais (boi e porco) e necessita de 2 testes prévios para averiguar possível alergia ao produto. Precisa ser reaplicado a cada 6 meses pois também sofre reabsorção.

Já o metacrilato é um preenchedor definitivo. Por não ser reabsorvido pelo organismo, seus resultados são duradouros e é mais utilizado para correção de sulcos profundos. Alguns produtos comerciais necessitam de teste prévio por conterem pequena quantidade de colágeno em sua fórmula.

Uma variação desta técnica é o auto-enxerto de gordura, na qual retira-se gordura de uma área do corpo onde esteja em excesso (através de lipoaspiração) e injeta-se sob a ruga elevando-a. Esta, porém, já é uma técnica mais trabalhosa que exige anestesia e outros cuidados para a obtenção do material gorduroso a ser injetado. Ideal para aqueles que desejam livrar-se de gorduras extras em áreas localizadas e vão se submeter a uma lipoaspiração. A gordura retirada será então aproveitada para o preenchimento cutâneo. Uma parte da gordura injetada é reabsorvida porém boa parte dela permanece definitivamente no local. A técnica tem sido chamada de lipoescultura.

Sem cobertura

O maior problema é que os procedimentos para tratar a lipodistrofia ainda são considerados estéticos e raramente são cobertos pelos planos de saúde. Por sua vez, esse tipo de intervenção não está disponível das unidades do Sistema Único de Saúde que atendem Aids, com exceção de alguns poucos protocolos clínicos no Rio e em São Paulo. Esta é uma reivindicação antiga das ONGs/Aids, que levaram o problema à Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em dezembro de 2003, conforme consta no relatório final do evento.

Fontes: NAM, ONG do Reino Unido especializada em informações sobre tratamentos do HIV/Aids; Sociedade Brasileira de Dermatologia; Site: www.dermatologia.net (coordenado pelo Dr. Roberto Barbosa Lima); Dr. Márcio Serra.

Uso do metacrilato: além da estética

* Márcio Serra

A lipoatrofia facial continua sendo um dos mais marcantes efeitos adversos da infecção pelo HIV e tratamento com os anti-retrovirais. Hoje em dia sabemos, por exemplo, que os inibidores de transcriptase reversa, principalmente a estavudina (D4T), causam toxicidade às mitocôndrias das células de gordura, o principal mecanismo responsável pela perda do tecido adiposo periférico.

O uso do polimetilmetacrilato para tratamento da lipoatrofia facial, dos pacientes infectados pelo HIV com lipodistrofia, já apresenta cinco anos de acompanhamento e tem se mostrado um método seguro, relativamente simples, e de melhor relação custo benefício, quando comparado a outros preenchedores, permanentes ou não, utilizados para o tratamento da lipoatrofia facial, como o ácido polilático, ácido hialurônico, poliácido metacrilâmido, auto-transplante de gordura, e silicone (pela técnica de micro-gotas).

Os resultados cosméticos são excelentes, mas a grande vantagem do tratamento é que ajuda a res-

gatar a auto-estima dos pacientes, que, segundo seus depoimentos, voltam a se reconhecer ao espelho, conseguindo modificar seu quadro psíquico e, desta forma, adquirir uma melhora impressionante de sua qualidade de vida, acabando por auxiliar no tratamento anti-retroviral, pois ficam mais estimulados e passam a ter uma melhor adesão ao tratamento.

Atualmente, o Ministério da Saúde mantém um protocolo de pesquisa para tratamento da lipoatrofia facial com o metacrilato, do qual participará um total de 300 pacientes no Rio de Janeiro (HUCFF) e em São Paulo (HIER), para avaliação do método e posterior extensão do tratamento aos pacientes.

Mas, infelizmente, a lipoatrofia não ocorre somente na face, e a cada dia os pacientes se queixam cada vez mais do afinamento dos membros superiores e inferiores, visualização do arcabouço vascular das pernas, e da perda do tecido adiposo das nádegas que, por vezes, dificulta aos pacientes ficarem sentados por muito tempo. Esta alteração da morfologia corporal

tem causado problemas sociais aos pacientes, principalmente às mulheres que sofrem uma masculinização de sua silhueta.

A lipoaspiração de áreas com acúmulo de gordura, como abdome, lipomas e gibas, com lipoenxertia das áreas atróficas, principalmente das nádegas, tem apresentado bons resultados, mas nem sempre o paciente possui áreas doadoras.

Há algum tempo, iniciei o preenchimento de outras áreas corporais além da face, como região interna das coxas, para diminuir a visualização das veias, área ao redor dos joelhos e nádegas com o polimetilmetacrilato. A técnica empregada tem sido retro-injeções em rede, e o resultado estético tem sido muito bom. A consistência do preenchimento nestas áreas é muito boa também. As únicas considerações a serem feitas, a princípio, são sobre o grande volume a ser empregado, 20 a 40ml por sessão, e o número de sessões, duas a quatro por área, tornando o procedimento caro e acessível somente a poucos.

Alterações no metabolismo e doenças do coração

Metabolismo refere-se à maneira que nosso corpo processa todas as coisas que as células precisam para trabalhar normalmente. Se o metabolismo está anormal, isto significa que alguns destes processos podem estar fora de ordem. O nome comum para gordura do corpo é lipídio. Há dois tipos de lipídios: colesterol e triglicérides. No caso do colesterol, existem o bom e o ruim.

O colesterol *bom* é chamado de HDL. É uma medida de proteção contra doenças cardíacas e geralmente tem presença reduzida em pessoas portadoras do HIV e de outras doenças crônicas.

O colesterol *ruim* é chamado de LDL. Um alto nível de colesterol LDL e um nível baixo de colesterol HDL aumentam o risco de doenças cardíacas. Aumentos nos níveis de LDL podem ocorrer depois de iniciado o uso do coquetel, especialmente se as combinações incluírem vários tipos de inibidores de protease.

Se a pessoa apresenta altos níveis de colesterol LDL, alguns fatores de risco podem aumentar suas chances de doenças cardíacas tais como: cigarro, hipertensão, histórico familiar, sedentarismo, diabetes, triglicérides alto, obesidade e uso de drogas. É muito importante que aqueles que usam inibidores de protease

monitorem os níveis do colesterol ruim (LDL).

Anormalidades no processamento e nos níveis de açúcar e de gordura podem ocasionalmente causar alguns sintomas físicos como: cansaço, tontura (devido à hipertensão), perda de concentração, maior vontade de urinar, sede na maior parte do tempo. Entretanto, muitas pessoas não se dão conta dos problemas por um longo período, mesmo que apresentem altos níveis de gordura e/ou açúcar no sangue, o que as colocam em risco de futuras doenças cardíacas.

Os níveis de colesterol podem variar. Portanto, um único resultado alto não é definitivo. O que importa é a tendência durante um certo período. A maior influência sobre os níveis de colesterol é de ordem genética. As dietas são muito importantes para se controlar os triglicérides e podem ajudar os níveis de glicose e insulina. Fazer as medições em jejum é a maneira mais precisa de se avaliar lipídios e glicose.

O coquetel e as doenças do coração

Os níveis de gordura (lipídio) no sangue podem aumentar quando se inicia o tratamento com o coquetel, especialmente se for uma combinação baseada no inibidor de

protease ritonavir. Em alguns casos, esse aumento pode ser acima dos níveis normais e precisa ser tratado com algumas mudanças na dieta, exercícios físicos ou remédios. É bem provável que aconteça um aumento para níveis muito elevados se a pessoa já apresentar índices altos antes mesmo do tratamento.

Os inibidores de protease demonstraram aumentar os níveis de colesterol e triglicérides, principalmente dentro de algumas semanas após o início do tratamento, embora o atazanavir, outro inibidor de protease, não tenha causado nenhum aumento de lipídios em pacientes. Os níveis de colesterol também parecem aumentar com efavirenz e nevirapina, mas aparenta ser o colesterol bom (HDL). Uma grande pesquisa internacional demonstrou, no início de 2003, que havia um pequeno aumento no risco de doenças cardíacas nas pessoas que usavam inibidores de protease. Mas também revelou que pessoas que haviam desenvolvido lipodistrofia durante o tratamento com inibidores de protease apresentavam um risco um pouco menor de ataque cardíaco do que aquelas que não desenvolveram lipodistrofia. As razões para esse tipo de situação ainda não estão claras.

As doenças vasculares como ata-



ques cardíacos e derrames se desenvolvem, geralmente, porque o colesterol começa a aderir às paredes dos vasos sanguíneos, incluindo os do coração. Aos poucos, os depósitos, chamados de placas, começam a se acumular, podem se romper e causar coágulos sanguíneos e, com isso, estreitar as artérias, causando aumento da pressão sanguínea e finalmente o entupimento da artéria.

Este processo leva anos e ainda não está claro se a elevação dos níveis de lipídios em curto prazo, decorrente do uso do coquetel, pode aumentar os riscos destes problemas mais adiante. Por isso, níveis de gordura devem ser testados regularmente antes e durante o uso do coquetel. Em estágio avançado da doença, o HIV desencadeia altos níveis de triglicérides. Baixos níveis de colesterol HDL também são resultados da infecção pelo HIV.

Dieta

Diminuir a quantidade de gordura que se come, em especial gordura saturada, é um conselho comum para qualquer pessoa que tenha altos índices de lipídios e riscos de doenças cardíacas. Entretanto, não é tão simples assim para pessoas que tomam o coquetel. Caso haja interesse em alterar a dieta, é

importante lembrar que todos os inibidores de protease (exceto amprenavir e indinavir) devem ser tomados com alguma comida que de preferência contenha gordura, para melhor absorção.

O melhor a fazer é atentar para o tipo de gordura que se está consumindo. Gorduras saturadas são as que causam mais problemas ao coração e aos vasos sanguíneos, a exemplo das gorduras animais (carnes vermelhas e derivados do leite) e vegetais (presentes no leite de coco, azeite de dendê, cacau etc).

Há uma forte evidência de que comer mais peixes oleosos ajuda a prevenir futuras doenças cardíacas. Isso porque eles contêm ácidos ômega 3, gorduras poli-insaturadas que ajudam a reduzir os níveis de lipídios, afinam o sangue ajudando a reduzir o risco de trombose e também ajudam a melhorar a flexibilidade dos vasos sanguíneos.

Frutas e vegetais são uma boa fonte de vitaminas antioxidantes tais como vitamina A e vitamina C. Comer mais frutas e vegetais ajuda a prevenir a oxidação do colesterol presente no sangue e a incrustação nas artérias. Não há nada que comprove que tomar altas doses de algumas vitaminas vá reduzir os riscos de doenças do coração. Qualquer coisa que se coma ou beba e



que forneça energia na forma de açúcar será transformada em triglicérides. Reduzir a quantidade de açúcar e álcool contribuirá na diminuição dos níveis de triglicérides. Um copo de vinho ou cerveja, diariamente, pode até aumentar o índice do colesterol bom (HDL). Por outro lado, grandes quantidades de álcool vão causar danos aos músculos cardíacos e aumentar a pressão sanguínea. Todos estes efeitos aumentam os riscos de doenças cardíacas em pessoas que tenham altos níveis de lipídios.

Trocando tratamentos

Os índices de lipídios podem melhorar caso haja alteração na combinação do coquetel trocando o inibidor de protease por um inibidor da transcriptase reversa não nucleosídeo ITRNN, ou que contenha abacavir. Esta pode ser uma razão considerada para trocar de combinação. Entretanto, trocar a combinação pode não ser suficiente para reduzir seus índices a níveis normais. Essa estratégia só é adequada para os que ainda estão no começo do tratamento.

Parar de fumar

Fumar causa danos às paredes dos vasos sanguíneos, aumenta a pressão do sangue e reduz a quantidade de oxigênio carregada pelo sangue. Se o colesterol estiver alto, significa que o coração deverá trabalhar mais ainda para bombear o sangue e os riscos de estreitamento das veias e coágulos são maiores. A atitude mais importante a ser tomada para diminuir o risco de alguma doença cardíaca, caso o paciente decida manter o tratamento com o coquetel, é parar de fumar.

O benefício de diminuir o número de cigarros é muito pequeno se comparado com o benefício de parar de fumar totalmente. Não adianta nada mudar para cigarros com menor teor de alcatrão. O que causa doenças cardíacas é a nicotina, o monóxido de carbono e outros ingredientes do cigarro e não o alcatrão. O remédio mais comum usado para parar de fumar, o *Zyban*, pode interagir com inibidores de protease ou ITRNNs. *Zyban* não deve ser tomado junto com ritonavir ou por pessoas que tenham ataques epiléticos ou com doenças cardíacas existentes.

Medicamentos

Três tipos de drogas são utilizadas para diminuir o colesterol: niacina, estatinas e fibratos. A niacina reduz os níveis de triglicérides de 10% a 30%. Doses de um a dois gramas são eficazes também para aumentar os níveis de HDL (o colesterol “protetor”). Redução do LDL, porém, requerem doses mais altas do medicamento. As estatinas são usadas para reduzir LDL e, concomitantemente, os triglicérides. São especialmente eficazes quando os níveis basais de triglicérides ultrapassam 250, pois induzem 20% a 40% de redução (contra 5% a 10% de redução quando os níveis basais são menores do que 150). Os fibratos podem reduzir os níveis de triglicérides de 20% a 60% nos pacientes com colesterol total normal (abaixo de 200).

Já para controlar a glicose, podem ser usados Metformin, que mantém baixos os níveis de glicose sem estimular a produção de insulina e também baixa os níveis de colesterol e triglicérides, e Sulfonilureas, que estimula a produção de insulina a fim de controlar o açúcar no sangue.

Teste para hepatite C é obrigatório em pacientes HIV

No Brasil, o Ministério da Saúde estima que existam 3 milhões de pessoas infectadas pelo vírus da hepatite C (VHC). Só na capital paulista são 140 mil. Já há sete vezes mais portadores do vírus C do que gente vivendo com HIV/Aids. E para alertar ainda mais: o VHC como também é chamado o vírus deste tipo de hepatite, só foi identificado em 1992. Antes disso, inúmeras pessoas podem ter adquirido o vírus (transfusão de sangue, injeção não descartável, navalhas, alicates de unha, tatuagem, piercing, escova de dente e cortadores de barba compartilhados). Comparativamente, a resistência do VHC é bem maior que a do HIV. O vírus da hepatite chega a sobreviver 72 horas fora do corpo e em quantidades reduzidíssimas de sangue, aumentando os riscos de alguém se infectar em consultório de dentistas e ambientes hospitalares.

A estimativa do Ministério da Saúde é que do total de infectados quase 80% não sabem da infecção, e entre os que descobriram, mais de 40% não imaginam como contraíram a enfermidade. A manifestação da hepatite C pode demorar de 20 a 30 anos e, quando isso ocorre, a maioria já está próximo da cirrose ou do câncer de fígado. A testagem indiscriminada está descartada já

que os serviços de saúde não teriam condições de lidar com tamanho número de portadores do vírus. A idéia é incentivar para testes pessoais que acreditam ter sido expostas ao vírus.

Em São Paulo, a Secretaria da Saúde vem distribuindo folhetos com informações sobre as hepatites B e C, formas de contágio, cuidados a serem tomados e relaciona os serviços que podem fazer o diagnóstico na cidade. Com base em dados do Pro-Aim (programa da prefeitura que monitora as causas de morte), de 1996 a 2003, as mortes por hepatites virais ocupam o terceiro lugar na faixa de 15 a 65 anos, depois das doenças do coração e das mortes violentas.

A porcentagem de infectados passa de 1,42%, na população paulistana em geral, para 3,5%, entre aqueles acima de 60 anos. Os transplantes, muitas vezes a única esperança para pacientes, estão entre as prioridades. Equipes estão sendo treinadas em sete hospitais para agilizar e aumentar as doações de órgão. No Paraná, por exemplo, todas as unidades básicas de saúde fazem a triagem sorológica

O exame para o vírus da hepatite C poderia ter sido adotado pelo governo em conjunto com o teste para HIV há dez anos, segundo ONGs

que lutam pelo direito aos medicamentos na rede pública, muitas delas criadas nos últimos anos. “Não há campanhas governamentais suficientes”, salienta Sidnei Moura Nehme, 58, que preside a ONG Transpática, de São Paulo. “Cerca de 80% das infecções, sobretudo entre os mais velhos, foram causadas por transfusões”, diz Jeová Pessin, presidente do Grupo Esperança, de Santos/SP.

O Interferon, associado à Ribavirina, era a medicação oferecida pelo Estado. O surgimento do Interferon Peguilado, que elevou a R\$ 5.000 o custo mensal do tratamento, limitava-se aos portadores da hepatite C do genótipo 1. Hoje, segundo as ONGs, a Justiça também garante essa medicação a portadores do genótipo 2 e 3. Os testes, necessários para o acompanhamento da medicação, também estariam em vias de serem normalizados.

O HIV e a co-infecção com o vírus da hepatite C

Pesquisas na Europa e nos Estados Unidos indicam que 75% dos usuários de drogas intravenosas positivos para o HIV eram também para o vírus da hepatite C. Entre os homossexuais positivos para HIV, 5% a 10% eram portadores do VHC. Um estudo realizado na região de

Campinas (SP), mostrou que 100% dos usuários de drogas injetáveis com Aids são positivos para VHC.

As justificativas para tratar o VHC em soropositivos para HIV são várias:

→ Muitos apresentam níveis plasmáticos do VHC-RNA elevados, maiores taxas de progressão da fibrose e evolução mais acelerada para a cirrose hepática. Aumentam, assim, a morbidade e a mortalidade pelo VHC.

→ É também maior a transmissibilidade do VHC, inclusive pela gestante co-infectada. A imunodeficiência aumentaria a concentração de VHC no plasma, facilitando sua transmissão sexual. Normalmente, a transmissão sexual é baixa – responde por apenas 5% dos casos de hepatite C.

→ O VHC, por sua vez, aumentaria o risco de progressão para Aids e óbitos.

→ O VHC também dificultaria a reconstituição imunológica em pacientes que recebem TARV e aumentaria o risco de hepatotoxicidade por esses medicamentos. A hepatotoxicidade ocorre em 6% a 9% dos pacientes co-infectados que recebem TARV e em 9% a 18% daqueles que usam inibidores da protease.

É obrigatória, portanto, a pesquisa do anti-VHC em todos os HIV positivos. Confirmada a infecção, é imprescindível a biópsia hepática antes de se iniciar o tratamento, porque:

1. Fornece dados confiáveis sobre a extensão da doença, permitindo traçar um prognóstico mais preciso para o paciente;

2. Revela informações sobre o grau de esteatose e a presença de

esteatohepatite;

3. Permite avaliar a ocorrência de hepatotoxicidade da terapia anti-retroviral potente (TARV);

4. Torna possível o diagnóstico de outras doenças incidentes no HIV positivo, como tuberculose, linfomas e doenças causadas por fungos.

Em consequência disso, nos Estados Unidos e na Europa tem aumentado o número de internações por insuficiência hepática grave em pacientes HIV-positivos, embora tenha diminuído o número de internações decorrentes de infecções oportunistas. A insuficiência hepática é a principal causa de morte, atingindo de 10% a 15% dos pacientes co-infectados.

Tratamento para indivíduos co-infectados

À exceção de gravidez, intercorrências cardíacas ou renais importantes, cirrose descompensada e malformação fetal, os demais indivíduos co-infectados podem ser tratados da hepatite C. O tratamento está indicado nas seguintes situações:

→ CD4 acima de 200 células/mm³ e infecção pelo HIV estável, em uso ou não da TARV.

→ CD4 acima de 500 células/mm³, independentemente da carga viral.

→ CD4 maior que 200 células/mm³, com carga viral baixa (geralmente inferior a 10.000 cópias/ml) e doença (HIV/Aids) estável por, pelo menos, seis meses.

O sucesso do tratamento está diretamente ligado à contagem de linfócitos CD4. Por isso, sempre que possível, deve-se priorizar o tratamento da infecção pelo HIV, deixando para iniciar o da hepatite C

quando o paciente estiver clinicamente estável e com bom estado imunológico.

Outros cuidados fundamentais:

1. Como a terapia geralmente combina interferon-alfa-2a ou alfa-2b com ribavirina, para iniciá-la, a hemoglobina deve ser superior a 11 g/dl, os neutrófilos acima de 1.500/mm³ e as plaquetas maiores que 60.000/mm³;

2. Alertar toda mulher a evitar a gravidez durante o uso da medicação e até seis meses após a sua suspensão, devido aos efeitos colaterais da ribavirina. Quanto à duração do tratamento, em geral se recomenda tratar por 12 meses os pacientes infectados pelos genótipos 1, 4, 5 ou 6 e por seis meses os portadores dos genótipos 2 ou 3. Alguns grupos têm proposto tratar também por 12 meses quem tem os genótipos 2 ou 3, principalmente nos casos de fibrose avançada ou cirrose hepática.

A pessoa HIV-positiva com hepatite que negativar o VHC-RNA ou apresentar queda da carga viral do VHC acima de 2 logs na 12^a semana de tratamento terá maior probabilidade (56%) de permanecer negativo seis meses após o fim do tratamento. No entanto, mesmo utilizando interferon peguilado, a queda da carga viral do co-infectado é mais lenta do que nos mono-infectados pelo VHC. A resposta virológica sustentada nos co-infectados varia de 25% a 35%, bem inferior à constatada nos imunocompetentes. Para se obter bons resultados, é fundamental a estreita monitorização dos parâmetros hematológicos, bioquímicos e virológicos durante o tratamento.

ESQUEMAS TERAPÊUTICOS

Hepatite	Droga	Dose	Via	Duração (meses)
B crônica	Interferon convencional	5 milhões de unidades diariamente ou 10 milhões de unidades 3 vezes/semana	Subcutânea	4 a 6
	Lamivudina	100 mg uma vez por dia	Oral	18
C crônica (genótipo 1)	Interferon peguillado + Ribavirina	180 mcg/kg/semana (alfa-2a) ou 1,5 mcg/kg/semana (alfa-2b)	Subcutânea	12
		11-15 mg/kg/dia (1.000-1.250 mg em 2 tomadas)	Oral	12
C crônica (genótipo 2 ou 3)	Interferon convencional + Ribavirina	3 milhões de unidades 3 vezes/semana	Subcutânea	6
		11-15 mg/kg/dia (1.000-1.250 mg em 2 tomadas)	Oral	6

O que é hepatite?

Hepatite é uma inflamação no fígado que pode comprometer o seu funcionamento. Existem vários tipos. As mais comuns são as causadas por vírus, mas existem as hepatites provocadas por agentes tóxicos (substâncias químicas e drogas), medicamentos e álcool.

Quais são as hepatites virais?

As hepatites virais são classificadas por letras do alfabeto, as mais conhecidas são: A, B, C e E. São doenças infecciosas que podem passar de uma pessoa para a outra.

Como se pega hepatite?

Hepatite A e E: beber água ou comer alimentos contaminados. Falta de saneamento básico (esgoto a céu aberto e água não tratada) é a principal causa de transmissão desses tipos de hepatite. *Hepatite B e C:* sangue infectado, relações sexuais desprotegidas, compartilhamento de agulhas e seringas (drogas injetáveis) ou em acidentes com materiais infectados com sangue. Fazer tatuagem ou piercing com instrumentos não esterilizados também pode transmitir a hepatite B e C.

Quais são os sintomas das hepatites virais?

Os sintomas das hepatites virais são iguais: enjôo, febre, mal-estar, como uma gripe. Os olhos podem

ficar amarelos (amarelão ou icterícia), urina escura e as fezes brancas. Muitas pessoas podem ter hepatite e não apresentar nenhum sintoma, ou ter apenas um mal-estar leve e passageiro.

Como se evita a hepatite A?

O saneamento básico (água encanada, tratada e esgoto) é a melhor maneira de evitar a hepatite A. Lavar as mãos com água e sabão antes das refeições e após ir ao banheiro. Lavar bem frutas e legumes, principalmente quando forem ingeridos crus. Beber água filtrada ou fervida.

Como se evita a hepatite B e C?

Não compartilhar agulhas e seringas no uso de drogas injetáveis. Não compartilhar o “canudinho” no uso de drogas inaláveis (cocaína cheirada). Exigir material esterilizado ou descartável em serviços de saúde (hospitais, postos de saúde, consultórios médicos e odontológicos), salões de beleza, lojas de tatuagem e para a colocação de brincos e piercing. Sempre usar camisinha nas relações sexuais.

Exame de genotipagem: necessidades e critérios

O sucesso do tratamento anti-Aids tem aumentado o tempo e a qualidade de vida das pessoas soropositivas. Porém, ele pode ficar comprometido a longo prazo pelo desenvolvimento da resistência aos anti-retrovirais, que leva à falha do esquema terapêutico utilizado. A adesão adequada ao tratamento e o teste de genotipagem constituem os principais fatores a serem considerados para o sucesso da Terapia Anti-Retroviral (TARV) potencializada.

Apesar de algumas limitações, o teste traz benefícios e esclarece pontos essenciais para a definição da continuidade do tratamento. Uma pesquisa realizada no Brasil pela Rede Nacional de Genotipagem (Renageno), numa amostragem de 500 pacientes, indicou que apenas 7% não apresentavam resistência a nenhum dos anti-retrovirais em uso.

Já um outro estudo realizado pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) com 791 pacientes revelou números ainda mais preocupantes: somente 1% não apresentou resistência. O mesmo levantamento demonstrou que 94,7% eram resistentes aos inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN), 58%, aos inibidores da protease (IP), e 48%, aos inibidores da transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeos (ITRNN).

A resistência às drogas da terapia anti-retroviral está fortemente associada à falha do tratamento, o que exige resgate terapêutico. Nessa hora, o teste de genotipagem pode ser instrumento útil na seleção das drogas do novo esquema. Alguns estudos prospectivos já realizados selecionaram pacientes com falha terapêutica e os organizaram em dois grupos. Em um deles, a mudança do tratamento se baseou apenas na experiência clínica; no outro, também no teste de genotipagem. Os resultados foram os seguintes:

1. No grupo da genotipagem, o resgate foi significativamente melhor. Além de a queda viral ter sido mais significativa, maior número de pacientes obteve carga viral indetectável, que é o efeito desejado da terapia.

2. O teste não era perfeito. Apenas cerca de 30% conseguiram o sucesso absoluto, que é a carga viral indetectável.

Em outras palavras: a genotipagem tem limitações em algumas situações. Mesmo assim, é o melhor instrumento diagnóstico que se tem no momento para enfrentar a resistência do HIV aos anti-retrovirais. Logo, é preciso aprender a lidar com o teste, pois ele pode ajudar a prolongar a vida do tratamento e, conseqüentemente, a das pessoas com HIV/Aids.

Como o HIV se torna resistente

Desde 1996, a TARV é uma realidade. Graças a ela, potencialmente não se morre mais de Aids. Porém, ao menos por enquanto, os pacientes estão provavelmente fadados a usar os anti-retrovirais pelo resto da vida.

O efeito desse uso prolongado todos conhecem: em algum momento, por algum motivo, o remédio pode parar de funcionar, ocorrendo a chamada resistência. Ela pode ser conseqüência da falha terapêutica: o anti-retroviral deixa de atuar devido à falta de boa adesão ao tratamento. Mas também pode parar de funcionar porque o vírus começa a ficar resistente, depois de muito contato com a droga.

A resistência é um fenômeno descrito em praticamente todas as áreas médicas no qual se expõe algum microorganismo à pressão seletiva dos antimicrobianos. Com o HIV e os anti-retrovirais, acontece o mesmo. Existem dois tipos de resistência, a primária e a secundária.

A resistência primária é aquela presente antes do uso do remédio. Normalmente, nesses casos, a pessoa foi infectada por um vírus resistente. A resistência secundária aparece pela seleção que o próprio antiretroviral proporciona no HIV, não só porque é um vírus que muda

muito, mas também porque consegue se evadir do sistema imune e criar resistência às drogas.

Uma pessoa infectada que não esteja fazendo uso da TARV gera 10 bilhões de vírus por dia. Isso significa que todas as mutações possíveis ocorrem todos os dias. Mais: diariamente aparecem vírus com mutação de resistência a todos os antiretrovirais disponíveis. Normalmente, o vírus com mutação de resistência não causa problema, porque não se fixa, ou seja, não consegue infectar a próxima célula. Afinal, está competindo com 9,999 bilhões de outros vírus por um repertório limitado de células CD4. A probabilidade do HIV achar um linfócito é remota.

Porém, quando essa pessoa passa a usar a TARV, todos os vírus sensíveis são eliminados sobrando apenas os resistentes. Na hora em que isso acontece, o vírus com mutação de resistência infecta a célula CD4. Cada CD4 infectado produz, então, de cinco mil a dez mil vírus idênticos àquele mutante. Esse é o mecanismo de seleção. A pressão seletiva do anti-retroviral seleciona o vírus que preexiste e que já tem a mutação de resistência. Tal mutação pode provocar três tipos de impacto no tratamento:

1. Diminuir a suscetibilidade a determinado anti-retroviral, fazendo com que o tratamento funcione menos.

2. Produzir resistência cruzada, impedindo ou reduzindo a ação de um anti-retroviral nunca utilizado. Isso acontece devido a semelhanças no mecanismo de ação, mas também por coincidência.

3. Aumentar a ação de outros anti-retrovirais.

Tipos de resistência: primária e secundária

Em 1998, a resistência primária nos Estados Unidos era 3,5%; em 2000, passou para 14%. No Brasil, subiu de 3,5% em 1997 para 7% em 2000. Infelizmente, esta é a tendência: a resistência primária aumenta cada vez mais, já que mais pessoas estão usando anti-retrovirais. Junto, cresce a probabilidade de quem se infectou mais recentemente ter adquirido um HIV já com mutação de resistência.

A pergunta que a maioria dos especialistas faz é se vale à pena fazer genotipagem com pessoas em início de tratamento. O teste de genotipagem é fundamental para detectar a prevalência de resistência primária na população. Nesse caso, racionalmente, é feito em pessoas com infecção recente. Primeiro, para retratar o que está acontecendo no momento. Segundo, porque existe a possibilidade teórica de essa pessoa se infectar com um vírus resistente aos anti-retrovirais.

Hoje, sabemos que o vírus mutante leva desvantagem em relação ao tipo selvagem. Quando a pessoa é infectada pelo vírus resistente, ele é arquivado no sistema imune. Mas se aparece na circulação o tipo selvagem, esse último tem maior probabilidade de predominar no sistema do indivíduo. Conseqüentemente, talvez depois de alguns anos de infecção, só seja possível detectar o vírus sensível.

Porém, na hora em que essa pessoa começa a usar o anti-retroviral,

o vírus resistente, que está escondido, aparece com muita rapidez. Isso é teórico. De qualquer forma, saber a prevalência da resistência primária é importante para ditar a política de saúde. Em Los Angeles (EUA), por exemplo, 17% dos recém-infectados já têm resistência aos inibidores da transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeos (ITRNN). Portanto, se alguém for começar o tratamento naquela região sem a genotipagem, o melhor é não usar esquemas contendo os ITRNN.

No Brasil, com uma taxa de 7% de resistência primária, a genotipagem não faz sentido como política de saúde pública para o país. No entanto, é uma questão que deve ser examinada regionalmente. Pesquisa realizada em 2002 em Santos (SP) mostrou que 35% das pessoas com infecção recente já tinham vírus mutante. Nessa cidade, a genotipagem para começar a TARV talvez já se justifique.

Por um ou por outro motivo, a resistência do HIV ao esquema anti-retroviral quase sempre leva o tratamento a fracassar. Existem três tipos de falha: a clínica, quando o paciente passa a apresentar sintomas; a imunológica, que se caracteriza pela queda dos linfócitos CD4; e a virológica, que se revela pelo reaparecimento do vírus no sangue.

Carga viral indetectável é a prova de que o HIV está sendo destruído eficazmente pelo esquema adotado. Ao contrário, sempre que o HIV começa a ser detectado de novo num paciente em tratamento, tem-se a falha virológica e a possibilidade de se ter desenvolvido a resistência aos medicamentos.

Tipos de teste: fenotipagem e genotipagem

A detecção do que está acontecendo pode ser feita tanto pelo teste de fenotipagem quanto pelo de genotipagem. Hoje em dia, o primeiro tem sido usado normalmente para pesquisas e o segundo pode ser adotado na prática clínica.

Normalmente, verifica-se a resistência de bactéria ou fungo por meio de material de coleta do paciente colocado para se multiplicar no sistema de cultura. O microorganismo que cresce é testado com certos antibióticos ou antifúngicos. Se, na presença de determinada droga, o patógeno continua se multiplicando significa que está resistente a ela; se é inibido, a droga é sensível e pode ser usada para tratar a pessoa.

Com o HIV, pode-se fazer o mesmo. É o teste de fenotipagem: detecta o comportamento do HIV. Cultiva-se o vírus na presença de cada um dos anti-retrovirais, para saber se está resistente a algum deles. No entanto, antes de haver a alteração do comportamento do HIV diante do remédio, o genoma do vírus altera-se. A mudança na estrutura genética do vírus pode predizer qual será o seu comportamento. É exatamente o que verifica o teste de genotipagem: analisa as regiões do genoma do HIV que têm contato com os antiretrovirais, ou seja, a transcriptase reversa e a protease.

A genotipagem revela a quais anti-retrovirais o HIV está resistente, permitindo redirecionar o tratamento. Mas é preciso esclarecer:

→ A genotipagem não informa quais antiretrovirais devem ser usados, mas quais não devem ser usados.

→ Resistência não detectada não significa obrigatoriamente que ela não exista. Pode ser que a resistência esteja presente e o teste não a tenha “enxergado”. Portanto, o valor preditivo do teste negativo é baixo: resistência não detectada não quer dizer que, necessariamente, o remédio vá funcionar.

→ Já o valor preditivo positivo é alto. Resistência presente é sinal quase certo de que o anti-retroviral não vá funcionar.

→ Apenas parte dos pacientes se beneficia, e uma das razões é a disponibilidade de poucas drogas. O sucesso total é possível somente em cerca de 30% dos casos. Ou seja, com base na genotipagem muda-se o esquema terapêutico.

Genotipagem já é consenso

A genotipagem pode ser útil em várias situações clínicas, mas uma é unanimidade: falha terapêutica virológica. Quando se opta pela introdução do coquetel, recomenda-se nova carga viral após três a quatro semanas. O objetivo é documentar se o tratamento está funcionando ou não. O efeito máximo ocorrerá em seis meses, quando se espera que fique indetectável. Depois, a cada três ou quatro meses o paciente precisa repetir o exame.

Se nesse acompanhamento a carga viral ficar positiva novamente, é aconselhável mudança no tratamento, pois houve falha virológica. Nessa hora, o médico tem dois caminhos: tentar prever qual é o próximo esquema com base no seu conhecimento ou lançar mão do teste de genotipagem.

Por isso, o Programa Nacional de

DST/Aids implantou a Renageno, para executar e interpretar exames de pacientes atendidos no Sistema Único de Saúde. Para fazer o teste, o paciente deve apresentar falha terapêutica virológica e estar em uma das situações:

→ Primeira falha em tratamento com terapia dupla.

→ Primeira falha com terapia tripla contendo ITRNN.

→ Primeira ou segunda falha em terapia contendo IP.

Além dos critérios acima mencionados, a Renageno, exige carga viral acima de 5.000 cópias/ml para realizar o teste. Também é essencial que a coleta de sangue para teste de genotipagem seja realizada na vigência de terapia, isto é, o esquema anti-retroviral em uso não deve ser interrompido e a necessidade de adesão nas semanas que antecedem a coleta deve ser enfatizada. Dois cuidados, porém, são fundamentais para solicitação da genotipagem:

→ A última carga viral precisa ter sido feita há, no máximo, dois meses. Às vezes, o exame é antigo e o resultado não reflete o momento.

→ O exame tem que ser sempre na vigência do tratamento, pois quando o remédio é suspenso, o vírus resistente começa a ficar invisível. O vírus com mutação tem menos *fitness* que o tipo selvagem, também arquivado no organismo do paciente. Ou seja, como ele é “deficiente”, existe a probabilidade de o vírus selvagem sobrepujá-lo em poucas semanas. O teste perde então sensibilidade. O vírus resistente está presente, mas o exame não o “reconhece”. Por isso, o ideal é o paciente tomar o remédio até o dia da coleta.

Além de fazer o teste, é preciso certa experiência para que os resultados que ele indica sejam realmente úteis. A genotipagem é um exame superespecializado e não é fácil analisar a “sopa” de letrinhas e números que ele oferece. Muito cuidado é exigido ao se interpretar cada

informação. Se o laudo não for suficientemente esclarecedor, o clínico deve buscar ajuda de um virologista para interpretar melhor os resultados do exame.

O médico precisa atualizar-se sempre para acompanhar os avanços que as pesquisas têm conquistado nessa

área. A genotipagem é uma realidade, e a tendência é ser usada cada vez mais no tratamento com anti-retrovirais. Por isso, o mais aconselhável que o teste seja criterioso. É a melhor forma de preservar esse instrumento que pode ser muito útil para o resgate terapêutico.

Gravidez e outras urgências

A indicação do teste de genotipagem na falha terapêutica é unanimidade. Mas existem outras situações em que potencialmente ele pode ser útil:

- ✓ Profilaxia da transmissão materno-fetal (vertical). A maior parte dos consensos já recomenda o teste nas gestantes infectadas pelo HIV. Os principais argumentos: situação de urgência em que não se tem tempo para ajustar depois e demora na diminuição da carga viral da mulher aumentando a probabilidade de transmissão. Então, para reduzir ao mínimo a possibilidade de erro no

esquema adotado, pode-se lançar mão da genotipagem.

- ✓ Profilaxia após acidente ocupacional. Alguns consensos já sugerem a genotipagem nessa urgência. O teste deve ser feito no paciente fonte. No entanto, não se espera o resultado para iniciar o tratamento. O profissional de saúde começa a receber imediatamente o anti-retroviral e, dependendo do exame, muda-se o esquema.

- ✓ Antes de iniciar a TARV. Alguns consensos sugerem o teste em pacientes virgens de tratamento, para detectar a resistência primária.

Isso talvez valha a pena em locais onde é alta a sua prevalência. Mas com a seguinte ressalva: se transcorrer muito tempo entre a infecção e o teste, há a possibilidade teórica do vírus resistente, que foi transmitido, não ser detectado. Existe o sucesso parcial, que é reduzir a carga viral, embora ela não fique indetectável. Mas há casos em que o teste demonstra que não há mais nenhum anti-retroviral para ser usado, pois o HIV está resistente a todos. O que possibilita lidar de maneira mais realista com o paciente.

Como é o teste de Genotipagem

Simplificadamente, o teste de genotipagem obedece às seguintes etapas:

- ✓ O sangue do paciente é coletado;
- ✓ Isola-se o vírion, que é o vírus livre no plasma sob a forma RNA;
- ✓ Usa-se, então, um método laboratorial para purificar o RNA desse vírion e outro para transformar esse RNA em DNA;
- ✓ Em seguida, amplifica-se pela técnica de PCR (reação de cadeia pela polimerase) as regiões do

genoma do vírus que têm contato com os anti-retrovirais, ou seja, a transcriptase reversa e a protease. Com a ajuda de enzimas, utiliza-se aqui a mesma estratégia que o HIV usa para se replicar.

- ✓ A amplificação mostra quais as seqüências de nucleotídeos dessas regiões.
- ✓ Por fim, comparam-se as seqüências identificadas com aquelas que são normais nessas posições no vírus selvagem. Descobre-se, assim, as mudanças e se elas têm relação com a resistência.

Evidência: é possível se infectar duas vezes

Como devem se comportar duas pessoas soropositivas mantendo uma relação monogâmica? Será que precisam mesmo utilizar preservativos? A resposta a esta questão complicada depende em parte da possibilidade de um paciente infectado pelo HIV ser infectado por outra cepa do vírus. Sabe-se, agora, que pode sim haver dupla infecção pelo HIV, definida como a presença de duas amostras diferentes do vírus em um mesmo paciente.

O melhor indício deste fenômeno é a existência de vírus recombinantes contendo material genético de duas cepas de HIV diferentes. Os vírus recombinantes só podem ser criados pela replicação simultânea de duas cepas “parentais” no mesmo paciente. Existem dois mecanismos potenciais através dos quais pode ocorrer dupla infecção: co-infecção, na qual a pessoa é infectada por duas amostras diferentes de HIV ao mesmo tempo ou quase, e superinfecção, na qual ocorre infecção subsequente de um paciente por duas cepas virais diferentes.

A distinção entre as duas possibilidades vem sendo assunto de muita pesquisa. As evidências pró e contra cada uma irão não apenas repercutir no modo como os médicos orientam seus pacientes, como também trazer implicações importantes para o desenvolvimento de vacinas.

Evidências de co-infecção

Em 1995, um relato de caso revelou a ocorrência de co-infecção pelo HIV. Foi demonstrado que um paciente com soroconversão aguda e história de exposição a múltiplos parceiros sexuais estava infectado com várias cepas distintas de HIV do subtipo B. O grau de diferença genética entre duas dessas cepas sugeria fortemente que o paciente tinha sido infectado por parceiros diferentes. Curiosamente, havia indícios de recombinação entre duas das cepas.

Um segundo trabalho demonstrou co-infecção em um bebê que recebeu transfusões de dois doadores diferentes infectados pelo HIV. Também foi observada recombinação entre duas amostras diferentes. Isso constituiu uma prova direta de que a co-infecção poderia ocorrer e levar a vírus recombinantes.

Um estudo realizado com animais demonstrou que a co-infecção pelo HIV ocorre mais facilmente que a superinfecção. Fêmeas de símios podiam ser facilmente infectadas com duas cepas distintas de HIV-2 quando inoculadas com ambos os vírus ao mesmo tempo. No entanto, se o animal fosse inoculado primeiro com um dos vírus, após um período de duas semanas tornava-se cada vez mais difícil infectá-lo com o segundo vírus.

A causa dessa diferença não foi esclarecida, porém uma hipótese é

a de que a resposta imunológica gerada contra o primeiro vírus forneça proteção contra a infecção por um segundo vírus. À primeira vista isso pode parecer um contra-senso, pois a resposta imunológica de muitas pessoas soropositivas não parece conferir proteção contra a replicação do vírus HIV do próprio indivíduo. Porém, na maioria dos casos, a dose inoculada de um segundo vírus é relativamente pequena, e até mesmo uma resposta imunológica parcialmente eficaz poderia ser capaz de evitar a nova infecção.

Evidências de superinfecção com vírus de subtipos diferentes

Sete anos após os primeiros trabalhos sobre co-infecção, foram publicados três trabalhos sobre superinfecção. Os dois primeiros descreviam casos nos quais o vírus inicial e o vírus da superinfecção pertenciam a diferentes subtipos do HIV. O estudo demonstrou superinfecção em dois usuários de drogas injetáveis na Tailândia. Os subtipos AE e B são os predominantes nesta região.

A existência de vírus recombinante de subtipo AB foi monitorada entre os participantes da pesquisa em diferentes momentos. Em dois pacientes foi inicialmente observada infecção por vírus de um único subtipo. Aproximadamente um ano após a soroconversão só foi encontrado ví-

rus recombinante AB, sugerindo a ocorrência de superinfecção levando à recombinação.

Já um outro estudo descreveu o caso de um paciente que recebeu o coquetel durante a infecção primária. Ele permanecia em interrupção terapêutica supervisionada dois anos depois quando foram observados aumento da carga viral e sintomas como cansaço e febre. A análise do vírus presente no seu plasma neste momento revelou vírus do subtipo B, enquanto no início só tinha sido detectado vírus do subtipo AE. O paciente tinha história de exposição sexual de alto risco três semanas antes em um país no qual o vírus do subtipo B é endêmico. A análise filogenética dos dois vírus confirmou que se tratava de cepas diferentes, levando à conclusão de que havia ocorrido superinfecção.

Em estudo recente no Quênia feito em profissionais do sexo, com infecção crônica pelo HIV e altamente expostas ao vírus, foi observado que uma pessoa inicialmente infectada com vírus do subtipo A só apresentava amostras recombinantes de subtipo AC 10 anos após a soroconversão. Esta paciente tinha apresentado doença febril e queda de contagem de CD4 poucos anos antes. Uma análise detalhada revelou não haver indícios de vírus de subtipo C logo após a soroconversão, sugerindo a ocorrência de superinfecção por vírus do subtipo C levando à formação das amostras recombinantes AC.

Evidências de superinfecção com vírus do mesmo subtipo

Vírus de diferentes subtipos apresentam diferenças significativas em sua composição genética. Portanto, não é de se estranhar que uma resposta imunológica específica contra o HIV para o vírus inicial não consiga evitar a superinfecção pela segun-

da amostra. Os dois trabalhos sobre superinfecção por vírus do mesmo subtipo são mais preocupantes.

O primeiro foi sobre outro paciente tratado com HAART durante a infecção primária e a seguir colocado em interrupção terapêutica supervisionada. A superinfecção foi detectada quando ele apresentou aumento súbito da carga viral e queda importante da contagem de CD4 após ter demonstrado um excelente controle imunológico da replicação viral durante quase um ano. A análise filogenética revelou que o vírus circulante era geneticamente diferente da amostra da infecção original do paciente três anos antes.

O paciente tinha história de exposição sexual de alto risco dois a três meses antes do aumento de sua carga viral e tinha apresentado sintomas compatíveis com uma síndrome retroviral aguda. Deve-se destacar que ele apresentava uma resposta mediada por células T CD8 muito ampla ao primeiro vírus antes da nova infecção, no entanto seu sistema imunológico não pôde evitar a infecção por um segundo vírus do mesmo subtipo.

Outro estudo que vale a pena ressaltar demonstrou superinfecção por vírus selvagem do subtipo B em uma pessoa virgem de tratamento inicialmente infectada por uma amostra multirresistente do subtipo B. A amostra do tipo selvagem predominou logo após a nova infecção, porém, surpreendentemente, estudos subseqüentes mostraram que os dois vírus apresentavam capacidade de replicação semelhante, conforme determinado pelo teste virológico.

Uma alteração da pressão seletiva pode levar à replicação preferencial de uma das cepas e isso explicaria porque o segundo vírus só é detectado mais tarde. O fato de algumas dessas pessoas terem história de exposições de alto risco e sintomas da síndrome retroviral aguda pouco

antes da detecção do segundo vírus faz com que seja mais provável que tenha de fato ocorrido superinfecção.

Conclusões

Existem atualmente dados suficientes para sugerir que a superinfecção é possível. Com frequência, quedas significativas da contagem de CD4 e aumentos transitórios da carga viral acompanham a nova infecção. Além disso, uma recente análise retrospectiva mostrou uma progressão muito rápida da soroconversão à Aids em cinco pacientes sem tratamento com dupla infecção pelo HIV.

Deve-se notar que as pessoas com infecção inicial pelo HIV apresentam uma população de vírus mais homogênea que aquelas com infecção crônica, e, portanto, deveria ser mais fácil detectar uma nova cepa viral. Por outro lado, as pessoas com infecção inicial podem ser mais suscetíveis à nova infecção, possivelmente em virtude de sua resposta imunológica específica ao HIV estar ainda em expansão.

Também se deve destacar que os pacientes em uso de HAART com carga viral indetectável podem apresentar maior risco de nova infecção, à medida que os níveis de anticorpos neutralizantes específicos contra o HIV e de células T CD8 mostraram cair ao longo do tempo quando existe supressão da replicação viral. Ainda existe o perigo da infecção por vírus resistentes, que apresentariam uma vantagem seletiva sobre os vírus tipo selvagem nos pacientes recebendo tratamento anti-retroviral eficaz.

Com base nessas evidências, as pessoas soropositivas devem ser orientadas a praticar sexo seguro sempre, inclusive com outras pessoas infectadas pelo HIV a fim de evitar uma superinfecção e todas as suas consequências. Além disso, as práticas de sexo seguro são indicadas para evitar a transmissão de outras doenças sexualmente transmissíveis.

Cinema Mostra Aids

Comemoração de 15 anos do Grupo Pela Vidda/SP traz uma retrospectiva sobre o olhar do cinema em relação ao HIV/Aids em mais de duas décadas da epidemia

Filmes e vídeos que têm como foco principal a infecção pelo HIV/Aids ou estão permeados com relatos do cotidiano da maior epidemia herdada do século passado foram reunidos no ciclo Cinema Mostra Aids, ocorrido em São Paulo de 5 a 12 de agosto, em comemoração aos 15 Anos do Grupo Pela Vidda/SP.

Ao longo de mais de duas décadas da epidemia, foram vários os autores e diretores que transformaram o HIV/Aids em fonte de inspiração. Entre os 23 títulos selecionados, a epidemia é o tema central em boa parte deles, enquanto que em outros aparece na trama ou na vida dos personagens.

São obras que apresentam respostas e perplexidades do cinema frente ao problema, atualizando o alerta para a necessidade de prevenção e de eliminação do preconceito. A múltipla diversidade de abordagens projeta as diferentes facetas desse drama a partir de testemunhos do viver com HIV em nossa sociedade.

A Mostra foi resultado de esforço coletivo e trabalho voluntário de inúmeros colaboradores, especialmente do Espaço Unibanco de Cinema, do Festival MIX Brasil e de integrantes do Grupo Pela Vidda/SP. O evento também contou com o apoio de jornalistas especializados em cinema, distribuidoras de filmes e com a parceria do Programa Estadual de DST/Aids da Secretaria de Estado da Saúde.

Metade dos ingressos foram distribuídos gratuitamente entre ONGs e serviços de saúde em HIV/Aids. As vendas na bilheteria custearam os investimentos necessários à realização do evento. Este é o segundo ciclo Cinema Mostra Aids, que teve sua primeira edição em 1997.

HIV/Aids na fita

Será que, desde a primeira mostra, muita coisa mudou? Nos avanços da medicina e no comportamento social em relação aos soropositivos, pode-se dizer que sim. Hoje não se fala mais de Aids como “o câncer gay”, expressão comum no início dos anos 80, época em que a epidemia tomou a forma de um fantasma a rondar guetos homossexuais. O cinema parece ter acompanhado, à distância, essas mudanças.

Se filmes como *Meu Querido Companheiro* e *Filadélfia* foram emblemáticos ao relacionar a Aids aos gays nas décadas de 80 e 90, o cinema tem buscado diversificar as formas de retratar a presença do HIV/Aids no cotidiano do mundo contemporâneo. Esse é um processo lento que, aos poucos e por lucidez de cineastas como o iraniano Abbas Kiarostami, tem transformado a doença em tema de trabalhos tocantes, como por exemplo o documentário *ABC África*, sobre crianças portadoras do vírus HIV.

No entanto, o “mal do século” ainda é evitado pelos grandes estú-

dios de Hollywood. Não à toa, *Filadélfia*, realizado em 1993, ainda é a maior referência do gênero para as grandes platéias. Assim, não é tarefa fácil encontrar filmes que traçam o tema em toda sua relevância e diversidade, ou seja, não mais restrito ao mundo gay mas também presente em outros círculos.

A maioria dos títulos presentes à mostra reflete o período inicial da epidemia, em virtude da “urgência” do tema em questão. Um dos precursores desta abordagem, *O Declínio do Império Americano*, perturbou o público ao levar às telas a confusão e o mistério de uma nova doença, situação que anos depois seria contraponto para documentários como *Fight Back, Fight Aids* apontar a evolução no ponto de vista da doença através do engajamento político, no caso do combativo grupo Act Up.

Visibilidade

Como mostra a fita, se o preconceito social parece ter se dissipado em sua forma mais cruel, ainda há muito o que vencer. Tome-se como exemplo o próprio esforço para realização desta Mostra: em 2004 ainda encontra-se resistência por parte de proprietários de alguns títulos em colaborar com um evento que tem por objetivo expandir a visibilidade e o acesso à informação sobre o tema.

Mas foi pela coragem de alguns

atores e diretores nos Estados Unidos e na Europa que a Aids saiu do armário para conquistar o público. Veja o caso de Ed Harris, que interpreta o paciente terminal de *As Horas*, em atuação que lhe valeu uma indicação ao Oscar. Ou do espanhol Javier Bardem, que também concorreu ao prêmio, intérprete do poeta cubano Reinaldo Arenas no emocionante *Antes do Anoitecer*.

São a partir de filmes como esses que o tema da Aids dribla hoje a hipocrisia da indústria cinematográfica. Felizmente, nota-se, cada vez mais, a introdução do assunto nas produções feitas para a TV. Vide o sucesso da premiada minissérie *Angels in America* e a repercussão do seriado *Os Assumidos/Queer as Folk*, em que três de seus onze personagens são portadores do vírus HIV. Ou mesmo a irreverência de *O Presente*, que retrata a atitude de pessoas que buscam tornar-se soropositivo voluntariamente ao participarem das “festas de conversão” em que é descartada a prática do sexo seguro.

A arte como instrumento de educação está entre os propósitos da Mostra: conscientizar de uma maneira lúdica. Quanto mais o tema é abordado, expandem-se os esclarecimentos e tende-se a reduzir as dúvidas e o preconceito. Cabe refletir a partir dessa mostra não apenas os rumos que a Aids vem tomando no cinema.

Filmes da Mostra 2004

- A Cura (*The Cure*), de Peter Horton. EUA, 1995, 110 min.
- A Velocidade de Gary (*The Velocity of Gary*), de Dan Ireland. EUA, 1998, 100 min.
- ABC Africa (*ABC Africa*), de Abbas Kiarostami. Irã / França, 2001, 85 min.
- A-List (*A-List - Life and Death on the A-List*), de Jay Corcoran. EUA, 1996, 45 min.
- Amor e Restos Humanos (*Love and Human Remains*), de Denys Arcand. Canadá, 1993, 104 min.
- Antes do Anoitecer (*Before Night Falls*), de Julian Schnabel. EUA, 2000, 125 min.
- As Horas (*The Hours*), de Stephen Daldry. EUA 2002, 116 min.
- Clube dos Corações Partidos (*The Broken Hearts Club*), de Greg Berlanti. EUA, 2000. 94 min.
- Corações Apaixonados (*Playing by Heart*). EUA, 1998, 120 min.
- Declínio do Império Americano (*Le Déclin de L'Empire Américain*), de Denys Arcand. Canadá, 1986, 101 min.
- Eu Amo Esse Homem (*L'Homme Que J'aime*), de Stéphane Giusti. França, 1997, 87 min.
- Fight Back, Fight Aids: 15 Years Of Act Up (*Fight Back, Fight AIDS: 15 Years of Act Up*), de James Wentzy. EUA, 2002, 75 min.
- Filadélfia (*Philadelphia*), de Jonathan Demme. EUA, 1993, 125 min.
- Kids (*Kids*), de Larry Clark. EUA, 1995, 96 min.
- Meu Querido Companheiro (*Longtime Companion*), de Norman René. EUA, 1990, 100 min.
- Noites Felinas (*Les Nuits Fauves*), de Cyril Collard. França, 1992, 149 min.
- Paciente Zero (*Zero Patience*), de John Greyson. Canadá, - 100 min.
- Presente (*The Gift*), de Louise Hogarth. EUA, 2002, 62 min.
- RSVP (*RSVP*), de Laurie Lynd. Canadá, 1991, 23 min.
- Terra de Sonhos (*In America*), de Jim Sheridan. EUA, 2004. 103 min.
- The Dead Boys Club (*The Dead Boy's Club*), de Mark Christopher. EUA, 1992, 25 min.
- Tudo Sobre Minha Mãe (*Todo Sobre Mi Madre*), de Pedro Almodóvar. Espanha / França, 1999, 101 min.
- Um Amor Quase Perfeito (*Le Fate Ignoranti*), de Ferzan Ozpetek. França / Itália, 2001, 105 min.

Mais informações: www.aids.org.br

Manifesto das Ongs/Aids brasileiras distribuído durante a XV Conferência Internacional de Aids, realizada em Bangcoc, Tailândia em julho de 2004

O drama da Aids no Terceiro Mundo: Chega de discurso. É hora de agir!

A cada minuto, das dez pessoas que se infectam pelo HIV no mundo, nove morrerão sem tratamento. É esse o destino trágico anunciado para 32 milhões de pessoas que vivem com Aids nos países em desenvolvimento. São mais de dez mil mortes por dia, mesmo numa época em que a Aids se tornou doença crônica para quem tem acesso aos coquetéis de medicamentos, que permitem às pessoas viverem cada vez mais e melhor. A epidemia ainda consome a vida de milhões de homens, mulheres e crianças; devasta famílias, destrói comunidades e compromete o futuro de nações. Precisamos mudar o rumo desta história. Para isso:

CONCLAMAMOS os governos, a opinião pública e as comunidades a agirem imediatamente para garantir o direito das pessoas portadoras do HIV e Aids receberem o melhor tratamento existente, independente do lugar onde vivem ou da sua condição social e econômica, respeitando assim as determinações da Declaração de Compromissos das Nações Unidas (UNGASS/AIDS)

REPUDIAMOS a falta de acesso aos remédios anti-Aids e demais medicações necessárias ao tratamento de co-infecções e efeitos colaterais, fato decorrente dos elevados preços impostos pela indústria farmacêutica multinacional, que sacrifica milhões de vidas para preservar o lucro exorbitante.

EXIGIMOS que as regras de patentes, os tratados de propriedade intelectual e os acordos comerciais estejam à serviço da saúde e da vida, e não subordinados a interesses econômicos.

DEFENDEMOS o licenciamento compulsório e a produção de medicamentos genéricos.

CONCLAMAMOS os organismos internacionais e dos governos dos países, sobretudo dos mais ricos, para que saiam do atual estado de inércia e omissão e invistam concretamente na garantia da assistência integral a todos os doentes de Aids do planeta, na prevenção e na descoberta de uma vacina, respeitando o acordo que assinaram na UNGASS/AIDS -2001

REIVINDICAMOS que países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, possam livremente produzir, exportar e transferir tecnologias de medicamentos genéricos para outros países pobres.

REFORÇAMOS que o exemplo do Brasil, de acesso universal ao tratamento, pode ser seguido por outros países. Nos orgulhamos dos avanços que conquistamos, que foi fruto, principalmente, de uma atuação permanente da sociedade civil na proposição e controle das nossas políticas de saúde.

LEMBRAMOS que, apesar do reconhecimento mundial ao Programa Brasileiro, ainda estamos longe do controle da epidemia. No Brasil diariamente 300 pessoas se infectam com o HIV, 60 doentes iniciam tratamento e 27 pessoas morrem de Aids. Temos mais de 600 mil brasileiros soropositivos/as. A AIDS já matou 150.000 pessoas e atualmente 140.000 dependem do coquetel para viver.

Num país onde 44 milhões de brasileiros/as passam fome, a AIDS continua crescendo, afetando principalmente o

grande contingente excluído e marginalizado da população: mulheres, homossexuais, pobres e negros, com ênfase entre profissionais do sexo, usuários/as de drogas e populações encarceradas.

ALERTAMOS às autoridades brasileiras para que redobrem o compromisso e melhorem a qualidade dos serviços de saúde e de educação; solucionem a falta constante de exames e medicamentos para doenças oportunistas; implementem leis de proteção aos direitos das pessoas soropositivas e ampliem as insuficientes ações de prevenção, principalmente dirigidas às populações em maior situação de vulnerabilidade

REAFIRMAMOS que o melhor meio de prevenção é incentivar o uso de preservativos, garantir o acesso permanente à informação cidadã com linguagem e conceitos adequados, adotar políticas de redução de danos para usuários/as de drogas (incluindo troca de seringas); incluir os temas sexualidade e direitos humanos nas políticas educacionais.

RENOVAMOS nosso compromisso com o movimento coletivo, integrado a uma rede mundial de solidariedade, em busca de um mundo justo, onde não haja lugar para a dor, o sofrimento, a doença e a morte causadas pela ganância. O lucro não pode superar a VIDA!

LUTAMOS pelo direito básico de viver com qualidade e dignidade, pelo direito à saúde, ao sonho e à esperança.

*Articulação Nacional de Luta Contra a Aids – ONGs/Aids do Brasil
Conferência Internacional de AIDS-
Bangcoc/Tailândia 2004*

CADERNOS PELA VIDDA N° 38
Agosto de 2004

Editor

Mário Scheffer

Editores Assistentes

Fernando Fulanetti e Marcela Besson

Equipe

Arte: José Humberto de Sousa Santos.
Colaboradores: Aline Violini, Concília Ortona Vicentini, Dinaura Jules, Richard Steurer e Violette Nagib Amary.
Consultoria médica: Caio Rosenthal.
Conselho Editorial: Ezio Távora, Jorge Beloqui, José Araújo e Pedro de Souza.
Impressão e acabamento: Stampatto.
Tiragem: 10.000 exemplares.

O Grupo Pela Vidda/SP é uma organização não governamental, sem fins lucrativos, composta por pessoas vivendo com Aids, portadores do HIV, seus amigos, familiares, companheiros e interessados em geral.

Diretoria do Grupo Pela Vidda/SP

Presidente: Rogério de Jesus Ribeiro; *Vice-presidente:* Wilson Amaral Merege; *Secretária-geral:* Maria Hiroko Watinaga; *1º Tesoureiro:* Leilah Rios; *2º Tesoureiro:* Luis Francisco dos Santos.

Apoio

Renato de Paula Marin, Vicente Alves Horteiga, Norberto Bossolini, José Carlos Ferreira, Jaime de Souza e Adriano Brandão.

Voluntários Pela Vidda: Os profissionais envolvidos na edição de *Cadernos Pela Vidda* prestam trabalho voluntário, não remunerado. Os honorários constantes no projeto financiado pelo Ministério da Saúde são doados integralmente ao Grupo Pela Vidda/SP e contribuem para a manutenção da infra-estrutura da sede e gastos administrativos. A toda a equipe, nossos sinceros agradecimentos.

Parceria: Esta edição foi financiada pelo Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde em convênio com a Unesco.

Doações: Grupo Pela Vidda/SP, Banco Bradesco, Agência 3130-5, conta 47.630-7