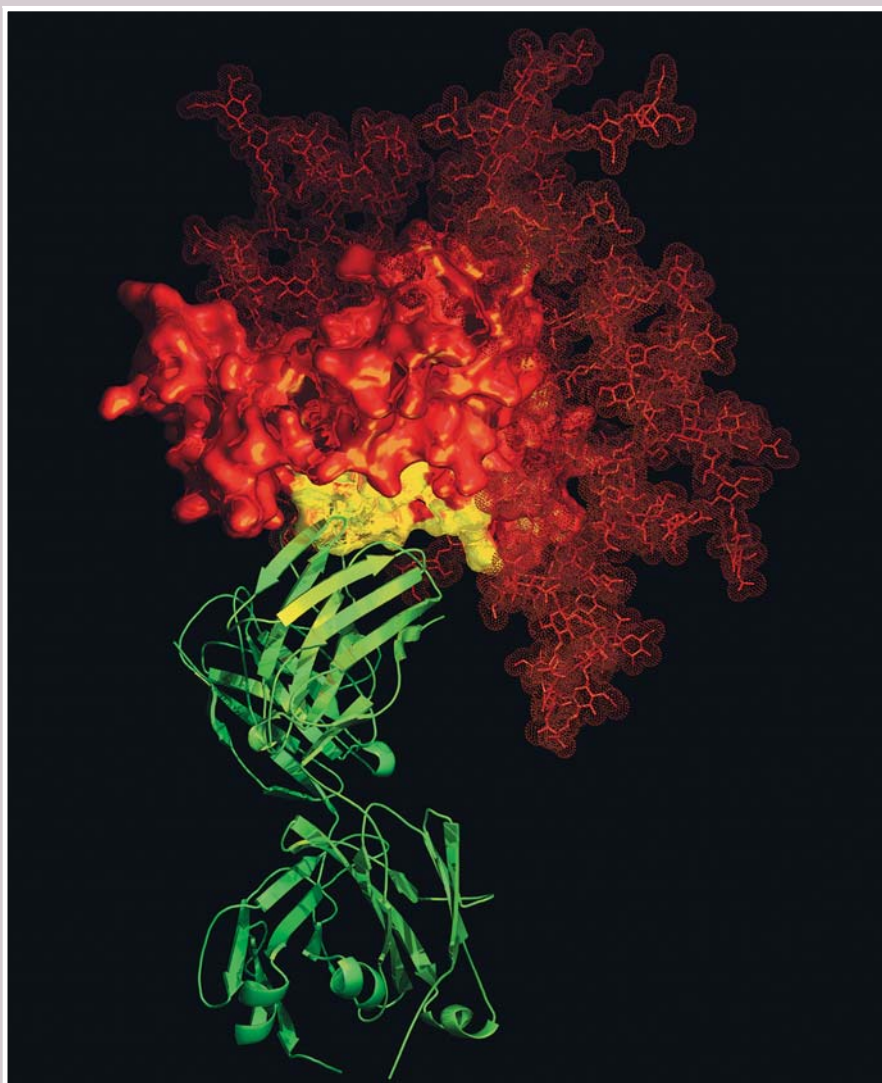


CADERNOS

PELA VIDA

Aids, tratamento e ativismo ● Abril de 2007 ● Ano XVII - Nº 44 - www.aids.org.br



Avanços no tratamento, ameaças na assistência

DOIS MUNDOS - Lá fora, a chegada de novas classes de medicamentos e as recentes descobertas sobre o HIV (imagem acima) trazem mais esperanças ao tratamento da Aids e à busca por uma vacina. No Brasil, o fracionamento de anti-retrovirais e a falta de exames de carga viral expõem as falhas de um programa que vê seu futuro ameaçado devido aos altos custos dos remédios patenteados. Também nesta edição, informações sobre saúde para as pessoas que vivem com HIV/Aids e instrumentos para a reivindicação de direitos.

Coordenadora

Concília Ortona Vicentini

Editores

Mário Scheffer e

Fernando Fulanetti

Arte: José Humberto de Sousa Santos

Tradutores voluntários: Ana Honda,

Aline Violini, 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: Editora e Gráfica Stampato

Tiragem: 10.000 exemplares

O Grupo Pela Vidda/SP (Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids) é uma organização não-governamental, sem fins lucrativos, composta por pessoas vivendo com HIV e Aids, seus amigos, familiares, companheiros e interessados.

Diretoria do

Grupo Pela Vidda/SP

Presidente: Rogerio de Jesus Ribeiro

Vice-presidente: Norberto Bossolani

1º Secretário: Vicente Roberto Alves Hortega

2º Secretário: Luis Francisco dos Santos

1º Tesoureiro: José Carlos Ferreira

2º Tesoureira: Darci Pinheiro de Almeida

Colaboradores

Adriano Paes Brandão, Daniela da Silva,

Jaime de Souza, Leilah Rios, Mauricio

Prado e Renato de Paula Marin

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

sumário

- **novos anti-retrovirais** 4
 - **ação dos medicamentos** 8
 - **notícias recentes** 10
 - **gordura corporal** 14
 - **funcionamento dos rins** 19
 - **colesterol bom e ruim** 20
 - **saúde do coração** 21
 - **acesso universal** 23
 - **exija seus direitos** 28
 - **dicas de leitura** 31
-

Imagem da capa: fotografia em 3D, obtida por cristalografia de raios X. Mostra o anticorpo b12 (fita verde) ligando-se à proteína gp120 do HIV (em vermelho) no mesmo local (em amarelo) onde se estabelece a ligação do vírus com os receptores CD4. **Fonte:** National Institutes of Health (NIH), EUA.

Avanços lá, ameaças aqui



Em 2007, ano em que o AZT, primeiro anti-retroviral para tratamento do HIV/Aids, completa 20 anos, serão lançados medicamentos de duas novas classes, boa notícia para pacientes resistentes aos mais de 20 remédios anti-Aids disponíveis, para quem essas drogas atuais já não fazem mais efeito.

Também acaba de ser dado um passo importante na busca por uma vacina contra o HIV. Cientistas americanos conseguiram registrar o momento exato em que um anticorpo capaz de neutralizar o HIV gruda e age no vírus. É esse achado que ilustra a capa desta edição de *Cadernos Pela Vidda*.

Se lá fora assistimos avanços e descobertas, por aqui rondam ameaças de retrocessos. Diante da necessidade de incorporar novas drogas, sem coragem de quebrar patentes e sem a decisão do governo federal de investir na produção local de medicamentos genéricos, não se sabe até quando será possível sustentar o programa que dá acesso aos medicamentos a milhares de pessoas que vivem com HIV e Aids no Brasil

Ainda que atribuídos a fornecedores, problemas recorrentes de fracionamento de anti-retrovirais – entrega de quantidade insuficiente para um mês completo de tratamento – e de irregularidade no fornecimento de exames imprescindíveis para monitorar o estado de saúde dos pacientes, revelam falhas e fragilidades imperdoáveis de um programa de Aids que almeja ser exemplo para o mundo.

Também é com grande preocupação que vemos as discussões travadas sobre o direito dos cidadãos de acesso aos medicamentos de alto custo. Diversos secretários e gestores

de saúde têm vindo a público defender a absurda “regulamentação” dos pedidos judiciais. Ressaltam que o fornecimento de medicamentos via Justiça compromete a dispensação regular, uma vez que os governos precisam remanejar recursos vultosos para atender pedidos isolados.

Pois chamamos a atenção que, ao determinar que a saúde é direito de todos e dever do Estado, a Constituição Federal impôs a universalidade, equidade e integralidade das ações e serviços de saúde, o que inclui o acesso aos medicamentos. As conquistas do movimento de Aids só tiveram a ousadia de fazer cumprir essas prerrogativas.

Ao invés de coibir o direito de acionar a Justiça, é preciso padronizar as condutas médicas, punir os desvios que possam existir, buscar soluções administrativas que se antecipem às ações judiciais que reivindicam novos medicamentos e destinar mais recursos para a saúde.

Além destas questões, *Cadernos Pela Vidda* retorna nesta edição a um tema que tanto incomoda inúmeros portadores do HIV: as alterações na distribuição de gordura no organismo. Na poesia de Cecília Meireles, enviada por uma frequentadora do Grupo Pela Vidda/SP, fica o nosso protesto e clamor para que a medicina busque solução definitiva a esse problema:

*Eu não tinha este rosto de hoje,
assim calmo, assim triste, assim magro,
Nem estes olhos tão vazios/ Nem
o lábio amargo./ Eu não tinha estas
mãos sem força./ Tão paradas e frias e
mortas;/ Eu não tinha este coração/
Que nem se mostra. Eu não dei por esta
mudança/ tão simples, tão certa/ Tão
fácil:/ - Em que espelho ficou perdida/
a minha face?”*

Novos medicamentos: alternativas para a falência terapêutica

Dois novos medicamentos (darunavir e tipranavir) já lançados no mercado mundial, mas ainda não liberados no Brasil, e outros dois em fase final de pesquisa clínica (maraviroc e raltegravir), que deverão ser aprovados ainda em 2007 nos Estados Unidos, irão reforçar o arsenal terapêutico de “resgate”, voltado aos pacientes para os quais os atuais remédios não fazem mais efeito. Protegidas por patentes, as novas drogas terão altos preços e irão “estrangular” ainda mais o programa brasileiro de acesso universal aos medicamentos anti-Aids, que já custa cerca de R\$ 900 milhões por ano ao SUS.

Os novos medicamentos devem ser usados em combinação com os mais antigos e devem seguir o consenso terapêutico do Ministério da Saúde, que terá uma nova atualização divulgada ainda em 2007. Já existem atualmente mais de 20 opções aprovadas no mundo e há quatro mecanismos diferentes usados por esses medicamentos para combater o HIV. Em muitos pacientes, o vírus desenvolve resistência a uma ou mais drogas. E se o vírus desenvolve resistência a um medicamento de uma classe, ele frequentemente se torna resistente às demais opções daquela classe e, às vezes, até das outras classes. Assim, especialistas apontam que há cada vez mais necessidade de medicamentos que empreguem novos mecanismos de ação contra o vírus.

A boa notícia é que novos medicamentos em teste indicam que pacientes que se tratam há muito tempo, com vasta experiência em terapia anti-HIV, possuem agora chances de atingir uma carga viral indetectável continuamente e de elevar suas contagens de células CD4 a níveis nos quais deixam de ser vul-

neráveis às doenças ligadas à Aids.

Dois medicamentos já aprovados no exterior, o darunavir e o tipranavir, vêm reforçar o time dos inibidores da protease. Mas as expectativas maiores recaem sobre o maraviroc e o raltegravir, que agem em momentos diferentes da replicação do HIV. Desde 2003, com a chegada do Fuzeon (T20), um inibidor da fusão, nenhum outro medicamento de classe diferente havia sido aprovado. A seguir, mais detalhes sobre cada um dos novos medicamentos.

DARUNAVIR

O darunavir (Previzta) é destinado a pacientes que se submeteram previamente a tratamentos e nos quais pelo menos um medicamento da combinação anterior, incluindo um inibidor da protease, deixou de ter efeito. É usado em associação com doses baixas de outros inibidores da protease, a exemplo do ritonavir, o mais testado na combinação. Os médicos só devem receitar o darunavir depois de analisarem os medicamentos que o pa-

ciente tomou previamente e a probabilidade da resposta do vírus ao medicamento. A dose recomendada é de 600 mg duas vezes por dia. Cada dose deve ser tomada com 100 mg de ritonavir (ou outro medicamento, a critério médico) e alimentos. Não deve ser utilizado por pessoas que sofrem de problemas graves ligados ao fígado.

O darunavir é um inibidor da protease, bloqueando essa enzima que está envolvida na reprodução do HIV. Quando isso ocorre, o vírus não se reproduz normalmente, diminuindo sua velocidade de replicação. O ritonavir é um outro inibidor da protease, utilizado como “potencializador” do darunavir.

Um grupo de cientistas espanhóis comprovou a eficácia prolongada do darunavir e sua qualidade na redução, de forma significativa, da presença do HIV nos pacientes que não respondem mais aos tratamentos convencionais. Segundo os resultados de um estudo publicado na revista britânica *The Lancet*, a administração do darunavir aliado a uma dose baixa do ritonavir, reduz

significativamente a carga viral no sangue dos pacientes. Além disso, a combinação dos dois remédios produz um aumento no número de células imunológicas do corpo após 48 semanas de tratamento. Depois de um ano de uso do darunavir, 45% dos pacientes tratados tiveram redução da quantidade de vírus no sangue até alcançar níveis não detectáveis (menos de 50 cópias por mililitro de sangue).

O darunavir é do laboratório Tibotec, empresa que pertence à Johnson & Johnson. Foi aprovado em junho de 2006 nos Estados Unidos e em fevereiro de 2007 na União Européia. Mas até março de 2007 não havia sido liberado no Brasil, apesar de já existirem ações judiciais reivindicando o medicamento para pacientes brasileiros que não dispõem mais de outra alternativa terapêutica.

TIPRANAVIR

O tipranavir (Aptivus), outro inibidor da protease, também deve ser administrado com ritonavir em baixa dosagem, em pacientes adultos com vasta experiência de tratamento anti-Aids, com vírus resistente a vários inibidores da protease, doença avançada ou opções terapêuticas limitadas. A aprovação foi baseada nos resultados de dois grandes estudos clínicos, multicêntricos (feitos em vários lugares), com 600 e 800 pacientes previamente tratados com vários medicamentos anti-retrovirais. Estes estudos mostraram que o tipranavir (cápsulas de 250 mg) usado com ritonavir (cápsulas de 100mg), tomados duas vezes ao dia, atingia uma grande supressão da carga viral. Mas este é um medicamento que requer atenção especial. Os efeitos colaterais mais frequentes são diarreia, náuseas, fa-

lta, dores de cabeça e vômitos. A questão principal em matéria de segurança está relacionada com a toxicidade hepática, podendo causar problemas no fígado, o que requer cuidados e monitoramento. Pacientes com histórico de doenças do fígado (hepatite, por exemplo) precisam ser acompanhados de perto. Ainda faltam dados para confirmar a segurança do tipranavir a longo prazo, mas os estudos mostraram que, apesar das ressalvas, ele apresenta um perfil de risco/benefício favorável.

Em 30 de junho de 2006, o laboratório Boehringer Ingelheim (produtor do medicamento) e a agência norte-americana de medicamentos (FDA) lançaram alerta sobre novas informações quanto à segurança no uso do tipranavir, revelando a existência de notificações de hemorragia intracraniana (ICH). O laboratório identificou 14 relatos desse tipo de evento, incluindo oito casos fatais, entre 6.840 pacientes portadores do vírus HIV-1 recebendo tipranavir em terapia anti-retroviral combinada. Muitos dos pacientes que passaram por esse quadro de ICH e que usavam tipranavir apresentavam outras condições clínicas tais como lesões do sistema nervoso central, trauma craniano, neurocirurgia recente, coagulopatia, hipertensão, ou faziam abuso do álcool, ou estavam recebendo outras medicações concomitantes, incluindo anticoagulantes ou agentes anti-plaquetários. Ou seja, ainda não está claro o papel do tipranavir na ocorrência desses problemas de saúde.

Aprovado nos Estados Unidos em junho de 2005 e na União Européia em outubro de 2005, o tipranavir ainda não está disponível no Brasil. O laboratório sequer havia solicitado, até março de 2007, o

registro do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). A empresa alegou que só faria isso depois de conseguir a patente do medicamento no Brasil, processo que ficou parado devido a divergências entre o Instituto Nacional de Propriedade Intelectual (INPI) e a Anvisa, que não chegaram a um acordo se deviam ou não reconhecer a patente do tipranavir em território nacional. A exemplo do darunavir, mesmo sem liberação no país, o medicamento tem sido motivo de ações judiciais, uma vez que alguns médicos vêm prescrevendo o tipranavir para pacientes com falência terapêutica.

MARAVIROC

Em fase final de testes, o maraviroc também é uma opção no tratamento para pacientes quando as alternativas terapêuticas não apresentam mais o resultado esperado. Em casos como estes – conhecidos como “terapia de resgate” – o maraviroc pode promover uma resposta positiva, pois o produto possui um mecanismo de ação diferenciado. Pertencente a uma nova classe de medicamentos anti-Aids (inibidor do co-receptor CCR5), o maraviroc atua de forma diferente dos demais medicamentos, pois age de fora da célula, bloqueando a entrada do vírus HIV no linfócito CD4 que ainda não estiver infectado. Sua vantagem é ser ativo contra o HIV resistente às demais classes de anti-retrovirais, além de mais tolerado e seguro, por atuar de fora da célula. Mais de 400 pacientes receberam doses únicas ou múltiplas de maraviroc. Mostrou-se seguro e bem tolerado em dose única de até 900 mg ou em doses múltiplas de até 300 mg, duas vezes por dia. Os efeitos adversos mais frequentes após



múltiplas doses foram dor de cabeça, astenia, flatulência, tontura e náusea. Segundo o laboratório Pfizer (produtor do medicamento), até o momento o maraviroc não demonstrou estar associado às alterações lipídicas e metabólicas. Outra possível vantagem seria que o maraviroc se liga fortemente aos receptores CCR5 e libera-se de forma lenta dos receptores, o que permite oferecer uma maior “cobertura” para uma dose não tomada por esquecimento do paciente em tratamento.

Em dois estudos de fase III patrocinados pela Pfizer, envolvendo 1.049 pacientes, mais de 40% dos que receberam o maraviroc exibiram níveis indetectáveis de vírus após 24 semanas, em um estudo de 48 semanas. Isto representou o dobro da taxa daqueles que não recebiam o medicamento. Os pacientes eram resistentes a três classes de drogas e estavam recebendo uma combinação otimizada de remédios mais antigos.

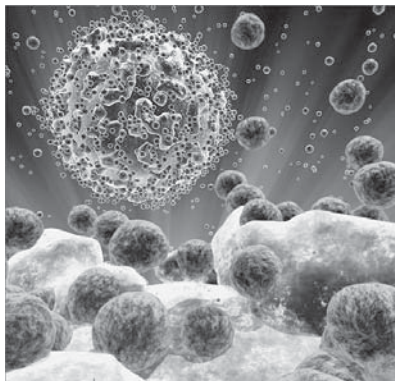
No entanto, alguns especialistas disseram estar um tanto cautelosos em relação ao maraviroc, em parte por ele bloquear uma proteína humana em vez de uma viral, com efeitos a longo prazo possivelmente desconhecidos. Um inibidor de CCR5 que estava sendo desenvolvido pela Glaxo SmithKline foi descartado por causar toxicidade ao fígado, e um segundo, desenvolvido pela Schering-Plough, pareceu elevar o risco de câncer no sangue. Mas nos estudos da Pfizer, não há registros do aumento da incidência dessas doenças. Em um dos estudos, houve uma taxa de mortalidade maior entre aqueles que receberam o medicamento, mas o laboratório disse que as mortes não estiveram associadas à droga.

Cerca de 85% dos pacientes re-

cém-infectados possuem um vírus que usa o CCR5, enquanto apenas metade dos vírus altamente resistentes às drogas atuais usam essa porta. Há alguma preocupação de que o bloqueio do CCR5 possa encorajar o surgimento de vírus que usem o portal alternativo, sendo que tais vírus parecem estar associados a problemas mais graves.

Antes de receberem o maraviroc, os pacientes terão que fazer um teste para determinar que “porta de entrada” o seu vírus utiliza, o que tornaria o medicamento um primeiro exemplo de “medicina personalizada” de acordo com o paciente. O teste, que provavelmente levaria duas semanas para obtenção do resultado, foi desenvolvido pela Monogram Biosciences, empresa da Califórnia, Estados Unidos. Ele deverá custar cerca de 1.000 dólares ou mais.

A Pfizer, que não atuava no campo do tratamento do HIV/Aids no Brasil, anunciou que iniciará ainda em 2007 uma pesquisa com maraviroc no país, mas isso depende ainda de aprovação dos órgãos reguladores brasileiros, incluindo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Segundo o laboratório, a pesquisa incluirá 200 pacientes em 20 centros de pesquisas espalhados pelo Brasil e foi adaptada a partir do Programa



de Acesso Expandido anunciado pela Pfizer em vários países. Para poder participar do estudo, os portadores do HIV deverão estar estáveis e possuir infecção pelo vírus que apresente afinidade com a proteína CCR5. Para saber se o paciente tem esse tipo de vírus, é necessário fazer um exame de diagnóstico chamado Teste de Tropismo. Ele precisa ter 18 anos ou mais, apresentar resistência ou intolerância aos medicamentos disponíveis no Brasil e não conseguir atingir os níveis adequados de supressão da carga viral com o tratamento atual. O estudo não incluirá pacientes portadores HIV que utiliza outra “porta de entrada” nas células que não exclusivamente a do receptor CCR5. Também estão excluídos pacientes com condição médica que o investigador julgue interferir na adesão do tratamento, bem como gestantes e lactantes.

A Pfizer já pediu a avaliação do maraviroc pelo Food and Drug Administration (FDA) – a agência de controle de alimentos e medicamentos dos Estados Unidos. Mesmo se for aprovado em 2007 nos EUA, somente em 2008 poderá estar disponível no Brasil, devido aos trâmites necessários para a liberação local.

RALTEGRAVIR

O raltegravir (MK-0518), do laboratório Merck Sharp & Dohme, inaugura uma nova classe de drogas anti-retrovirais, os inibidores da integrase, uma enzima do HIV que as “famílias” anteriores de anti-retrovirais não conseguiam atacar. Ao inibir a integrase, esse medicamento impede que o DNA do vírus HIV penetre no DNA das células humanas, bloqueando sua capacidade de se replicar e infectar novas células.

Estudo publicado na revista médica britânica *The Lancet*, em abril

de 2007, relatou que foram testadas doses de 200, 400 e 600 mg de raltegravir em pacientes que já se tratavam há cerca de dez anos com outros antivirais. Após 24 semanas, os pesquisadores mediram a carga viral dos pacientes, divididos em quatro grupos, dos quais um não recebia o inibidor da integrase. Os resultados foram promissores: a carga viral caiu abaixo do limite detectável (menos de 50 cópias/ml) em 65% dos pacientes, contra apenas 13% de carga viral indetectável entre os que não recebiam o raltegravir. O medicamento também permitiu o aumento dos linfócitos CD4, e restaurou em parte as defen-

sas imunológicas dos pacientes.

Os resultados confirmaram outros dois estudos com raltegravir envolvendo um total de 700 pacientes, todos eles resistentes a pelo menos uma droga em cada uma de outras três classes de medicamentos anti-retrovirais. Todos os pacientes também receberam uma combinação dos remédios mais antigos que seus médicos julgaram como os mais apropriados.

Ao considerarem a proporção de pacientes com carga viral indetectável, os investigadores descobriram que mais de 60% dos pacientes tomando raltegravir tinham alcançado esse resultado quando compara-

dos somente a um terço dos pacientes com outra combinação. Após 16-24 semanas, 77% dos pacientes tomando raltegravir obtiveram uma carga viral abaixo de 400 cópias/ml, resultado alcançado por apenas 42% daqueles que tomaram outra combinação sem o medicamento. Os pacientes em tratamento com o raltegravir adquiriram entre o dobro e o triplo de células CD4 do outro grupo.

É possível que a longo prazo ainda possam surgir efeitos colaterais e resistência. Os estudos clínicos estão na fase final de pesquisas, conduzidas em diversos países, inclusive no Brasil. ■

Medicamentos anti-retrovirais recentes: aprovados e em fase avançada de testes

NOME	CLASSE	PRODUTOR	FASE DE ESTUDO
tipranavir (TPV, Aptivus®)	Inibidor da protease	Boehringer-Ingelheim	Aprovado em 2005
darunavir (TMC-114, Prezista®)	Inibidor da protease	Tibotec (Johnson & Johnson)	Aprovado em 2006
raltegravir (MK-0518, Isentress®)	Inibidor da integrase	Merck Sharp & Dohme	Fase III
maraviroc (UK-427857)	Inibidor da CCR5	Pfizer	Fase III
etravirina (TMC-125)	Inibidor da transcriptase reversa não nucleosídeo	Tibotec (Johnson & Johnson)	Fase III
vicriviroc (SCH-D, SCH-417690)	Inibidor da CCR5	Schering-Plough	Fase II
brecanavir (GW640385, VX-385)	Inibidor da protease	GlaxoSmithKline	Fase II
GS-9137 (JKT 303)	Inibidor da integrase	Gilead	Fase II

Fonte: Marco Antonio Vitória, março de 2007

Entenda como agem os medicamentos

O HIV é um vírus. Os vírus são germes microscópicos que, devido a sua incapacidade de auto-reprodução (replicação), precisam infectar uma célula que servirá como hospedeira para a produção de novos vírus. Fora da célula, o HIV é envolvido por um “envelope protetor”, que por sua vez envolve uma quantidade de proteínas virais e material genético. Nesse material é que fica o “mapa”, o “plano” contendo todas as informações necessárias para a criação de novos vírus.

Os vírus podem ser divididos em duas classes: aqueles cujo material genético consiste de DNA e aqueles cujo material genético consiste de RNA, como o HIV. Os vírus de RNA são chamados retrovírus, por isso os medicamentos para combater o HIV são os anti-retrovirais.

Os medicamentos interferem nos caminhos que o vírus toma para se reproduzir dentro da célula humana. Eles não conseguem destruir completamente o vírus, mas impedem que as células infectadas produzam novas partículas virais que podem, assim, infectar novas células. Veja a seguir o caminho percorrido.

Fusão

Freqüentemente, os vírus tendem a infectar determinadas células. O HIV infecta, principalmente, as células contendo a molécula do linfócito CD4 em suas superfícies. O CD4 é encontrado em células imunológicas, principalmente nas T-auxiliares que são responsáveis pelo funcionamento do sistema imunológico, e, também, nos macrófagos,

células que percorrem o organismo combatendo bactérias e outros germes. Para penetrar nas células, o HIV une-se ao receptor de CD4 por meio da molécula gp120 que é encontrada em sua superfície. Uma vez unido ao CD4, o HIV ativa outras proteínas na superfície da célula humana, conhecidas como CCR5 e CXCR4, completando assim a fusão.

Por isso são chamados inibidores de fusão os medicamentos anti-HIV que atacam o vírus nesse estágio do seu ciclo de vida. O Fuzeon (T20) é o único aprovado até agora.

Transcrição reversa

Uma vez ocorrida a fusão, a parte interior do vírus, composta pelo RNA e algumas enzimas importantes, é absorvida pela célula humana. Em seguida, a enzima viral denominada transcriptase reversa decodifica o material genético do HIV de RNA para DNA. Três classes de medicamentos anti-HIV atacam o vírus nesse estágio: os análogos de nucleosídeo (AZT/zidovudina, ddI/didanosina, 3TC/lamivudina, d4T/estavudina, ddC/zalcibatina, abacavir); os não-análogos de nucleosídeo (efavirenz, neviraparina, delavirdina), os análogos de nucleotídeo (tenofovir).

Integração

O DNA viral, recém-formado, integra-se ao DNA da célula no organismo humano através da enzima viral chamada integrase, permitindo assim que o HIV “re programe” a célula humana para criar mais vírus. Já em fase final de desenvolvimento, os inibidores da integrase re-

tardam esse estágio do ciclo de vida do HIV.

Decodificação

Nesse estágio, as duas variações do DNA dividem-se, formando uma nova variação do RNA viral, conhecido como RNA mensageiro. Em seguida, os blocos de construção das proteínas que formarão a nova partícula do HIV agrupam-se dentro da célula humana, organizando-se a partir da decodificação das informações contidas no RNA mensageiro.

Formação viral

A enzima viral chamada protease corta os blocos de construção das proteínas em partes menores, formando a estrutura da nova partícula do HIV que inclui todas as enzimas e proteínas necessárias para a repetição do processo reprodutivo. Na seqüência, a nova partícula viral desenvolve-se na célula humana e entra na corrente sanguínea, podendo assim infectar outras células. Estima-se que aproximadamente 10,3 bilhões de novos vírus são formados diariamente em pessoas que não usam os medicamentos anti-HIV. Os inibidores de protease (indinavir, ritonavir, saquinavir, nelfinavir, amprenavir, lopinavir, atazanavir, darunavir e tipranavir) atacam esse estágio do ciclo de replicação do HIV.

Agindo em mais de um estágio

Os medicamentos anti-retrovirais são mais eficazes quando tomados numa combinação de três ou mais ao mesmo tempo, de preferência agindo em diferentes estágios da

replicação do HIV. Esta combinação terapêutica é chamada de Terapia Anti-retroviral Altamente Ativa ou HAART (do inglês *Highly Active Antiretroviral Therapy*).

Ainda não é totalmente claro qual é o melhor momento para começar a tomar os medicamentos, mas a maioria das diretrizes recomenda começar o tratamento se a pessoa estiver doente por causa do HIV (com sintomas como perda de peso superior a 10% do normal, candidíase e toxoplasmose cerebral, por exemplo) ou se a contagem de CD4 for inferior a 200. Se o paciente estiver assintomático e tiver um valor mais elevado de CD4 (200 a 350), a decisão de iniciar o tratamento é orientada pela rapidez com que os seus CD4 baixam e a sua carga viral aumenta. Também conta a motivação do paciente e sua capacidade de adesão à terapia.

As combinações (ou “coquetéis”) em geral incluem dois medicamentos da classe de medicamentos inibidores da transcriptase reversa análogos do nucleosídeo e um outro medicamento de outra classe: inibidores da transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeo (ITRNN’s) ou inibidores da protease (IP’s). Algumas pessoas tomam quatro ou mais medicamentos particularmente se estiverem muito doentes, tiverem uma

elevada carga viral, se tiverem tomado outras combinações antes e se estiverem infectadas com vírus resistentes a alguns dos medicamentos anti-retrovirais.

Efeitos secundários

Como todos os remédios em geral, os anti-retrovirais podem causar efeitos colaterais. Medicamentos diferentes produzem efeitos diferentes. O paciente deve pedir ao médico (é obrigação dele) para explicar detalhadamente quais os efeitos secundários que podem surgir, desde os mais simples e passageiros aos mais complicados e que exigirão uma nova avaliação médica.

Resistências

As resistências podem se desenvolver se o HIV continuar a se reproduzir mesmo que o paciente tome os anti-retrovirais. Mas podem ser adiadas, talvez indefinidamente, se as combinações potentes suprimirem a carga viral para níveis muito baixos. Se o HIV se tornar resistente a uma classe de medicamentos, pode ser que ele seja resistente a outros medicamentos similares, o que podem limitar assim outras opções futuras de terapêutica. Por isso, é importante o surgimento de novas classes de medicamentos, como vem ocorrendo. O risco de desenvolvimento de resistência au-

menta se o paciente não tomar os anti-retrovirais regularmente (a chamada adesão ao tratamento). Mas eles têm que ser tomados no momento certo e na dose certa, seguindo as restrições com os alimentos. Por este motivo, é importante as pessoas só começarem o tratamento anti-retroviral se estiverem firmemente convencidas que darão continuidade e que terão condições para o fazer durante muito tempo, indefinidamente.

Resistência cruzada

Uma única mutação no vírus, ou um conjunto delas, pode provocar a resistência a vários medicamentos diferentes, dentro de uma mesma classe. Isso significa que quando um vírus se torna resistente a um remédio, é provável que sua população se torne resistente a medicamentos que o paciente ainda não tomou. Esse processo é chamado “resistência cruzada” e afeta todas as classes de medicamentos anti-HIV. Por exemplo, se desenvolver resistência a um inibidor da transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeo (ITRNN), é provável que a pessoa se torne resistente a todos os outros medicamentos da mesma classe. Manter um regime de tratamento que não leva o paciente a ter carga viral em níveis indetectáveis pode levar à resistência cruzada. ■

Fontes (páginas 4 a 9):

FDA - Food and Drug Administration, EMEA - European Medicines Agency (órgão regulador de medicamentos da União Européia), jornal *The New York Times*, site do NAM (Aidsmap), revista *The Lancet* e assessorias de imprensa dos laboratórios no Brasil.

O meio médico e científico traz boas novas e algumas preocupações no campo do HIV e Aids. Confira a seguir as principais notícias divulgadas em 2007 nos últimos congressos médicos internacionais e nas publicações especializadas

Interrupção do tratamento

O estudo SMART (sigla em inglês para Estratégias para Administração de Terapias Anti-Retrovirais) foi o maior teste clínico para HIV já realizado, envolvendo aproximadamente 6.000 pacientes em diversos países. No Brasil, 292 soropositivos participaram da pesquisa. Os pacientes foram escolhidos aleatoriamente para continuar com a terapia de HIV, ou para interromper seu tratamento quando a contagem de células CD4 chegasse a 350 células/mm³, recomeçando quando baixasse para 250 células/mm³. O estudo foi interrompido pelo Instituto Nacional de Alergias e Doenças Infecciosas (NIAID, sigla em inglês) logo após a descoberta de que os pacientes que interromperam seus tratamentos não somente tiveram um risco maior de progressão para a Aids, mas também apresentaram agravos sérios à saúde, incluindo problemas no fígado, rins e coração.

Pesquisadores do estudo compararam o risco de doença coronária entre dois grupos. Houve um total de 79 casos de problemas cardiovasculares, como infartos do miocárdio fatais e não-fatais, doença arterial coronária e derrame cerebral. Destes, 48 eram do grupo que teve interrupção do tratamento e 31 eram pacientes que conti-

nuaram com seus tratamentos. Os investigadores deduziram que, por essa razão, os pacientes com tratamento interrompido tiveram o perigo de incidentes cardiovasculares 50% maior do que pacientes que mantiveram sua terapia constante.

“De certa forma, foi uma decepção”, resumiu o infectologista José Valdez Madruga, responsável pela pesquisa no Centro de Referência e Tratamento de DST/Aids (CRT), de São Paulo, onde 20 pacientes participaram do SMART. “Tomar menos remédios seria, em tese, melhor para o paciente. Além disso, existe a questão econômica”, disse. “A recomendação agora é falar com os pacientes sobre os resultados e reintroduzir o tratamento padrão”, disse Valdez, acrescentando que nenhum dos 20 voluntários que participaram da pesquisa no CRT apresentaram os efeitos negativos presentes nos resultados gerais.

De acordo com o NIAID, os voluntários continuarão a ser monitorados pelos pesquisadores que tentam, agora, descobrir o que está por trás do risco mais elevado de complicações. Segundo o infectologista brasileiro, não há problema ético na pesquisa, já que todo o procedimento foi aprovado por comitês de ética do Brasil e dos Estados Unidos, e o grupo aceitou participar, voluntariamente, dos testes.

CD4 baixo e risco de doenças

Pesquisadores americanos descobriram que indivíduos em tratamento com anti-retrovirais, com uma contagem de células CD4 baixa, são significativamente mais propensos a desenvolver várias doenças sérias que não estão relacionadas à Aids, incluindo doenças do fígado, dos rins e cardiovasculares, assim como alguns cânceres não-associados ao HIV.

Dados de quase 1.400 pacientes foram incluídos na análise dos investigadores. Eles juntaram informações sobre a incidência de doenças do fígado, como cirrose e disfunção grave do fígado; doenças cardiovasculares, como infarto e derrame cerebral; problemas de rins, incluindo disfunção renal e doença renal terminal; e 32 cânceres não-associados à Aids, como os de pele, pulmão e ânus.

Registrou-se um total de 166 problemas de saú-

de não ligados à Aids. Eles descobriram que o risco destes incidentes caiu em 16% para cada aumento de 100 células na contagem de CD4.

O aumento do risco de doenças não-relacionadas à Aids tem sido atribuído ao fato de que as pessoas com HIV estarem vivendo mais tempo graças aos tratamentos. No entanto, o estudo indica haver essa associação com o nível de CD4. Isso pode reforçar a recomendação de várias pesquisas e de alguns especialistas experientes, que passaram a sugerir que pode ser vantajoso começar a terapia de HIV quando a contagem de CD4 do paciente estiver abaixo de 350 células/mm³, significativamente mais alta do que o limite de 200 – 250 células/mm³ recomendado por várias diretrizes e consensos terapêuticos. Ou seja, as descobertas vão de encontro às estratégias de tratamento que enfocam o aumento da contagem de células CD4.

Saúde da mãe

Um estudo conduzido na Costa do Marfim sugeriu que tratamento em curto prazo com AZT e 3TC, com ou sem nevirapina, para prevenir a transmissão vertical do HIV (da mãe para o bebê) pode propiciar indisposição da mãe quando ela inicia a terapia anti-HIV. Vários gru-

pos, sobretudo de defesa de direitos das mulheres, têm criticado que os tratamentos de prevenção da transmissão vertical não levam em conta a necessidade de compatibilizar o objetivo de a criança não ser infectada com as necessidades de saúde da mulher e seu futuro tratamento, pós-gestação.

Buraco na armadura do HIV

Um passo importante na busca por uma vacina contra o HIV acaba de ser dado. Um grupo de 16 cientistas de diversas instituições de pesquisa nos EUA conseguiu obter um retrato em nível atômico do momento exato em que um anticorpo capaz de neutralizar o HIV gruda e age em uma determinada parte do vírus (ver imagem na capa deste Cadernos Pela Vidda). O registro é particularmente importante por colocar em destaque uma região frágil do HIV, conhecido por sua enorme capacidade de defesa.

Os resultados do estudo estão publicados na edição de 15 de fevereiro da *Nature*. Segundo a revista, a descoberta pode ser explorada no desenvolvimento de futuras vacinas contra o vírus da Aids. Além de ter uma membrana que protege seu material genético de ataques, o HIV está sempre um passo à frente do sistema imunológico humano pela capacidade de mudar de forma e de sofrer mutações. Mas algumas partes do vírus devem permanecer as mesmas, de modo que ele possa se agarrar e invadir células.

Uma dessas regiões é o gp120, uma glicoproteína por meio da qual o HIV se liga ao linfócito CD4, localizado nas células hospedeiras. A união do gp120 com o CD4 forma o caminho da invasão e é justamente esse um dos alvos dos cientis-

tas na busca por uma vacina. No novo estudo, o grupo liderado por Peter Kwong, do Instituto Nacional de Alergia e Doenças Infecciosas, um dos Institutos Nacionais de Saúde (NIH) dos Estados Unidos, produziu moléculas gp120 estáveis para serem reconhecidas pelos anticorpos. Em seguida, examinou detalhadamente a ligação de um anticorpo (o b12) à glicoproteína e verificou que a orientação e o local de contato eram semelhantes aos do CD4. Essencialmente, os cientistas descobriram que o ponto de contato inicial do CD4 é uma área frágil do gp120 e um ponto de reconhecimento para o b12.

“Criar uma vacina contra o HIV é um dos maiores desafios científicos de nosso tempo. Esse estudo acaba de revelar um buraco na armadura do HIV e, por conseqüência, abriu uma nova avenida para que possamos vencer o desafio”, disse Elias Zerhouni, diretor do NIH, em comunicado da instituição. Em 1998, Kwong liderou o grupo que publicou a primeira imagem em raio X do momento em que o gp120 entra em contato com o CD4. A imagem tem sido muito usada desde então por pesquisadores por revelar áreas do vírus com potencial para que se tornem alvos de drogas. O artigo *Structural definition of a conserved neutralization epitope on HIV-1 gp120*, de Peter Kwong e colegas, pode ser lido na *Nature* em www.nature.com.

Circuncisão

Sob forte polêmica, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu a circuncisão masculina no seu pacote de recomendações para a prevenção e combate à Aids no mundo. O pacote inclui também a distribuição de camisinhas, oferta de testes para o vírus HIV, tratamento e divulgação de informações sobre sexo seguro, entre outros. A decisão foi tomada depois de uma reunião internacional de especialistas em Montreux, na Suíça, no início de março de 2007, que

discutiram e avaliaram os resultados das últimas pesquisas sobre o assunto. Um estudo da OMS estima que a circuncisão na região da África subsariana poderia evitar 5,7 milhões de novos casos de infecção por HIV e 3 milhões de mortes nos próximos 20 anos. O Brasil já anunciou que não adotará a recomendação. Na opinião da coordenadora do Programa Nacional de DST/Aids, Mariângela Simão, “são infelizes, surpreendentes e até temerárias essas recomendações da OMS sobre circuncisão”.

Problemas ósseos

Problemas ósseos, como osteopenia, osteoporose e osteonecrose, estão cada vez mais sendo reconhecidos como potenciais efeitos colaterais da terapia anti-HIV. Uma nova pesquisa sugeriu que o alendronato (*Fosamax*) constitui um medicamento seguro e eficaz para os indivíduos HIV-positivos com perda de densidade mineral óssea. Esse medicamento já é usado no Brasil para o tratamento da osteoporose em pacientes soronegativos. O estudo, apresentando dois grupos, envolveu 82 indivíduos HIV-positivos que administravam bem o tratamento anti-HIV, mas sofriam perda de densidade mineral óssea. Pacientes do primeiro grupo receberam o alendro-

nato e mais dois suplementos conhecidos por ajudarem na manutenção dos ossos saudáveis – cálcio e vitamina D. Pacientes do outro grupo de estudo receberam somente os suplementos. Após um ano de tratamento, os pacientes que receberam o alendronato sofreram um aumento significativamente maior na densidade mineral óssea do que os pacientes que só receberam os suplementos. Nenhum dos pacientes com o alendronato se queixou de qualquer efeito colateral significativo e nenhum dos pacientes de ambos os grupos do estudo deixaram de tomar seus medicamentos. O alendronato mostrou-se eficaz tanto em homens, como em mulheres.

Transmissão de resistência

O estudo *Spread* foi o primeiro sobre resistência prévia (antes de iniciar tratamento) a medicamentos anti-HIV na Europa. No estudo, feito em 17 países, foi avaliada a prevalência de resistência a medicamentos em pacientes HIV-positivos recém-diagnosticados e virgens de tratamento com anti-retrovirais. O principal resultado é que as mutações de resistência apareceram em

9,1% dos 1.050 pacientes testados, semelhante aos achados de outros estudos sobre transmissão de resistência a medicamentos. Em outras palavras, cerca de um em cada dez pacientes com infecção pelo HIV tinha pelo menos uma mutação de resistência a medicamento. Um total de 71% dos pacientes com resistência detectada tinham apenas uma mutação, o que sugere que não houve um grande aumento na transmissão de vírus multi-resistentes.

Tuberculose resistente

Especialistas acreditam que o mundo corre o risco da substituição de uma epidemia global de tuberculose que ainda pode ser tratada com medicamentos por uma catástrofe de tuberculose resistente. Na Letônia, um país bem-estruturado na área de saúde e com prevalência baixa de HIV, somente 27% dos indivíduos com tuberculose resistente foram curados – os outros pacientes morreram. A situação encontra-se bem pior em cenários onde existem epidemias graves de tuberculose associada à Aids. Em 2006, 50 pacientes morreram com tuberculose resistente em um hospital rural na África do Sul, após um mês de a infecção ser diagnosticada. Além disso, nos países mais

seriamente atingidos por TB e HIV, há uma escassez de profissionais de saúde. Calcula-se que sejam necessários 600 milhões de dólares por ano para investir em recursos para o controle da tuberculose nesses países. No caso de uma epidemia de tuberculose resistente os gastos serão muitíssimo maiores.

De acordo com outro estudo conduzido na África do Sul, o atraso na terapia de HIV por três meses, em pacientes HIV-positivos com contagem de células CD4 baixa, e diagnosticados com tuberculose, aumenta o risco de morte em 50%. Existem preocupações de que o início da terapia anti-tuberculose e anti-retroviral, quase em conjunto, possa ocasionar o desenvolvimento da síndrome inflamatória da reconstituição imune (*IRIS*).

Subtipo de HIV mais agressivo

Um estudo conduzido no Quênia descobriu que mulheres infectadas com o subtipo D do HIV mostram progressão da doença mais rapidamente, com o dobro do risco de morte ao longo de seis anos quando comparadas às mulheres infectadas com o subtipo A. Mulheres infectadas com o subtipo D perdiam aproximadamente 120 células

CD4 a mais, ao longo de seis anos, do que mulheres infectadas com o subtipo A. Mesmo após considerar a carga viral, as mulheres infectadas com o subtipo D ainda tiveram mais probabilidade de sofrer uma progressão da doença mais rapidamente. Os investigadores não encontraram resposta imediata para o fato de as mulheres infectadas com o subtipo D terem sofrido progressão mais rápida.

Prevenção

Um microbicida contendo tenofovir protegeu doitos macacos contra a infecção por SIV (o similar do HIV nos macacos) depois de exposição ao vírus no reto. Outros estudos também analisaram a eficácia do tenofovir como profilaxia pré-exposição (PREP) em macacos. Investigadores também desenvolveram um mode-

lo matemático calculando quantas infecções por HIV a essa profilaxia poderia prevenir. Consideraram fatores como: eficácia da PREP, quantidade de pessoas que receberiam o tratamento profilático, e níveis de comportamento sexual arriscado. Se essa profilaxia apresentasse 60% de eficácia, o cálculo seria de que, ao longo de dez anos, ocorreria 25% de queda nas novas infecções.

Hepatite C em HIV-negativos

Um estudo conduzido no Reino Unido provou que é comum a transmissão sexual da hepatite C em homens gays HIV-negativos. Vários estudos europeus já haviam demonstrado evidências de maior risco de transmissão sexual do vírus da hepatite C (HCV) entre homossexuais HIV-positivos. To-

dos os homossexuais HIV-negativos com hepatite C afirmaram fazer sexo anal sem proteção e/ou usavam drogas e/ou apresentavam outras doenças sexualmente transmissíveis. Os especialistas sugerem que, durante exames habituais ou periódicos, todos os homossexuais masculinos devem ser testados para verificar a presença de infecção da hepatite C.

Comparação de esquemas

O estudo *Aids Clinical Trials Group* (ACTG) 5142 foi um grande estudo que incluiu mais de 750 pacientes com carga viral maior que 2.000 cópias/ml e qualquer contagem de células CD4. Esse estudo de três grupos foi desenhado para comparar a eficácia dos dois esquemas iniciais preferenciais recomendados pelo *US Department of Health and Human Services* (DHHS) dos EUA: um esquema composto por efavirenz (inibidor da transcriptase reversa não-análogo de

nucleosídeo) e dois inibidores da transcriptase reversa análogo de nucleosídeo (IRTN); e um esquema baseado em lopinavir/ritonavir (inibidor da protease e dois IRTN). E, ainda, um terceiro esquema que “poupava” o IRTN e usava a combinação de lopinavir/ritonavir e efavirenz. Os resultados de 96 semanas do estudo, apresentados em 2006, mostraram que o esquema baseado em efavirenz foi o mais eficaz, com taxas significativamente melhores de supressão do HIV em comparação com lopinavir/ritonavir associado a dois IRTN.

Morte e adoecimento

O fato é que pessoas com HIV ainda adoecem e morrem. Somente no Brasil são 11.000 mortes por ano, cerca de 30 pessoas por dia. Diversos estudos em outros países mostram que as mortes podem ser evitadas através de medidas como a testagem gratuita e o diagnóstico precoce, o acesso a tratamento no momento adequado, o fornecimento de medicamentos profiláticos durante os primeiros meses da terapia de HIV, tratamento adequado da tuberculose, da hepatite e outras co-infecções, e uso de medi-

camentos para prevenir a transmissão da mãe para o bebê. Nos países mais ricos, vem-se comprovando, por constantes pesquisas, que as tradicionais doenças causadoras da Aids não são mais a principal razão para a morte dos soropositivos. Um estudo recente envolvendo mais de 23.000 indivíduos HIV-positivos em tratamento com anti-retrovirais constatou que cânceres considerados não ligados à Aids, como de pulmão, fígado e ânus causam mais mortes do que os cânceres tradicionalmente relacionados à Aids, como linfoma não-Hodgkin, sarcoma de Kaposi e câncer cervical.

Carga viral e CD4

Tradicionalmente, dois exames importantes vêm sendo conjuntamente usados para prevenir a progressão do HIV: carga viral e contagens de células CD4. Entretanto, no final de 2006, foi publicada uma pesquisa que questionava se a queda da contagem de CD4 encontrava mesmo correspondência na contagem de carga viral. Diante disso, o investigador que primeiro descobriu uma ligação entre carga viral e contagem de células CD4 (o americano Dr. John Mellor, da *Multi Center AIDS Cohort Study – MACS*) se prontificou a reavaliar seus dados. Ele declarou que a replicação do HIV (medida pela carga viral) é sim um fator-chave para o declínio em longo prazo das células CD4 e do tempo para a Aids, o que indica que a carga viral

basal ajudou *realmente* na previsão.

Na opinião de um estatístico do Reino Unido, Prof. Andrew Phillips, “caso você queira prever o tempo para Aids, por um longo período, mas seja apenas possível medir um fator, é preciso saber a carga viral. Porém, se quiser verificar o risco de Aids, no período curto de um ano, é necessário saber a contagem das células CD4”.

Um outro estudo apresentado constatou que uma única medida da carga viral não contribui muito, em curto prazo, para a previsão do declínio das células CD4. No entanto, uma única medida da contagem de células CD4 ajuda razoavelmente na previsão. Foi comprovado, ainda, que uma única medida da carga viral não dá um bom diagnóstico, há necessidade de uma série desses exames.

Atenção com o entecavir

O entecavir (*Baraclude*), medicamento para tratar a hepatite B, também possui uma ligeira atividade contra o HIV. Estudos demonstraram que isso significa que seu uso pode levar ao desenvolvimento do HIV resistente ao 3TC (lamivudina) e ao FTC (emtricitabina). O HIV, exposto

ao entecavir, desenvolveu aos poucos uma importante mutação de resistência. A conclusão é que o medicamento só pode ser utilizado por pacientes co-infectados com HIV e o vírus da hepatite B se estes estiverem em um tratamento totalmente supressivo do HIV (potente, com carga viral indetectável), devendo ser consideradas cuidadosamente as outras opções.

Alterações na distribuição da gordura corporal

Cadernos Pela Vida volta a tratar do tema inquietante da redistribuição de gordura no organismo. O problema não tem causa específica, traz alterações físicas, continua sem solução definitiva e tem cada vez mais efeitos sobre o bem-estar, a auto-imagem e a auto-estima das pessoas que vivem com HIV e Aids.

A desnutrição, caracterizada pela perda de massa magra e de gordura, era comum em pessoas HIV-positivas e doentes de Aids antes da introdução, em 1996, da combinação potente de drogas (“coquetel”), incluindo o inibidor da protease. Sem tratamento eficaz, a perda de peso reduzia a sobrevivência e a qualidade de vida de muitos pacientes, além de gerar estigma e discriminação.

A chegada dos novos medicamentos fez cair intensamente as situações de emagrecimento de portadores do HIV. No entanto, outras alterações corporais foram percebidas já a partir de 1997, sendo as mudanças na distribuição da gordura o maior motivo de queixa dos pacientes.

As manifestações mais evidentes que tanto incomodam os soropositivos são a perda de gordura no rosto, muitas vezes causando enrugamento e sensação de envelhecimento precoce; afinamento dos braços e pernas, sendo que a pele torna-se mais elástica e ficam mais visíveis os músculos e os vasos sanguíneos superficiais.

Há diferentes formas de redistribuição de gordura, que podem

ocorrer separadamente ou ao mesmo tempo. Algumas pessoas perdem gordura subcutânea em todo o corpo, o que é conhecido como lipoatrofia. Com isso, há o emagrecimento das extremidades, principalmente do rosto. Em alguns casos há aumento da circunferência do abdome. A gordura corporal total pode permanecer normal, mas alguns pacientes percebem uma perda de peso progressiva.

Freqüentemente, muitas pessoas percebem que as veias passam a ficar salientes, principalmente nas pernas, podendo ser visíveis até na parte superior da coxa. O motivo do aparecimento dessas veias salientes não é o aumento de seu tamanho, como alguns pensam, mas ocorre devido à perda da gordura normal em volta das veias. As veias ficam mais visíveis nos homens HIV-positivos, pois as mulheres geralmente têm uma proporção maior de gordura nos membros, em comparação com os homens.

Além da perda de gordura subcutânea, também tem sido verificado o aumento da “gordura visceral”, que são depósitos internos de gordura. Uma grande proporção de

pacientes, especialmente homens, apresenta tanto perda como ganho de gordura em diferentes “compartimentos” internos do organismo.

Um estudo com pacientes e profissionais de saúde revelou que os homens HIV-positivos reclamam mais da perda de gordura, enquanto as mulheres reclamam mais do acúmulo de gordura. Crianças soropositivas também têm sido cada vez mais afetadas por alterações na composição corporal, tanto pela perda de gordura subcutânea quanto pelo acúmulo de gordura visceral.

Há relatos, que ainda necessitam de mais evidências, de que a redistribuição de gordura corporal em HIV-positivos difere de acordo com a raça e seria menos severa em pacientes negros. Também há variações entre homens e mulheres, o que pode ser esperado pois a distribuição normal da gordura é bem diferente entre os sexos.

A epidemia de obesidade, principalmente nos grandes centros urbanos, que também afeta portadores do HIV, pode dificultar a avaliação de alterações da distribuição de gordura corporal nos pacientes com sobrepeso ou obesos.

A lipodistrofia

Não há consenso entre os médicos quanto à definição de lipodistrofia. Há dificuldade de diagnosticar casos pouco evidentes e casos cujos exames estão dentro de limites normais de gordura, mesmo diante da queixa dos pacientes que perceberam alterações na distribuição da gordura corporal.

Outro fator que confunde os médicos é que indivíduos HIV-negativos também podem apresentar algumas das alterações observadas na lipodistrofia. Portanto, em muitos casos fica difícil distinguir quais alterações são relacionadas à lipodistrofia e quais são relacionadas a um processo independente, que nada tem a ver com a infecção pelo HIV.

Estudos com ressonância magnética mostraram que homens HIV-positivos apresentam maior perda de gordura subcutânea no tronco e membros, sendo que os maiores efeitos são nas pernas e, em menor grau, no tronco.

Outros estudos revelaram que o desenvolvimento de giba (gordura acumulada na base do pescoço e nas costas) pode estar associada à resistência à insulina, e não à perda de gordura e outras complicações, como o colesterol ou os triglicérides elevados.

Os resultados de pesquisas sugerem que, apesar da perda de gordura ser um fenômeno associado ao HIV, a acumulação de gordura visceral pode não ser. Estudos atualmente em andamento querem saber qual a relação da distribuição da gordura com vários fatores: alterações do metabolismo do corpo, fatores imunológicos e fatores relacionados aos medicamentos ou à ausência de tratamento.

A perda de massa magra pode ocorrer independente desta situação ser ou não reconhecida pelo indiví-

duo. Aquilo que clinicamente aparenta ser lipodistrofia muitas vezes pode representar a interação entre a perda da gordura subcutânea associada ao HIV e uma síndrome metabólica. Essa distinção não tem nenhuma relevância para o paciente, pois não altera o seu quadro, mas para a medicina é um achado importante, pois daí poderão surgir decisões e intervenções específicas, como a troca de medicamentos anti-retrovirais.

Fatores de risco

Vários fatores de risco, além dos medicamentos, foram associados à redistribuição da gordura no organismo. Já foi demonstrado que idade, sexo, raça, histórico de doença na família (diabetes, por exemplo), peso e alteração de peso, dieta e prática de exercícios afetam a percepção de redistribuição de gordura.

Há, também, evidências de que quanto mais tempo a pessoa está infectada pelo HIV ou doente de Aids, quanto mais comprometido

estiver o sistema imunológico e quanto menor a resposta do organismo ao tratamento anti-retroviral, mais será afetada a redistribuição de gordura.

Independente do tipo de anti-retroviral utilizado, estudos mostraram relação de redistribuição de gordura no corpo com a baixa quantidade de CD4 ou com o pouco aumento de CD4 durante o tratamento. Outra pesquisa mostrou que o problema pode estar ligado a uma “desregulação” do sistema imunológico durante o tratamento, que pode fazer elevar o número de linfócitos CD8. E, em outra avaliação, pacientes co-infectados com HIV e o vírus da hepatite C tinham maior probabilidade de perda de gordura subcutânea.

A relação entre o desenvolvimento da lipodistrofia e o tratamento com anti-retrovirais aponta para duas direções extremas. A lipodistrofia pode afetar negativamente a adesão ao tratamento, devido à insatisfação do paciente com esse efeito adverso, quando atribuído ao tratamento que está sendo seguido. Por outro lado, o desenvolvimento da lipodistrofia é interpretado por médicos de uma forma “positiva”, indicando a adesão ao tratamento. Ou seja, se há lipodistrofia, houve maior exposição aos medicamentos, resultado da boa adesão.

As alterações na anatomia do corpo podem afetar o funcionamento músculo-esquelético, causar dores musculares e lombalgias. No entanto, ainda não foram observados efeitos adversos sobre a função física, que é o indicador de qualidade de vida mais afetado em casos de desnutrição grave e perda severa de peso.

Outra consequência do problema tem sido as mudanças nos padrões

Principais problemas

▲ Lipoatrofia (perda de gordura subcutânea), observada nos braços e/ou pernas, nádegas e rosto;

▲ Acúmulo de gordura central, com concentração principalmente no abdome, mamas, regiões do pescoço e costas;

▲ Alterações do metabolismo dos lipídeos (colesterol e triglicérides) e/ou glicídeos (açúcares).



de prescrição dos medicamentos. O reconhecimento da redistribuição de gorduras coincide com tentativas de limitar a exposição a medicamentos. Assim, foram redefinidas as regras de quando se deve iniciar uma terapia. Medicamentos mais potentes estão sendo poupados para eventuais trocas futuras e, em alguns casos, passaram a ser adotadas medidas como a interrupção temporária do tratamento.

Há críticas sobre algumas tentativas de variar a composição de esquemas de tratamento, por exemplo de não iniciar com inibidores da protease. Acredita-se que tentativas de evitar os problemas associados com redistribuição de gordura podem estar levando à prescrição de esquemas de tratamento menos potentes.

Hormônios

Durante a 14^a Conferência sobre Retrovírus e Doenças Oportunistas

(CROI), realizada em fevereiro de 2007, em Los Angeles/EUA, foi apresentado um estudo que demonstrou que uma droga estimuladora da liberação do hormônio do crescimento reduz a gordura visceral em indivíduos HIV-positivos, em 20%, durante seis meses. O medicamento TH9507 ajuda a estimular a produção do hormônio do crescimento. Estudos iniciais já haviam sugerido que tal estímulo pode ser benéfico para tratar o acúmulo de gordura visceral que venha a ocorrer em indivíduos HIV-positivos tomando alguns dos medicamentos anti-HIV. Nenhum efeito colateral significativo foi associado com o uso do fármaco. Um segundo estudo, em fase III, envolvendo a utilização do TH9507 em pacientes HIV-positivos com acúmulo de gordura visceral, foi iniciado na Europa.

Outros estudos mostraram que existe uma relação inversa entre ní-

veis de testosterona e gordura visceral. Pacientes com excesso de gordura visceral geralmente apresentam níveis baixos de testosterona, enquanto estudos mostraram que a suplementação com testosterona em homens HIV-negativos com obesidade no tronco produziu uma redução da gordura visceral. Os dados sobre o uso da suplementação com testosterona em homens HIV-positivos ainda são limitados, mas algumas pesquisas estão em andamento.

Medicamentos

Estudos apresentados na mesma 14^a Conferência de Retrovirais (CROI) sugerem que programas de tratamento com anti-retrovirais contendo Kaletra e inibidores de transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeos (ITRNNs) apresentam menor probabilidade de ocasionar perda de gordura do que aqueles

Dicas de prevenção e tratamento

▲ Exercícios físicos aeróbicos (corrida, esteira, caminhada, bicicleta etc) e de resistência (musculação com peso) auxiliam no tratamento da redistribuição de gordura.

▲ Exercícios que definem os músculos reduzem a percepção da lipodistrofia.

▲ O ideal é fazer uma combinação de exercícios aeróbicos e exercícios de resistência. Essas atividades também fazem aumentar os níveis de colesterol bom e protegem contra doenças cardíacas.

▲ Às vezes a troca do esquema terapêutico pode ser uma opção,

sempre com a devida orientação e acompanhamento médico. Em muitos casos de troca observou-se a diminuição das gorduras localizadas nas mamas e do abdome.

▲ A gordura acumulada nas áreas do pescoço e das costas (giba) pode ser tratada por procedimento cirúrgico ou lipoaspiração.

▲ Mudanças no metabolismo da gordura, junto com aumento da gordura, podem aumentar o risco de doenças cardíacas. Além da predisposição genética o risco está bastante associado ao cigarro. Portanto, parar de fumar é uma im-

portante recomendação a ser seguida.

▲ Não deixe que o médico menospreze o impacto na diminuição ou na perda da sua auto-estima. Se você perceber que a redistribuição de gordura está afetando o seu relacionamento afetivo, social e/ou familiar, procure ajuda de outros profissionais, como um psicólogo, por exemplo.

▲ Não deixe que o problema afete sua adesão ao tratamento anti-retroviral, pois isso pode desencadear um agravamento no seu quadro clínico.

contendo efavirenz (Sustiva) e ITRNs. Num estudo foi comprovado que, embora pacientes que tomavam efavirenz sofriam supressão de HIV mais duradoura do que aqueles que tomavam Kaletra, eles tiveram probabilidade em dobro de sofrer perda de gordura do rosto e dos membros quando comparados aos pacientes que tomavam Kaletra. Um outro estudo, relacionado à terapia

de manutenção através de monoterapia com Kaletra, descobriu que, comparados aos pacientes tratados com efavirenz, AZT e 3TC, aqueles que tomavam Kaletra foram bem menos propensos a sofrer perda de gordura durante dois anos. Os resultados deste estudo não são tão surpreendentes, visto que há muito se sabe que o AZT e o d4T podem levar à perda de gordura. ■

Em resumo

▲ Reduções na gordura subcutânea e aumento de “gordura visceral” são duas formas distintas de redistribuição de gordura, observadas em pacientes HIV-positivos e que podem ocorrer isoladamente ou ao mesmo tempo.

▲ Ainda não há consenso sobre a definição de caso para lipodistrofia. O que clinicamente aparenta ser lipodistrofia pode na realidade representar a interação entre a perda de gordura subcutânea associada ao HIV e uma síndrome metabólica.

▲ O desenvolvimento da lipodistrofia está ligada a muitos fatores e aspectos relacionados à infecção pelo HIV, ao organismo do paciente e ao esquema de tratamento anti-retroviral.

▲ Os medicamentos têm efeitos importantes e independentes sobre a distribuição de gordura corporal; no entanto, as evidências dos efeitos dos inibidores da protease sobre a perda de gordura são menos conclusivas se

comparadas com as evidências que apontam para os inibidores da transcriptase reversa não-nucleosídeos.

▲ Estudos epidemiológicos seguidamente observaram uma forte associação entre lipoatrofia e tratamento com medicamentos análogos de nucleosídeos (AZT, ddI, d4T, 3TC etc.)

▲ Os dados existentes sugerem fortemente que esses medicamentos promovem lipoatrofia através de toxicidade mitocondrial; no entanto, o impacto quantitativo dessa toxicidade ainda não foi determinado.

▲ A lipodistrofia é mais encontrada em pacientes com maior adesão ao tratamento; no entanto, uma vez presente, pode prejudicar a adesão.

▲ Os médicos e pacientes devem ficar atentos ao fato de que tentativas de se evitar problemas de redistribuição da gordura possam levar à aplicação de esquemas de tratamento menos potentes.

Procedimentos no SUS

O Ministério da Saúde incluiu, no final de 2004, no Sistema Único de Saúde (SUS) oito procedimentos – cirurgias estéticas e reparadoras, de pequeno e médio portes – indicados aos portadores do HIV que desenvolveram a redistribuição de gordura e lipodistrofia. A decisão consta da portaria 2.582, publicada no Diário Oficial da União (DOU) de 3/12/2004.

A indicação só pode ser feita por médicos infectologistas, dermatologistas ou cirurgiões plásticos e segue recomendações definidas pelo Programa Nacional de DST/Aids. Existem protocolos de indicação das cirurgias e formulários de preenchimento obrigatório, que devem ser anexados ao prontuário médico dos pacientes.

Essa foi, de fato, uma grande conquista. No entanto, os procedimentos ainda não estão disponíveis para todos os pacientes que precisam. Em alguns serviços, as filas de espera são imensas, em outros não há pessoal qualificado ou faltam insumos e materiais para realizar as cirurgias e intervenções.

São estes os procedimentos que devem ser cobertos pelo SUS, conforme determina a portaria:

- Lipoaspiração de giba;
- Lipoaspiração da parede abdominal;
- Redução mamária;
- Tratamento da ginecomastia;
- Lipoenxertia (enxerto de gordura) de glúteo;
- Reconstrução glútea;
- Preenchimento facial com tecido gorduroso;
- Preenchimento facial com polimetil. ■

Eliminando as marcas no rosto

A perda de gordura na face, que traz alteração estética, pode ser tratada com preenchimento cutâneo e outras técnicas e produtos utilizados em cirurgia plástica para a correção de sulcos, rugas e cicatrizes.

Podem ser utilizados materiais preenchedores temporários ou permanentes. No caso dos primeiros, a duração varia de acordo com o produto escolhido. São normalmente recomendados para casos leves, ou em áreas onde o preenchimento permanente não pode ser utilizado.

A técnica, desenvolvida por dermatologistas, pode ser realizada em consultório, sendo um procedimento rápido, mas só deve ser feita por especialistas capacitados. 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. Tem sido bastante utilizada para a correção do sulco nasogeniano (aquele que se acentua com o sorriso) ou os sulcos ao redor dos lábios.

Substâncias mais utilizadas

Metacrilato: é um preenchedor definitivo. Por não ser reabsorvido pelo organismo, seus resultados são duradouros; ele é mais usado para correção de sulcos profundos.

O produto tem sido um dos mais utilizados, pois além de se obter bons resultados, tem um custo menos elevado. É um procedimento relativa-

mente simples, mas que só deve ser executado por profissional médico experiente e capacitado, como cirurgões plásticos e dermatologistas.

Ácido hialurônico: atualmente considerado um dos produtos mais seguros para a realização do preenchimento cutâneo. Apesar de ser produzido em laboratório, o produto é um componente natural da derme, segunda camada da pele, não causa alergias e dispensa testes prévios. A duração do preenchimento varia de seis a 16 meses, dependendo do produto utilizado, sendo necessária nova aplicação após este período.

Colágeno: é obtido a partir de animais (boi e porco) e necessita de dois testes prévios para averiguar possível alergia do paciente ao produto. Precisa ser reaplicado a cada seis meses pois também sofre reabsorção pelo organismo.

Auto-enxerto de gordura ou “lipoescultura”: neste procedimento retira-se gordura de uma área do corpo onde esteja em excesso (por meio de lipoaspiração) e injeta-se sob a depressão em outra parte (no rosto, por exemplo), elevando-a. Esta é uma técnica mais trabalhosa que exige anestesia e outros cuidados para a obtenção do material a ser injetado. A gordura retirada é então aproveitada para o preenchimento em outro local. Uma parte da gordura injetada é reabsorvida, porém boa parte dela permanece definitivamente no local. A técnica tem sido chamada de “lipoescultura”. ■

Fontes (páginas 14 a 18):

- *Clinical Care Options* (www.clinicalcareoptions.com) - artigo do Dr. William Powderly, Professor Titular de Medicina e Terapêutica da University College, Dublin, Irlanda.
- Sociedade Brasileira de Infectologia
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
- Cadernos Pela Vidda

Como anda o funcionamento dos seus rins?

Alguns tratamentos para o HIV e Aids têm sido associadas com problemas nos rins e, excepcionalmente, o próprio HIV pode causar algum tipo de doença renal. Por isso, fique atento!

Quando falamos de rins vem logo a imagem dos nossos órgãos em forma de feijão, mais ou menos do tamanho do punho de um adulto. Eles ficam dos lados direito e esquerdo do corpo, próximo ao meio das costas, bem abaixo da costela. Embora a maioria das pessoas tenha dois rins, um rim saudável é suficiente para garantir que o indivíduo continue bem.

Qual é a função dos rins

Os rins filtram o sangue e removem resíduos, que vêm do esgotamento normal do organismo, como também dos alimentos. Regulam o equilíbrio dos minerais e da água no corpo. Os resíduos, o excesso de minerais e a água formam a urina que vai para a bexiga através dos tubos chamados ureteres. Os rins também liberam hormônios importantes, principalmente um que estimula a produção das hemácias (eritropoetina) e outro que regula a pressão sanguínea (renina). Além disso, eles convertem a vitamina D em sua forma ativa, o que é essencial para termos ossos saudáveis.

Problemas nos rins

As causas comuns de doenças nos rins são inflamação no filtro, diabetes e pressão alta. Essas doenças podem levar à perda excessiva de

proteína do sangue, sangue na urina e/ou insuficiência crônica dos rins. A infecção na urina pode ser limitada à bexiga (cistite) ou pode afetar os rins (pielonefrite). Algumas infecções bacterianas, como a tuberculose, podem alcançar os rins por meio do sangue. Em insuficiência aguda, o processo de filtragem é totalmente interrompido. Isso pode ser causado caso o abastecimento de sangue para os rins seja inadequado, provocando infecções graves ou o aparecimento de algumas substâncias tóxicas para os rins. No diabetes, o excesso de glicose no sangue pode danificar os vasos sanguíneos. As toxinas de alguns medicamentos também podem danificar os tubos.

HIV e medicamentos

Não é muito comum, mas o HIV por si só pode causar a glomerulonefrite (nefropatia de HIV). Essa inflamação dos rins é também observada em usuários de drogas. A nefropatia de HIV tem sido rara depois do uso difundido de medicamentos anti-retrovirais. Já o diabetes é uma complicação possivelmente ligada a alguns tratamentos com inibidores de protease. A intoxicação por medicamentos, em pessoas com HIV, pode resultar do uso de medicamentos anti-HIV ou de outros medicamentos utilizados

para tratar infecções oportunistas; ou, ainda resultado do uso de algumas drogas, como a cocaína. O medicamento indinavir pode causar pedras nos rins (ou na urina), que se formam com muito mais frequência em quem não tem o costume de beber muito líquido.

Sintomas de problemas

A função de seus rins e o nível de açúcar no sangue devem ser monitorados nos exames de sangue rotineiros. Grandes quantidades de açúcar podem resultar em uma urina marrom/vermelha ou em uma urina espumosa. A perda de proteínas pode causar acúmulo de líquido nas pernas e em outras partes do corpo.

Um primeiro sinal de que os rins não estão em perfeito funcionamento pode ser urinar excessivamente à noite (isso também é um sintoma de diabetes). Os sintomas de uma insuficiência mais grave podem incluir um estado geral de mal-estar, cansaço, náusea, dores de cabeça, câibras nos músculos, redução do fluido da urina, sonolência, coceira e, posteriormente, escurecimento da pele.

Pessoas com pedras nos rins causadas por indinavir podem sentir dores intensas ou uma queimação na uretra ao urinar. Infecções urinárias podem causar dor ao urinar, vontade



constante de urinar e, particularmente, se afetar os rins, também pode causar dores lombares, febre e mal-estar.

Exames

Sangue ou proteína na urina podem ser detectados por simples exames prescritos pelo médico. As amostras de sangue podem identificar os níveis de minerais e proteínas e de creatinina, um indicador bastante sensível e específico da função renal, ou da uréia, um indicador menos específico, sendo mais afetada pela hidratação e dieta. Ultrassom, tomografia computadorizada, ressonância magnética ou “escaneamentos” (exames mais modernos e caros) podem ser usados para visualizar os rins. Algumas pessoas podem precisar de uma biópsia renal, o que envolve retirar uma pequena amostra de tecido dos rins para exame em microscópio.

Tratamento

Interromper os medicamentos ou reduzir suas doses pode ser necessário quando o tratamento anti-retroviral provoca problemas nos rins. Se você está tomando indinavir, beba pelo menos dois litros de água por dia, ou mais, quando estiver calor ou praticando exercícios.

A infecção urinária deve ser tratada rapidamente com os antibióticos apropriados. Algumas formas de nefrite (inflamação dos rins) podem ser tratadas. Se há muita perda de proteína e inchaço, diuréticos e uma dieta rica em proteínas podem ser recomendados. Níveis elevados de açúcar no sangue e a pressão sanguínea devem ser controlados cuidadosamente, dependendo da causa e da gravidade do problema.

Em insuficiência renal moderada, uma dieta baixa em proteínas pode

ajudar a reduzir os sintomas e a proteger os rins; a ingestão de sal e potássio talvez precise ser modificada. Se os rins pararem de funcionar completamente, será necessária uma diálise (hemodiálise), pela qual o sangue passa por uma máquina de filtragem externa; ou diálise peritoneal, quando o líquido é colocado e

retirado da cavidade abdominal, para equilibrar os níveis de água e minerais. Além disso, em casos extremos, se os rins falharem permanentemente, pode ser necessário um transplante, com tratamento imunossupressivo para evitar rejeição. Porém, isso não é simples nem comum em pessoas com HIV. ■

Você já mediu o seu colesterol?

Independentemente da infecção pelo HIV, as alterações nos níveis de colesterol e as doenças cardíacas afetam comumente pessoas de meia idade ou mais velhas, com fatores de risco e hábitos pouco saudáveis. No caso das pessoas vivendo com HIV e Aids a atenção deve ser redobrada.

Colesterol bom e ruim

O colesterol é produzido no fígado a partir de gorduras saturadas que estão nos alimentos. Para circular pelo organismo, o colesterol se junta com proteínas especiais para formar as ‘lipoproteínas’, que são transportadas no sangue. Há dois tipos de lipoproteínas: de baixa densidade (LDL), que transportam o colesterol do fígado para as células, e as lipoproteínas de alta densidade (HDL), que retornam o excesso de colesterol para o fígado.

Você já deve ter ouvido falar em colesterol ‘bom’ e ‘ruim’. O HDL, ou colesterol bom, limpa o colesterol das artérias levando-o para o fígado, onde ele é removido do organismo. O LDL, ou colesterol ruim, está associado com o endurecimento das artérias (arterosclerose). Isso pode

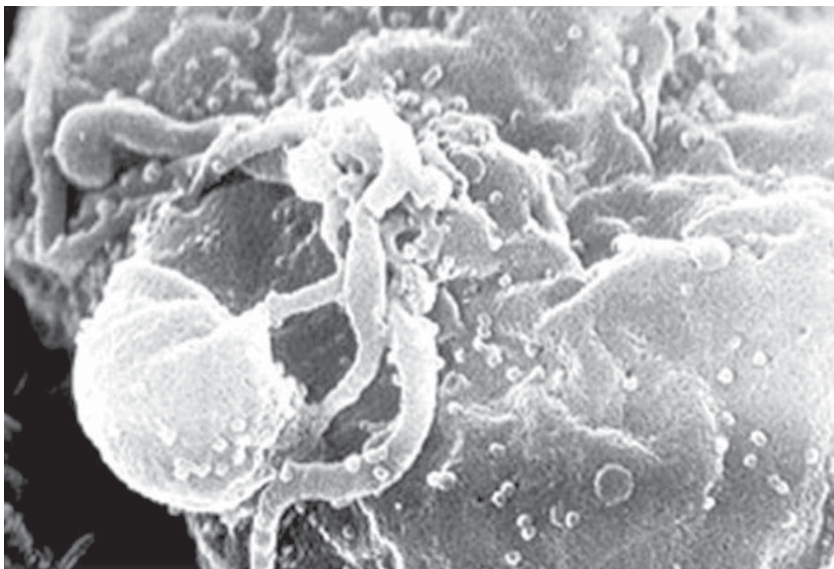
causar angina, ataque cardíaco e até derrame cerebral.

As substâncias gordurosas no sangue, como o colesterol LDL e o HDL, estão freqüentemente agrupadas com os triglicérides, denominados lipídios do sangue. Os triglicérides são um dos blocos de construção por meio dos quais as gorduras são formadas.

Antes de existir a combinação de medicamentos para tratamento da Aids (terapia altamente potente ou “coquetel”), já eram observadas anormalidades nos lipídeos das pessoas HIV-positivas. Pessoas com Aids freqüentemente apresentavam o colesterol ruim elevado e o colesterol bom em declínio.

Importância dos exames

Depois da coleta do sangue, são medidas as taxas de gorduras. Como ocorre com o teste de carga viral, os níveis estão sujeitos a variações, dependendo do dia ou até do horário. Raramente um único exame fornecerá informação suficiente que auxilie na tomada de decisões do médico. Será necessária uma série de exames para conseguir um quadro mais



claro. A alimentação faz uma grande diferença sobre os lipídios do sangue. Então o melhor é medir o colesterol após uma noite em jejum e somente o médico tem condições de interpretar os resultados.

Dieta

Com uma dieta adequada é possível baixar os níveis de colesterol entre 5% e 10%. A dica é aumentar a ingestão de alimentos com amido, como pão, massa, arroz e cereais. Tente reduzir a ingestão de gordura e substitua as gorduras saturadas por gorduras não-saturadas. Por exemplo, coma menos manteiga e queijos duros. Aumente a ingestão de gorduras presentes nos óleos de milho, girassol, algumas margarinas, azeite de oliva e abacate. Para ajudar na prevenção de coagulação do sangue e reduzir os níveis de triglicérides, os médicos indicam aumentar a ingestão de um tipo de gordura chamada ômega-3, presente em peixes como salmão e sardinha.

Medicamentos

O tratamento com medicamentos que diminuem os níveis de coles-

terol elevados começa geralmente quando as mudanças na dieta e exercícios não mostram efeito significativo. Medicamentos para baixar o colesterol têm sido testados e autorizados, mas sempre baseados em resultados de estudos com pessoas HIV-negativas. Eles comprovaram uma redução do colesterol ruim em mais de 20%. As estatinas são a principal classe de medicamentos usados para baixar o colesterol, mas não devem ser tomadas por pessoas com doenças no fígado, mulheres grávidas ou que estejam amamentando. A pravastatina parece ser a estatina mais segura para utilização junto com um inibidor de protease. Outros medicamentos usados para tratar dos níveis de colesterol elevados são aqueles que se unem ao ácido da bilis e os fibratos. Os primeiros, que precisam ser tomados durante as refeições, são apresentados na forma de pó e devem ser misturados em água ou suco de fruta. Além disso, podem ser usados por mulheres grávidas, pois não são absorvidos pelo organismo. Já os fibratos são comprimidos utilizados para baixar os níveis de triglicérides. ■

Como está a saúde do seu coração?

O coração é um músculo que age como duas bombas. A bomba da direita envia sangue aos pulmões para coletar oxigênio e a da esquerda envia sangue rico em oxigênio, assegurando que os outros órgãos, músculos e tecidos tenham nutrientes suficientes para funcionar adequadamente, assim como para expelir monóxido de carbono e outras substâncias.

A maioria das pessoas com HIV não sofrerá nenhum problema no coração. No entanto, como para qualquer pessoa, independente do HIV, o hábito de comer alimentos com gordura saturada, o ato de fumar, o consumo excessivo de álcool, o uso de drogas (em particular cocaína e anfetaminas) e a falta de exercícios físicos podem levar ao desenvolvimento de doenças no coração. Pessoas cujos pais sofrem de problemas cardíacos têm maior chance de ter a mesma doença. Além disso, alguns medicamentos para tratar o HIV têm sido associados a mudanças no metabolismo do organismo, o que pode aumentar os riscos de desenvolver doenças no coração.



Alerta

Cansaço, falta de fôlego, batimento cardíaco muito rápido e dores no peito são comumente sentidos por pessoas com problemas cardíacos. Normalmente, o coração bate entre 60-90 vezes por minuto em intervalos regulares quando uma pessoa está descansando e aumenta, mantendo-se regular, quando alguém está em atividade, em particular se estiver fazendo exercício. No entanto, uma batida cardíaca rápida, especialmente quando você estiver em repouso, e irregularidades em seu ritmo, às vezes acompanhadas de dor, podem também indicar problemas no coração. Pessoas com falhas no coração, angina, ou quem sofreu de ataque cardíaco, podem sentir pressão no peito, dores no braço esquerdo, no lado esquerdo da mandíbula, das costas ou do ombro. Caso você sinta alguns desses sintomas, é importante marcar uma consulta médica o quanto antes e, se suspeitar de que esteja sofrendo um ataque cardíaco, peça que chamem uma ambulância imediatamente.

Exames

Os exames básicos envolvem a verificação da pressão sanguínea e do pulso e a ausculta do batimento cardíaco. Se o seu médico suspeitar de que você esteja apresentando algum problema no coração, provavelmente outros exames serão pedidos: um eletrocardiograma, ou um exercício

ECG, que monitora a função do coração ao mesmo tempo em que você anda rápido ou corre em uma esteira por 10-20 minutos. Uma radiografia do peito pode ser realizada para verificar se há qualquer sinal de danos ao coração, e exames de sangue, conforme já dito, serão realizados para medir os níveis de colesterol e gordura no sangue.

Tratamento

Há uma variedade de medicamentos disponíveis para tratar de problemas cardíacos. A aspirina é usada para ajudar a impedir a coagulação do sangue, evitando, assim, um ataque cardíaco ou derrame cerebral. Outros medicamentos, como betabloqueadores, são usados para diminuir o batimento cardíaco ou restabelecer uma batida regular. Em alguns casos, uma cirurgia poderá ser necessária para reconstituir ou substituir as artérias que fornecem o sangue para o coração.

Inibidores da protease

Alguns estudos mostraram que em certas pessoas que tomam inibidores de protease as artérias se tornaram mais grossas e danificadas. Algumas destas pessoas também apresentaram níveis mais altos de colesterol total se comparadas àquelas que seguem um tratamento sem inibidores de protease.

Mas é apenas uma sugestão o fato de que podem apresentar um risco maior de desenvolver doenças cardí-

acas, pois esses medicamentos não estão em uso por um período suficientemente longo para se saber quais são todos os riscos a longo prazo. No entanto, está claro que há outros fatores de risco mesmo em pessoas HIV-positivas, como o hábito de fumar e uma vida sedentária.

Coração saudável

Contribua para manter seu coração saudável, com uma dieta incluindo porções de frutas ou legumes diariamente e reduzindo as gorduras saturadas. Fumar, beber excessivamente e usar drogas pode danificar o coração. É recomendado fazer exercício intenso (isso significa ficar sem fôlego e suado) por pelo menos 20 minutos, três a quatro vezes por semana.

Atividades físicas regulares diárias, como natação, ciclismo ou caminhada rápida podem aumentar os níveis do bom colesterol, mas podem não fazer diminuir os níveis de colesterol ruim. Se você não está habituado a exercícios ou tem problemas no coração, é importante começar bem devagar ou procurar conselho de um profissional.

Se os seus medicamentos para HIV vêm contribuindo para problemas no coração, se em particular há suspeita de que estão aumentando as gorduras no sangue, é possível tomar remédios para controlar esse aumento. Em última hipótese, seu médico pode decidir mudar a sua combinação de anti-retrovirais. ■

Acesso universal ao tratamento em HIV-Aids no Brasil completou 10 anos

Plenária pública marcou os 10 anos da promulgação da Lei Federal 9313/96, que dispõe sobre a obrigatoriedade do Sistema Único de Saúde (SUS) de fornecer os medicamentos anti-retrovirais para as pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil.

No dia 13 de novembro de 2006, na Faculdade de Saúde Pública da USP, em São Paulo, foi realizada a “Plenária Pública em Defesa do Acesso Universal aos Medicamentos para Tratamento do HIV/Aids no Brasil”.

O evento, iniciativa do Grupo Pela Vidua/SP, foi uma programação conjunta do Fórum de ONGs/Aids do Estado de São Paulo; dos Programas Nacional, Estadual e Municipal de DST/Aids; e do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Autoridades, especialistas, profissionais de saúde, ativistas e pessoas vivendo com HIV e Aids fizeram um balanço do acesso universal aos anti-retrovirais, discutiram as implicações dessa política para o SUS, as contribuições da resposta brasileira no cenário internacional, as perspectivas de sustentabilidade do programa brasileiro, a qualidade da assistência, o futuro dos tratamentos, a questão das patentes e da capacidade nacional de produção de medicamentos, entre outros temas.

A aprovação da lei

“Eu estava de plantão naquele dia e tive a satisfação de assinar a lei”, recordou José Carlos Seixas, médico sanitário e signatário, na con-

dição de substituto do Ministro da Saúde da Lei nº 9.313, de 13/11/96, que dispõe sobre a distribuição de medicamentos pelo SUS.

Em sua fala, Seixas, que representou também a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, lembrou que a aprovação da lei gerou, naquela época, “uma discussão muito grande dentro do Ministério, pois muita gente dizia que o SUS ia quebrar”. Para ele, a garantia do acesso universal “exige uma luta permanente dos movimentos sociais”.

Mario Scheffer, do Grupo Pela Vidua/SP, destacou a importância do ativismo e a ousadia da militância, exigindo o cumprimento da lei. Ele afirmou que, passados 10 anos da promulgação da lei, a Aids ainda representa um sério problema de saúde pública no Brasil. “Por dia, morrem 30 pessoas de Aids no país”, alertou. Em nome do Fórum de ONGs Aids do Estado de São Paulo, Sandra Costa salientou que, embora haja motivos para comemoração, ainda há muitos problemas como a “falta de qualificação, mas também de valorização dos profissionais de saúde”.

Maria Cristina Abbate, do Programa Municipal DST/Aids de São Paulo, recordou os anos que precederam

a promulgação da lei que garantiu o acesso universal. “Lembro que muitas pessoas estavam vendendo seus bens para comprar os medicamentos. Pessoas muito simples, vendendo o pouco que tinham.”

A resposta brasileira

Paulo Teixeira, ex-diretor do Programa Nacional de DST/Aids, fez uma retrospectiva das contribuições que a resposta brasileira para o acesso universal ofereceu no contexto internacional. “Os rápidos resultados alcançados após a adoção do acesso universal foram fundamentais para que outros países adotassem o modelo brasileiro.” Segundo ele, a ampliação do acesso é algo “irreversível”.

Teixeira apontou as principais “barreiras” para o sucesso do programa de acesso universal brasileiro: os altos custos dos medicamentos, o fato de que alguns grupos vulneráveis não estarem sendo incluídos no programa e a possibilidade do surgimento de cepas mais resistentes do vírus HIV.

Mariangela Simão, atual coordenadora do Programa Nacional de DST/Aids, apresentou os principais resultados da política de acesso universal



ao tratamento existente no país nos últimos dez anos. “A mortalidade no Brasil está estável, comparável aos países desenvolvidos, mas temos de lembrar que 11 mil pessoas ainda morrem todos os anos”, lamentou. Outro ponto destacado por ela foi com relação aos efeitos adversos dos medicamentos anti-retrovirais: dados recentes do PN DST/Aids apontam que 32% dos pacientes apresentam pelo menos um tipo de efeito colateral.

A coordenadora do PN demonstrou que, após oito anos em que o preço médio do tratamento anti-HIV por paciente registrou reduções seguidas, o valor médio sofreu uma alta de quase 90%, saltando de US\$ 1.336 em 2004 para cerca de US\$ 2.500 em 2005.

Ela destacou que o programa de tratamento tornou-se de “longo termo”, decorrente do aumento da expectativa de vida dos pacientes. Já os medicamentos de segunda linha, mais recentes, protegidos por patentes e em geral importados, estão pressionando cada vez mais os gastos com a compra de medicamentos. Para a coordenadora, a sustentabilidade da política de acesso universal, garantida por lei, exerce uma pressão grande sobre o orçamento da saúde.

Mariângela demonstrou que a compra dos anti-retrovirais produzidos no país (oito dos 17 que compõem o esquema terapêutico disponível no SUS) consumiu 25,7% dos recursos gastos com esses medicamentos em 2005, contra 74,4% dos recursos destinados à compra dos medicamentos de segunda linha, importados. Em 2006, este valor atingiu mais de 80%.

Ela ressaltou que os desafios para a sustentabilidade da política de acesso universal ao tratamento en-

volve vários fatores, apontando ser necessário a garantia do abastecimento contínuo de medicamentos e insumos de laboratório de boa qualidade, a custos aceitáveis e dentro dos prazos estabelecidos. Salientou também que os medicamentos precisam estar disponíveis ao paciente no momento certo, na dose e formulação certas, favorecendo a adesão ao tratamento.

Ampliar a capacidade nacional de produção de medicamentos, mediante investimentos em fármacos (matéria-prima), pesquisa e desenvolvimento de novas moléculas e de insumos laboratoriais para diagnóstico e monitoramento, bem como na melhoria na formulação dos medicamentos são caminhos apontados pela coordenadora. Ela defendeu que essa estratégia pode ser alcançada mediante a transferência de tecnologia por meio do uso das flexibilidades dos tratados internacionais que regulam a área das patentes de medicamentos.

Melhorar a negociação da compra dos medicamentos importados foi outro ponto defendido por Mariângela, salientando que o país tem boa capacidade para negociação, reconhecendo que muitos dos preços praticados em outros países são bem menores do que os que o Brasil consegue negociar, creditando isso às “tarifas humanitárias”. Ela apontou a necessidade de se investir na melhoria da qualidade do atendimento às pessoas vivendo com HIV/Aids. Por fim, a coordenadora apontou como aspectos fundamentais para garantir a sustentabilidade da resposta brasileira no enfrentamento da epidemia de HIV/Aids a aprovação da lei de responsabilidade sanitária e da regulamentação da emenda constitucional 29, que define percentuais mínimos da receita para investimentos na Saúde.

Ativismo e controle social

O ativista Jorge Beloqui, do Grupo de Incentivo à Vida (GIV), trouxe para a discussão a perspectiva das pessoas que vivem com HIV/Aids, recordando a alta taxa de mortalidade dos pacientes antes da implantação da Lei 9.313/96. “Eu ia viajar durante um mês e quando voltava perguntava: quem morreu? E sempre tinha morrido alguém”, recorda. Segundo ele, três anos após a aprovação da lei, a taxa de mortalidade caiu em 60% e os custos com o tratamento foram reduzidos em 70%, com significativa queda nas internações hospitalares dos portadores de HIV/Aids.

Beloqui fez uma retrospectiva dos aspectos legais, da mobilização e de como o programa de acesso a tratamento foi se estruturando ao longo dos anos. Mas ele centrou foco nas principais dificuldades enfrentadas nos anos recentes, como a falta de medicamentos e insumos na rede pública e os crescentes custos das drogas de segunda geração, protegidas por patentes. “Pela primeira vez no Brasil, há falta de medicamentos anti-retrovirais. O país precisa obter autonomia para a produção dos remédios que compõem o coquetel”, defendeu o ativista.

Gastão Wagner, do Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp, acredita ser necessário um maior controle das ações do governo por parte da sociedade civil, defendendo a “co-gestão” dos programas e recursos por acreditar que os atuais mecanismos de controle são insuficientes. Sobre a questão da quebra das patentes, Wagner expôs que “nenhum país tem como produzir todos os medicamentos, temos também que negociar”.

Novos medicamentos e patentes

A evolução do tratamento anti-retroviral ao longo da década e as perspectivas de novas drogas, em desenvolvimento ou em fase de testes clínicos, foram aspectos abordados pelo infectologista Juvêncio Furtado, da Faculdade de Medicina do ABC e membro da diretoria da Sociedade Brasileira de Infectologia. Segundo ele, 53 novas drogas, de sete diferentes classes terapêuticas, estão sendo pesquisadas atualmente, o que deve aumentar de maneira significativa o arsenal de tratamento do HIV/Aids futuramente.

Na opinião de Furtado, vários aspectos devem ser considerados em relação à sustentabilidade do programa brasileiro de acesso universal ao tratamento do HIV/Aids: manutenção das estratégias de prevenção, evitando novas infecções; investir na capacitação dos especialistas prescritores dos tratamentos; permanente disponibilização dos medicamentos; escolha adequada do primeiro esquema de tratamento e da terapia de “resgate”; prescrever racionalmente os anti-retrovirais e monitorar a resistência do vírus HIV. Segundo ele, a sustentabilidade do programa passa ainda por questões relacionadas à gestão dos recursos financeiros: quanto se pode gastar, como se irá gastar e quais as fontes financiadoras.

Renata Reis, da Associação Bra-

sileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), criticou o processo de concessão de patentes no Brasil, que não seria “tão transparente quanto deveria”. Ela ressaltou que “a lei brasileira prevê muitas flexibilidades, mas isso não significa que essas salvaguardas têm sido utilizadas”. Renata citou o caso da “licença compulsória”, que pode ser acionada no caso de “abuso econômico” ou “ameaça nacional”. Para exemplificar o que considera uma política equivocada do governo brasileiro sobre o tema, Renata citou o caso do acordo realizado em julho de 2005 entre o Ministério da Saúde (MS) e a empresa farmacêutica Abbott, classificando a negociação como “obscura”.

Ela lembrou ainda que, em dezembro de 2005, a ABIA e diversas ONGs apresentaram uma ação civil pública na Justiça para exigir a licença compulsória do Kaletra, medicamento fruto da negociação entre o Ministério da Saúde e a Abbott. “O juiz respondeu que o Brasil não tem capacidade de produzir o medicamento, embora nós tenhamos enviados vários estudos técnicos indicando o contrário. Além disso, acrescentou que isso não é de interesse público”, relatou indignada. A ação ainda tramita no Poder Judiciário.

Mas como o Brasil está diante desse cenário? Possui capacidade para fabricação dos medicamentos

anti-retrovirais de segunda linha? A resposta é sim para a ex-diretora de Farmanguinhos e ex-consultora da Organização Mundial da Saúde, Eloan dos Santos Pinheiro. Segundo ela, não há dificuldades na produção desses insumos, pois “os conceitos químicos para a fabricação de moléculas são os mesmos em qualquer lugar do mundo, o que difere são as técnicas para atingir o objetivo desejado”. Outro fator importante é se há disponibilidade de matéria-prima e se ela é patenteada.

Eloan lembrou que quando era diretora de Farmanguinhos foi pressionada para a fabricação de anti-retrovirais. “Quando isso aconteceu, não tínhamos estrutura física para a fabricação, mas dominamos o conhecimento técnico. Conseguimos mesmo assim, e a responsável por essa vitória foi a sociedade civil”, destacou.

Ela afirmou que está na hora de a sociedade civil agir novamente: “Os ativistas deviam marcar uma audiência com o Presidente da República. Já devíamos ter ultrapassado a idéia de usar a licença compulsória como ameaça. Possuímos capacidade de fabricação nacional sim, lógico que não é de um dia para outro, se quebrarmos patentes. O País não pode mais pagar preços exorbitantes”, declarou.

No encerramento da Plenária, foi discutido e aprovado o manifesto que vem a seguir, nas páginas 26 e 27.

Manifesto em defesa do acesso aos medicamentos em HIV/Aids no Brasil

Nós, representantes de entidades da sociedade civil, pessoas vivendo com HIV e Aids, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), profissionais de saúde, gestores, técnicos dos programas governamentais, ativistas, pesquisadores, parlamentares e demais interessados,

CONSIDERANDO QUE:

■ No Dia 13 de novembro de 2006 completou 10 anos a Lei Federal 9.313/96, um dos principais marcos legais da política pública de acesso universal aos medicamentos anti-retrovirais para os cidadãos e cidadãs que vivem com HIV e Aids no Brasil.

■ Apesar dos avanços, a Aids é um grave problema de saúde pública no Brasil, com o número estimado de 600.000 infectados pelo HIV e 175.000 pessoas em tratamento na rede pública. O país registra por ano cerca de 11.000 mortes e mais de 30.000 novos casos da doença.

■ A diminuição da mortalidade, a melhoria da qualidade de vida das pessoas com HIV e Aids e a otimização de recursos públicos são os benefícios mais visíveis do acesso aos anti-retrovirais.

■ A garantia dessa política só foi possível em razão da mobilização e do ativismo da sociedade civil, da decisão política, da destinação de recursos do SUS e do compromisso dos técnicos e profissionais.

■ Já estão disponíveis 16 medicamentos anti-retrovirais na rede pública de saúde, que conta com mais de 400 hospitais, 400 ambulatorios, 400 centros de aconselhamento e testagem, além de 100 laboratórios de análises clínicas, dentre outros serviços que realizam o diagnóstico e o tratamento

do HIV e da Aids.

■ Para manter o acesso universal, o Ministério da Saúde já gasta por ano cerca de um bilhão de reais, dos quais 80% são destinados à compra de medicamentos protegidos por patentes.

■ A produção local de genéricos é indispensável para ampliar o acesso aos anti-retrovirais. No entanto, observa-se o enfraquecimento da gestão dos laboratórios públicos produtores de medicamentos. Também a Lei Nacional de Propriedade Industrial (“Lei das Patentes”) passou a dificultar a produção de versões genéricas que ingressaram no mercado brasileiro após 1996.

■ O futuro do tratamento da Aids no Brasil corre sérios riscos, tendo em vista o aumento contínuo dos gastos, do número crescente de pacientes e do êxito limitado da negociação de preços para a compra de produtos sob patentes.

■ Muitos pacientes em tratamento há muito tempo, por causa do desenvolvimento da resistência viral, precisam dos chamados medicamentos de segunda linha, o que implica na incorporação de novos fármacos sob patentes e comprados dos laboratórios multinacionais a preços ainda mais elevados que os já existentes.

VIMOS A PÚBLICO:

RECONHECER que, apesar dos esforços para a redução dos preços dos medicamentos patenteados, o Brasil paga valores exorbitantes e inaceitáveis.

AFIRMAR que o Brasil possui uma indústria nacional com comprovada capacidade instalada, habilidade e competência para a produção de anti-retrovirais.

CHAMAR a atenção para a necessidade de o Governo Federal apresentar um plano claro de incentivo à produção nacional de princípios ativos e de medicamentos anti-retrovirais.

DEFENDER a emissão, pelo Governo Federal, de licenças compulsórias dos anti-retrovirais sob patentes que mais impactam o orçamento do Ministério da Saúde. A medida encontra total respaldo na legislação nacional e nos acordos internacionais firmados pelo Brasil, conforme expresso na Declaração de Doha e garantido no Acordo TRIPs (Aspectos sobre os Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio).

EXIGIR a conclusão da produção experimental de medicamentos de segunda linha patenteados, incluindo seus registros na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o que requer imediato investimento nos laboratórios estatais.

INCENTIVAR a responsabilidade compartilhada dos três níveis de governo visando: a melhoria da qualidade dos serviços de assistência e de atenção farmacêutica; a disponibilidade de número suficiente de profissionais de saúde, com melhor qualificação, remuneração digna e condições adequa-

das de trabalho; a implantação de mais programas de adesão; a vigilância e o manejo dos efeitos adversos dos tratamentos; a superação dos problemas de falta recorrente de remédios para tratar as doenças oportunistas, de fracionamento de anti-retrovirais e de demora na realização de exames de CD4, carga viral e genotipagem; o acesso ao diagnóstico precoce; o uso racional de medicamentos e a discussão do processo de incorporação de novos medicamentos.

REITERAR a defesa intransigente do Sistema Único de Saúde, público, universal, humanizado, de qualidade e acessível a toda a população. Que o SUS seja tratado como política de Estado, capaz de promover a participação e o controle social, de valorizar os trabalhadores da saúde, de estabelecer compromissos aos gestores, de respeitar os direitos dos cidadãos usuários. Que seja regulamentada com urgência a Emenda Constitucional 29, que garante recursos permanentes para o SUS; e que seja rechaçada a proposta de déficit nominal zero com desvinculação dos recursos da saúde.

POR FIM, CONCLAMAMOS os governos e as comunidades de todo o mundo a agirem imediatamente para a garantia do direito das pessoas que vivem com HIV e Aids de receber o melhor tratamento existente, independente do lugar onde vivem ou da condição social e econômica. Juntos, podemos conquistar um mundo mais justo, solidário, livre do preconceito, e que garanta o direito básico à dignidade humana, à saúde e à vida.

Para aderir ao manifesto, que já foi assinado por dezenas de entidades e pessoas, basta acessar o site www.aids.org.br

Saiba como exigir seus direitos nos serviços de saúde

Mesmo com todos os avanços e conquistas no combate à Aids no Brasil, não são poucos os problemas enfrentados pelas pessoas com HIV/Aids quando necessitam de atendimento nos serviços de saúde.

Por isso é importante que você tenha acesso a mecanismos de escuta para apresentar sugestões, reclamações e denúncias aos responsáveis pelas unidades de saúde. Alguns serviços contam com ouvidorias, que mantêm a privacidade e o sigilo da queixa. Outros serviços tem conselhos gestores que também tem a função de encaminhar suas reclamações.

Mas para fazer valer seus direitos, muitas vezes não basta reclamar verbalmente. É preciso também apresentar por escrito o problema para que o atendimento seja agilizado.

A seguir apresentamos modelos de cartas que devem ser protocoladas pelo paciente, familiar ou acompanhante no serviço de saúde onde teve a negação de atendimento ou assistência de má qualidade.

A partir das situações mais comuns, são apresentados modelos de cartas para exigir seus direitos. Você pode registrar a dificuldade no agendamento de consultas, o que é bastante comum quando o paciente precisa de um médico especialista que não seja o infectologista; a realização de exames de CD4, carga viral ou genotipagem, cuja demora pode comprometer seu estado de saúde, o fornecimento de medicamentos para tratar doenças

oportunistas, procedimentos para tratar a lipodistrofia ou queixa de fracionamento de anti-retrovirais (entrega de quantidade insuficiente para um mês de tratamento).

Você também pode redigir uma carta solicitando internação imediata, tendo em vista a falta de leitos

em muitos locais. E, ainda, pode solicitar providências ao Ministério Público.

Se possível, o usuário do serviço deve encaminhar uma cópia da carta a um grupo de luta contra a Aids mais próximo e/ou ao Fórum de ONGs/Aids da região.

A seguir, cartas de situações mais comuns; no site do Grupo Pela Vidda/SP (www.aids.org.br) você encontra modelos de cartas para denunciar e reclamar muitos outros problemas (entrar no link “Direito Positivo”)

Modelo de carta para exigir agendamento de consulta

(Local, data)

Ao Diretor do *(Nome do Serviço de Saúde)*

c/c *(ONG ou Grupo de Luta Contra a Aids mais próximo)*

Prezado Senhor,

Em *(data e horário)*, compareci ao *(nome do estabelecimento de saúde)*, localizado à *(endereço)*, para agendar uma consulta com *(dizer se é com infectologista ou outra especialidade médica)*

Fui informado(a) que teria de esperar até *(data agendada)* para ser atendido(a) pelo médico, o que pode implicar em sério prejuízo à minha saúde.

Essa demora representa ofensa à Constituição Federal, que dispõe ser a saúde um direito de todos e um dever do Estado; e fere também a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) que garante o acesso aos serviços de saúde de qualidade.

Diante do exposto, solicito providências no sentido de que a consulta da qual necessito seja agendada e realizada com a maior brevidade possível.

Certo(a) de seu pronto atendimento em respeito aos meus direitos de cidadão (ã), agradeço antecipadamente e solicito confidencialidade de meus dados pessoais. Informo que caso não seja atendida minha solicitação serão adotadas as medidas cabíveis.

Atenciosamente,

(Nome, assinatura, RG, endereço completo, telefone e/ou e-mail)

Modelo de carta para exigir a realização de exames de CD4, carga viral ou genotipagem

(Local, data)

Ao Diretor do *(Nome do Serviço de Saúde)*

c/c *(ONG ou Grupo de Luta Contra a Aids mais próximo)*

Prezado Senhor,

Em *(data e horário)*, compareci ao *(nome do estabelecimento de saúde)*, localizado à *(endereço)*, para consulta com o médico *(nome do médico; dizer se é infectologista ou outra especialidade)*.

Ele constatou a necessidade da realização do exame de *(especificar se é CD4, carga viral, genotipagem; ou outro exame diagnóstico, a exemplo de endoscopia, ressonância, raio X)*. Em anexo, está a cópia da prescrição médica.

No entanto, fui informado(a) que *(o exame está em falta OU que só o exame será realizado somente daqui a xx dias)*. Essa demora poderá implicar em sério prejuízo à minha saúde.

Além disso, a *(falta do exame OU demora na realização do exame)* representa ofensa à Constituição Federal, que dispõe ser a saúde um direito de todos e um dever do Estado; e fere também a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) que garante o acesso aos serviços de saúde de qualidade.

Diante do exposto, solicito providências no sentido de que o exame *(especificar o exame)* do(a) qual necessito seja agendado(a) e realizada(o) em 5 dias úteis.

Certo(a) de seu pronto atendimento, em respeito aos meus direitos de cidadão(ã), agradeço antecipadamente e solicito confidencialidade de meus dados pessoais.

Informo que caso não seja atendida minha solicitação no prazo acima, serão adotadas as medidas cabíveis.

Atenciosamente,

(Nome, assinatura, RG, endereço completo, telefone e/ou e-mail)

Modelo de carta para exigir fornecimento de medicamentos

(Local, data)

Ao Diretor do *(Nome do Serviço de Saúde)*

c/c *(ONG ou Grupo de Luta Contra a Aids mais próximo)*

Prezado Senhor,

Em *(data e horário)*, compareci ao *(nome do estabelecimento de saúde)*, localizado à *(endereço)*, para obter o medicamento *(nome do medicamento do coquetel ou para tratar a doença oportunista)*. Em anexo, está a cópia da receita do meu médico.

Ocorre que não foi possível obtê-lo, pois não estava disponível para distribuição *(ou não foi possível obter toda a quantidade necessária para um mês de tratamento, pois está havendo fracionamento)*, o que poderá implicar em prejuízo à minha saúde.

Essa falta do medicamento representa ofensa à Constituição Federal, que dispõe ser a saúde um direito de todos e um dever do Estado; fere também a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) que garante o acesso aos serviços de saúde de qualidade e, ainda, a Lei Federal 9.313/96 que garante acesso universal a todos os medicamentos necessários para tratar os pacientes com HIV e Aids.

Diante do exposto, solicito providências no sentido de que me seja fornecido o medicamento *(nome do remédio receitado pelo médico)*, imediatamente que também deve estar disponível para todos os cidadãos que dele necessitarem.

Certo de seu pronto atendimento em respeito aos meus direitos de cidadão(ã), agradeço antecipadamente e solicito confidencialidade de meus dados pessoais. Informo que caso não seja atendida minha solicitação serão adotadas as medidas cabíveis.

Atenciosamente,

(Nome, assinatura, RG, endereço completo, telefone e/ou e-mail)

Modelo de carta para exigir a internação imediata

(Local, data)

Ao Diretor do *(Nome do Serviço de Saúde)*
c/c *(ONG ou Grupo de Luta Contra a Aids mais próximo)*

Prezado(a) Senhor(a)

Em *(data e horário)*, compareci ao *(nome do estabelecimento de saúde)*, localizado à *(endereço)*, para levar *(nome do paciente)* para consultar com *(nome do médico OU para ser atendido no pronto-socorro)*. Diante da constatação de *(nome da doença oportunista OU grave quadro de saúde)*, foi sugerida a internação.

Após aguardar atendimento, fomos informados que não seria possível a internação porque *(explicar o motivo alegado para não internar o paciente: hospital lotado, falta de leitos etc.)*.

Tal fato pode implicar em sério prejuízo à saúde e colocar em risco a vida do paciente. A negativa de internação representa ofensa à Constituição Federal, que dispõe ser a saúde um direito de todos e um dever do Estado; e fere também a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) que garante o acesso aos serviços de saúde de qualidade.

Diante do exposto, solicito providências no sentido de que o paciente *(nome)* seja colocada em risco.

Certo(a) de seu pronto atendimento em respeito aos meus direitos de cidadão(ã), agradeço antecipadamente e solicito confidencialidade de meus dados pessoais. Informo que caso não seja atendida minha solicitação no prazo acima, serão adotadas as medidas cabíveis.

Atenciosamente,

(Nome, assinatura, RG, endereço completo, telefone e/ou e-mail)

Modelo de carta para solicitar providências ao Ministério Público

(Local, data)

Ilustre Senhor

Dr. *(nome do Promotor de Justiça)*

Ministério Público de São Paulo ou Ministério Público Federal

c/c *(ONG ou Grupo de Luta Contra a Aids mais próximo)*

Prezado Senhor:

Em *(data e horário)*, compareci ao *(nome do estabelecimento de saúde)*, localizado à *(endereço)*, para *(explicar o tratamento, medicamento que você foi buscar ou o motivo que o levou a presenciar o problema no serviço de saúde)*.

Ocorre que *(relatar o que aconteceu, o problema que você enfrentou ou mesmo presenciou. Leve ao Promotor de Justiça todos os detalhes que você conseguiu, como nome e cargo das pessoas envolvidas, testemunhas que presenciaram o que você está relatando, documentos como receitas, prontuários médicos, comprovantes de agendamento de consultas, exames ou guia de internação)*.

O fato relatado representa ofensa à Constituição Federal de 1.988 *(especialmente aos artigos 1º, III,3º, IV, 5º, 6º, 196 e seguintes)* e à Lei 8080/90, que, dentre outras atribuições, regula o SUS (Sistema Único de Saúde), do qual o *(nome do serviço de saúde)* mencionado acima faz parte.

Sendo a saúde direito fundamental do cidadão e também serviço de relevância pública *(artigo 197, CF)*, cumpre ao Ministério Público zelar pela sua proteção face ao descaso do Poder Público *(artigos 129 e 127 da CF)*.

Por isso, solicito que o Senhor tome as medidas necessárias para apurar e combater os problemas aqui relatados que poderão implicar em sérios prejuízos à saúde dos cidadãos usuários do sistema público de saúde.

Atenciosamente,

(Nome, assinatura, RG, endereço completo, telefone e/ou e-mail)

Patentes e medicamentos: o que nós temos a ver com isso?



Ampliar a discussão quanto aos impactos da propriedade intelectual e patentes sobre as políticas públicas de acesso a medicamentos no Brasil é um dos objetivos da publicação *Propriedade Intelectual, Patentes e Acesso Universal a Medicamentos*. Lançada no final de 2006, por abordar de forma clara e objetiva a legislação internacional e brasileira, os aspectos políticos e de mercado, as políticas de saúde pública, a publicação revela as conseqüências que essas questões têm sobre o acesso a medicamentos de população, especialmente sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). A cartilha (disponível em www.aids.org.br) tem por objetivo ser um instrumento para que a sociedade civil possa se apropriar dos conhecimentos sobre esses temas e tenha condições de se mobilizar pelas mudanças necessárias nesse cenário.

A publicação é uma realização conjunta das ONGs Grupo de Incentivo à Vida (GIV) e Grupo Pela Vidda/SP, Centro de Referência e Treinamento – CRT/SP e Instituto de Saúde. São autores do livro o ex-coordenador do Programa Nacional de DST/Aids, Alexandre Grangeiro, os ativistas Jorge Beloqui, do GIV, e Mário Scheffer, do Grupo Pela Vidda/SP, as advogadas Andrea Lazzarini Salazar e Karina Bozola Grou e o jornalista Fernando Fulanetti, também voluntários do Grupo Pela Vidda/SP.

Por que o Brasil paga tão caro pelos anti-retrovirais?



Patentes Farmacêuticas - Por que dificultam o acesso a medicamentos? é o título de uma cartilha lançada pela Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia), realizada em parceria com o Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual (GTPI), do qual o Grupo Pela Vidda/SP faz parte.

A publicação pretende levar ao maior número possível de leitores informações sobre propriedade intelectual e medicamentos, de forma a reforçar o debate público sobre esses temas.

De autoria de Gabriela Costa Chaves, com a colaboração da equipe da Abia, a publicação foi ilustrada com imagens do cartunista Henfil, homenagem a um dos principais ativistas brasileiros na luta contra a Aids.

Outra publicação da Abia, o folder *Por que o Brasil paga tão caro pelos anti-retrovirais?* afirma que as patentes contribuem para o monopólio e para o aumento dos preços dos medicamentos de Aids comprados pelo Sistema Único de Saúde.

Vale a pena conferir a cartilha e o folder no site www.abiaids.org.br



www.aids.org.br

www.camisinha.org.br

GRUPOS PELA VIDDA

São Paulo - SP

Rua General Jardim, 566, Vila Buarque

CEP 01223-010 - São Paulo - SP

Tel.: (11) 3259-2149

Tel/Fax: (11) 3258-7729

e-mail: gpvsp@uol.com.br

Rio de Janeiro - RJ

Av. Rio Branco, 135 - 709, Centro

CEP 20040-006 - Rio de Janeiro - RJ

Tel.: (21) 2518-3993, Fax: (21) 2518-1997

Site: www.pelavidda.org.br

Niterói - RJ

Rua Visconde de Moraes, 251, Bairro Ingá

CEP 24210-145 - Niterói - RJ

Tel.: (21) 2722-0067/2613-0598

e-mail: gpvnit@pelavidda-niteroi.org.br

Goiânia - GO

Rua 19, nº 35, Ed. Dom Abel - Térreo

CEP 74036-901 - Goiânia - GO

Tel.: (62) 212-7178/223-9686

e-mail: aidsorg.pelavida@uol.com.br

**Ministério
da Saúde**

