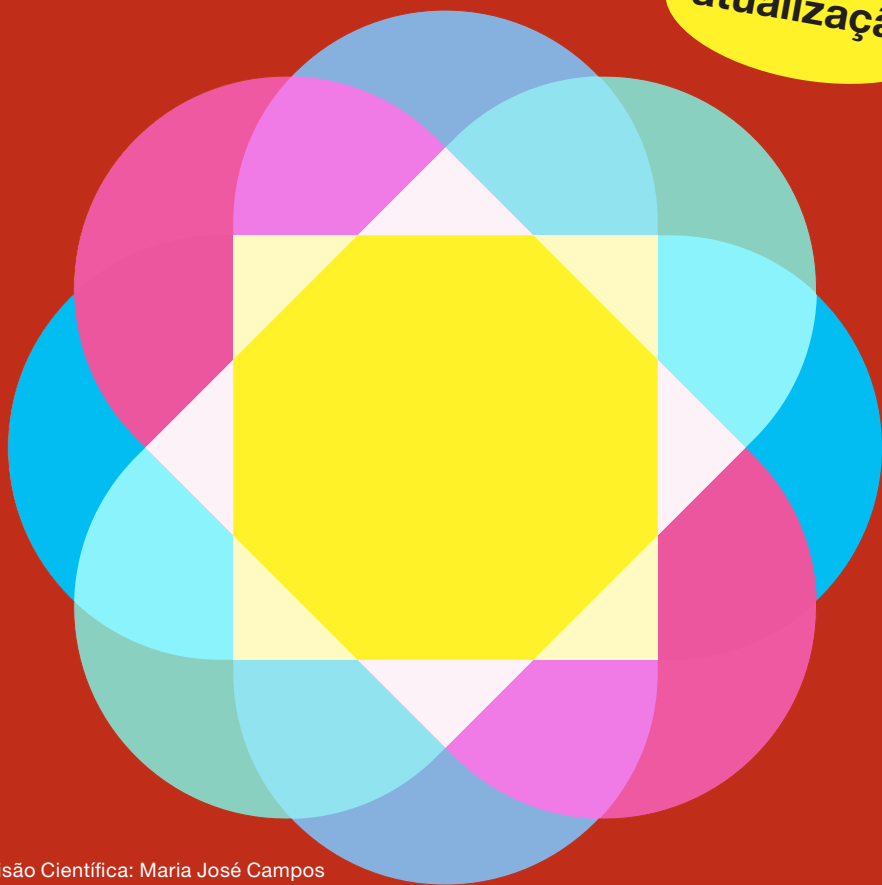


Introdução à terapêutica de combinação para a infeção pelo VIH Dezembro de 2014

atualização



Revisão Científica: Maria José Campos
e Ricardo Fernandes

Coordenação: Rosa Freitas

Tradução: Érica Almeida Postiço e Rosa Freitas

Revisão: Érica Almeida Postiço

Conceção gráfica: Diogo Lencastre

www.i-base.info

www.gatportugal.org

**primeiras perguntas
a pessoa seropositiva e o médico
resistências e adesão
escolha do tratamento**

Índice

Introdução	3
Primeiras perguntas: o quê, quando e porquê?	4
Idade, doença cardíaca, género e gravidez	12
Decidir quando iniciar o tratamento	14
Por que são diferentes as linhas orientadoras?	18
Tratamento como prevenção	19
E os efeitos secundários?	20
A relação com o médico	23
Adesão e sua importância	25
Diário de adesão	27
Resistências	28
Que medicamentos, que combinação?	30
Historial do tratamento	41
Glossário	47
Notas	49

The logo for i-base, featuring the text "i-base" in a blue, lowercase, sans-serif font.The logo for cope, featuring the text "cope" in a blue, lowercase, sans-serif font, followed by a vertical line and the text "continuous patient education" in a smaller, blue, lowercase, sans-serif font.

Esta publicação é uma adaptação da brochura escrita por Simon Collins (HIV i-Base) com a contribuição de um vasto painel de especialistas seropositivos para o VIH e de ativistas da comunidade.

O design é do *No Days Off*.

O autor original e/ou o EATG não podem ser responsabilizados pela exatidão da tradução nem pela relevância local do texto.

Importante: A informação contida neste guia não substitui a informação fornecida pelo médico ou por outros técnicos de saúde. As decisões relacionadas com o tratamento devem ser sempre tomadas em conjunto com o médico.

A informação sobre os tratamentos da infeção pelo VIH fica rapidamente desatualizada, por isso, é necessário verificar sempre a data de edição da brochura e se há uma edição mais atualizada. A reprodução é livre se se destinar a fins não lucrativos. Pode solicitar-se cópias adicionais gratuitamente.

Introdução

O guia inclui informações sobre os temas mais importantes sobre o tratamento da infeção pelo VIH. Foi escrito e revisto por pessoas seropositivas e profissionais de saúde. Esta brochura pode ser uma ajuda para quem tem de se confrontar pela primeira vez com a infeção pelo VIH. A informação baseia-se na última versão das linhas orientadoras inglesas. (novembro de 2013)

www.bhiva.org

Sempre que oportuno foram também tidas como referência as linhas orientadoras europeias e dos E.U.A.

www.european aids clinical society.org

www.aidsinfo.nih.gov

Todas as orientações reforçam o facto de o tratamento para a infeção pelo VIH dever ser individualizado e a informação neste guia tem por objetivo ajudar a falar com o médico. É importante assegurar-se que toda a informação que se lê está atualizada.

Há que ter cuidado tanto com a informação impressa como com a da Internet que não possua uma data recente.

Se se estiver a ler esta brochura depois de julho de 2015 verificar se não existe uma versão atualizada.

As principais alterações nesta edição incluem:

- Novas informações sobre o tratamento antirretroviral e pessoas trans.
- Novas informações sobre a importância do tratamento precoce em pessoas recém-infetadas.
- Atualização da secção *“Por que são diferentes as linhas orientadoras?”*.
- Atualização da secção *“Tratamento como prevenção”* com informação sobre os resultados do estudo PARTNER.
- Atualização da secção *“Que medicamentos, que combinação?”* com informação sobre as recentes normas orientadoras e medicamentos.

As principais alterações à tabela ARV incluem:

- Novos inibidores da integrase: dolutegravir, elvitegravir e um comprimido que combina quatro medicamentos onde se inclui o elvitegravir (Stribild®).
- Novo potenciador farmacocinético: cobicistate.
- Alterações à lista de medicamentos.

As primeiras perguntas: o quê, quando e porquê?

O que é a terapêutica de combinação?

A terapêutica de combinação é o termo que indica a utilização de três ou mais medicamentos para o tratamento da infeção pelo VIH.

Também é denominada por terapêutica tripla, HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*: terapêutica antirretroviral altamente eficaz) ou TARc (Terapêutica Antirretroviral de combinação).

Os medicamentos para a infeção pelo VIH são designados por antirretrovirais (ARV) porque o VIH é um tipo de vírus denominado retrovírus.

Os medicamentos funcionam?

Em todos os países com acesso a medicamentos ARV, verificou-se uma descida drástica no número de mortes relacionadas com a infeção pelo VIH.

Os tratamentos são eficazes nas mulheres, homens, crianças e pessoas trans. Atuam independentemente da via de infeção do VIH, quer esta tenha sido sexual, através da partilha de material de injeção infetado, durante a gravidez ou parto ou da administração de sangue contaminado.

Tomar medicamentos para a infeção pelo VIH, seguindo rigorosamente as instruções, reduz a quantidade de vírus no organismo para valores mínimos mas não o elimina. Por esta razão a pessoa continua seropositiva.

Todos precisam de tratamento?

Quase todas as pessoas seropositivas irão precisar de tratamento em algum momento da evolução da infeção.

No entanto, a taxa de progressão da infeção varia muito de pessoa para pessoa.

- Cerca de 20% das pessoas podem precisar de tratamento 1-2 anos após a infeção.
- Metade terá indicação para iniciar tratamento após 2-10 anos, em média cinco anos após a infeção.
- Cerca de um quarto das pessoas pode estar bem por um período de dez anos após a infeção sem iniciar tratamento.
- Menos de 5% das pessoas podem manter-se entre 15-20 anos com um sistema imunitário forte sem precisar de tratamento.
- 0,01% poderá não precisar de tratamento.
- Deve-se falar com o médico sobre a necessidade de iniciar o tratamento. Esta conversa pode estender-se ao longo de várias consultas. Deve-se fazer todas as perguntas necessárias, até se ficar satisfeito com as respostas.
- Procurar informações em outras fontes, incluindo outros profissionais da saúde, internet, amigos, revistas e linhas de apoio.

Mesmo que não existam sintomas, é sempre boa ideia obter informações sobre o tratamento antes de ser necessário.

Tal é particularmente importante se o sistema imunitário foi danificado pelo VIH (quando a contagem de células CD4 é baixa) ou se o nível de vírus no sangue é muito elevado (quando a carga viral é alta).

Dois testes sanguíneos essenciais: contagem de células CD4 e carga viral

Os resultados da contagem de células CD4 e da carga viral são os principais testes utilizados para monitorizar a saúde.

Contagem de células CD4

- A contagem de células CD4 mede o estado do sistema imunitário. O resultado é dado em células/ml. Acima de 500 é considerado “normal”.
- A contagem de células CD4 é importante para decidir quando iniciar o tratamento.
- Mesmo que se inicie o tratamento com uma contagem de células CD4 muito baixa, o sistema imunitário pode tornar-se suficientemente forte para que o organismo possa recuperar de doenças relacionadas com a infeção pelo VIH.
- As linhas orientadoras portuguesas recomendam o início do tratamento com contagem de células CD4 de aproximadamente 350, no entanto, há pessoas que o podem iniciar mais cedo.

Teste da carga viral

O teste da carga viral diz-nos quantas cópias do VIH há numa pequena amostra de sangue.

O resultado é dado em cópias/ml.

Após o início do tratamento, o teste da carga viral avalia a eficácia da combinação terapêutica. O objetivo é atingir uma carga viral “indetetável”. Tal significa menos de 50 cópias/ml.

Quando a carga viral é indetetável, este teste mostra que os medicamentos atuam de forma eficaz sobre o vírus.

Se a carga viral não se torna indetetável ou aumenta posteriormente, tal significa que os medicamentos não estão a atuar ou que não estão a ser tomados corretamente.

Qualquer resultado não esperado deve ser verificado com um segundo teste antes de serem feitas mudanças no tratamento.

A carga viral elevada (mais de 100 000 cópias/ml) pode ser um motivo para iniciar o tratamento, independentemente do número de células CD4.

Contagem de células CD4 e risco de adoecer

A contagem de células CD4 é o teste mais importante para avaliar o risco de adoecer. É, também, o teste mais importante para decidir quando iniciar o tratamento. A rapidez com que a contagem de células CD4 decresce também faz parte da decisão.

Enquanto a contagem de células CD4 estiver acima de 350, o sistema imunitário está saudável, mas ainda existe um elevado risco de contrair tuberculose.

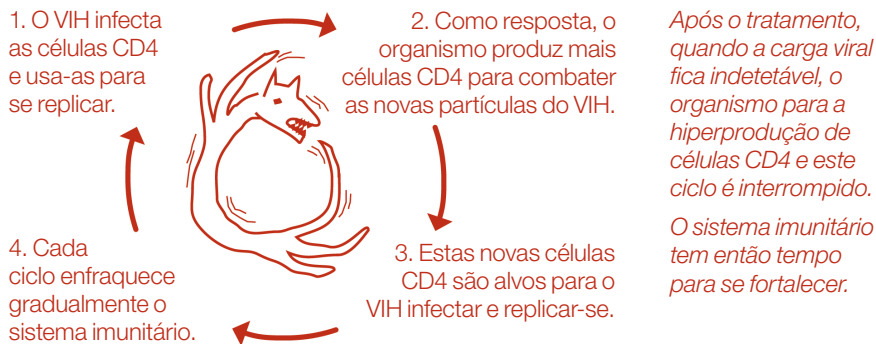
Abaixo de 350 células há um risco elevado de infeções que podem causar diarreia e perda de peso. Se a contagem de células CD4 desce abaixo de 200 por ml, há risco elevado de aparecimento de um tipo de pneumonia denominado por PPJ (*pneumonia pneumocistis jiroveci*, anteriormente conhecida por PPC – *pneumonia pneumocistis carinii*).

Abaixo das 100 células o risco de desenvolver doenças graves aumenta substancialmente.

Os riscos continuam elevados com uma contagem de células CD4 abaixo das 50. Existe o risco de contrair o vírus chamado CMV que pode causar perda permanente de visão. Uma contagem de células CD4 tão baixa necessita de cuidados oftalmológicos.

Embora possa haver receio do tratamento, o VIH continua a ser uma doença real e com risco de vida. Não se deve adiar o tratamento até ser tarde demais.

Na página 14 é tratada mais em detalhe a questão sobre como e quando decidir iniciar o tratamento.

Fig. 1: Quando não se está sob tratamento, o sistema imunitário trabalha em excesso

Como funcionam os medicamentos?

Os medicamentos para a infeção pelo VIH atuam impedindo o vírus de se replicar.

Tal faz baixar a carga viral para níveis mínimos. O sistema imunitário (incluindo a contagem de células CD4) tem a oportunidade de voltar a ficar mais forte.

Quando não se está sob tratamento, o sistema imunitário trabalha em excesso. O VIH infeta as células CD4 para produzir mais vírus. O organismo produz novas células CD4 para combater o vírus, contudo, este usa apenas estas células para se reproduzir. É como um cão que persegue a própria cauda (ver figura 1)!

Atualmente, considera-se que este ciclo de ativação imunológica leva a outras complicações de saúde.

Esta é também uma das razões para iniciar o tratamento mais cedo.

Quando se está sob tratamento eficaz, esta hiperativação é interrompida.

Existem atualmente mais de 26 medicamentos que atuam em pelo menos seis locais diferentes do ciclo de vida do VIH (ver figura 5 na página 31).

Durante quanto tempo são os medicamentos eficazes?

A duração de uma terapêutica depende do possível desenvolvimento de resistências.

Enquanto a carga viral for indetetável é muito pouco provável que se desenvolvam resistências aos medicamentos, sendo imprescindível tomar toda a medicação à hora certa, sem saltar doses e seguindo todas as recomendações relativas à dieta.

A monitorização regular através de análises ao sangue verifica se os medicamentos estão a atuar e se continuam a ser eficazes.

O período de eficácia da combinação terapêutica depende da ausência de desenvolvimento de resistências.

Para prevenir o desenvolvimento de resistências, é necessário alcançar carga viral indetetável e mantê-la. Para conseguir isto, é preciso tomar todos os medicamentos à hora certa.

Conseguir uma carga viral indetetável é o primeiro objetivo do tratamento. Se a carga viral se mantém baixa, a mesma combinação terapêutica é utilizada durante muitos anos.

Cerca de 95% das pessoas que durante o primeiro ano atingem uma carga viral indetetável, mantêm este valor durante os anos seguintes.

Não há um tempo pré-definido para a duração da eficácia do tratamento. Quando se tem cuidado a tomar os medicamentos à hora correta, como prescrito, teoricamente a mesma combinação terapêutica pode ser tomada até se encontrar a cura.

"Fui diagnosticado em dezembro de 1998. Durante cerca de 7 anos, como as minhas defesas estavam boas e a carga viral não muito alta, não precisei de fazer a medicação.

Iniciei a terapêutica em março de 2006. Psicologicamente, foi um grande desafio que enfrentei mas que superei com o tempo, e hoje tomo apenas um comprimido diário.

Tive alguns efeitos secundários incómodos nas primeiras semanas que se foram atenuando até serem completamente inexistentes.

Neste momento e graças à medicação, as minhas defesas estão ótimas, a carga viral indetetável e levo uma vida perfeitamente normal e ativa."

Pedro, Lisboa

Pode-se interromper o tratamento?

Uma vez iniciado o tratamento, regra geral, não se recomenda uma interrupção, a não ser por razões médicas.

A continuidade do tratamento é mais favorável para a saúde a longo prazo. Permite manter a contagem das células CD4 elevada e impede danos causados pelo VIH.

Quando se trata da primeira combinação, existem ainda muitas opções. Não se deve aguentar efeitos secundários difíceis durante meses a fio.

Em comparação com a saúde de pessoas que não estão sob tratamento ou que iniciaram e interromperam a terapêutica, o tratamento protege contra danos provocados pelo VIH no coração, fígado, rins e outros órgãos e baixa o risco de aparecimento de alguns cancros.

- Regra geral, não se recomenda interromper o tratamento.
- A carga viral pode voltar a aumentar rapidamente em semanas. Cada interrupção possibilita o risco de desenvolvimento de resistências aos medicamentos.
- É provável que ocorra uma descida na contagem de células CD4 e quando se reinicia o tratamento a recuperação é mais difícil.
- Se se quer mesmo interromper o tratamento é essencial falar primeiro com o médico. Quando se pretende interromper por causa de efeitos secundários demasiado difíceis de tolerar, pode-se mudar para um tratamento mais fácil de gerir.

O tratamento funciona sempre?

Os medicamentos são eficazes para quase todas as pessoas. Quando isto não acontece pode ser devido a uma das seguintes razões:

- Adesão: é necessário verificar se se está a tomar a dose certa e à hora certa todos os dias e se se está a seguir todas as recomendações alimentares.
- Potência: é necessário verificar se a combinação é suficientemente eficaz. Há combinações que não estão recomendadas quando a carga viral é elevada (mais de 100 000 cópias). Além disso, quanto maior for a carga viral, mais tempo demora a descer.
- Resistências: podem existir resistências a um ou mais medicamentos antes do início da terapêutica. As linhas orientadoras recomendam um teste de resistência antes do início do tratamento.
- Absorção: um ou mais medicamentos podem não estar a ser assimilados apropriadamente. Podem ocorrer grandes variações individuais na absorção dos fármacos e existem análises para avaliar esta situação.
- Efeitos secundários: a medicação tem de ser fácil de tolerar e de tomar.

Os resultados dos ensaios nunca apresentam respostas a 100%. Mas, quando se tem um bom médico e se segue cuidadosamente o regime, qualquer pessoa que inicie o tratamento pela primeira vez deve conseguir obter uma carga viral indetetável.

Pode-se alterar os medicamentos?

Se a primeira combinação escolhida for demasiado difícil de seguir, pode-se mudar um ou mais medicamentos que estão a causar o problema. Os efeitos secundários iniciais geralmente melhoram após as primeiras semanas.

Se não se estiver a lidar bem com a terapêutica, é importante não a interromper antes de se falar primeiro com o médico.

Algumas pessoas iniciam uma combinação para obter carga viral indetetável e, posteriormente, passam para uma combinação mais fácil de tolerar.

Algumas pessoas podem mudar rapidamente, por vezes poucos dias depois. Os cuidados de saúde na infeção pelo VIH têm de ser geridos individualmente.

O que significa “naïve para o tratamento”?

“Naïve para o tratamento” ou “naïve para os medicamentos” refere-se a uma pessoa que nunca tomou medicamentos antirretrovirais.

Designa-se por “experiente no tratamento” uma pessoa que já iniciou terapêutica antirretroviral.

Deve-se participar num ensaio clínico?

Muitos hospitais são também centros de investigação e as pessoas seropositivas podem ser convidadas a participar num ensaio.

Se se estiver interessado em participar num ensaio, deve-se ter todo o tempo necessário para recolher informações acerca do mesmo ou para pedir opiniões independentes. As mulheres devem perguntar qual a percentagem de mulheres incluídas no estudo.

Lembre-se que já existem muitas combinações disponíveis que mostraram ser úteis, pelo que ninguém se deve sentir pressionado para participar.

Deve-se perguntar quais as alternativas ao tratamento que é proposto no estudo, quais as vantagens e os riscos relacionados com este relativamente ao tratamento existente.

Os cuidados médicos que venham a ser necessários no futuro não podem ser afetados se se optar por não participar num ensaio.

No entanto, uma investigação bem planeada pode, muitas vezes, oferecer uma melhor monitorização e cuidados médicos do que os que são disponibilizados normalmente numa consulta hospitalar. Tal pode significar mais consultas médicas.

Os ensaios são importantes para o desenvolvimento de novos tratamentos. Estes podem melhorar o conhecimento acerca da respetiva utilização.

E relativamente ao álcool e drogas recreativas?

Alguns medicamentos antirretrovirais interagem com drogas recreativas, drogas ilícitas, metadona e produtos geralmente denominados “naturais”.

As interações podem ser complicadas e aumentar ou diminuir os níveis de medicamentos ARV ou outros.

É, por isso, importante que o médico saiba qual o consumo de substâncias ou suplementos, mesmo que seja de forma pontual. O médico deve tratar a informação com confidencialidade.

O álcool não interage com a medicação ARV. No entanto, o consumo de álcool, bem como de drogas recreativas, pode reduzir os níveis de adesão.

Esta relação com a adesão tem sido reportada em muitos estudos que demonstraram uma relação direta entre a falência terapêutica e a quantidade de álcool consumida.

Se o médico estiver informado sobre os consumos pode propor diversas formas de apoio.

O que é preciso saber mais?

A permanente investigação significa que as ideias sobre a utilização das combinações terapêuticas estão em evolução. O tratamento aconselhado pelo médico hoje pode ser diferente do que era há 12 meses e pode ser diferente do que será prescrito daqui um ano.

Isto não acontece só porque estão disponíveis novos medicamentos. É também necessário saber mais sobre a forma como estes atuam, sobre a razão por que por vezes deixam de fazer efeito e especialmente sobre a necessidade de um conhecimento cada vez mais alargado acerca do desenvolvimento de resistências e do impacto da infeção pelo VIH quando não se está sob tratamento.

As linhas orientadoras mudam à medida que aprendemos mais sobre a infeção pelo VIH através da investigação.

Deve-se fazer perguntas sobre tudo aquilo que não se compreende, pois só assim se pode ser responsável pelas decisões tomadas.

Os medicamentos curam?

Os medicamentos atuais são um tratamento, mas não curam. Interrompem a progressão da infeção pelo VIH, permitem o início da reconstituição do sistema imunitário e o aumento de células CD4. No entanto, as pessoas continuam seropositivas para a infeção pelo VIH.

Mesmo as pessoas que tomam uma combinação terapêutica desde há muitos anos e que mantêm carga viral indetetável, ainda guardam em circulação no sangue uma pequena quantidade de cópias do VIH. Este VIH está presente em células CD4 que não são ativas, porque a maioria das nossas células imunitárias estão em “repouso” ou “adormecidas”. Apenas se tornam ativas em resposta a uma infeção. No entanto, os medicamentos ARV apenas atuam sobre células que estão ativas e acordadas.

Estas células adormecidas são uma das razões pelas quais é difícil encontrar uma cura para a infeção pelo VIH. Algumas destas células podem “dormir” durante 50 anos e acordar a qualquer altura. É por esta razão que não se deve interromper o tratamento.

Há estudos promissores com o objetivo de encontrar a cura para a infeção pelo VIH que fornecem motivos para ter esperança, mas o caminho ainda parece longo. De qualquer maneira é um bom objetivo e as pessoas seropositivas podem hoje morrer de velhice, tanto devido aos bons tratamentos como devido à descoberta da cura.



“Soube que era seropositiva em 1998, na altura fui apanhada na rua quase a morrer e levaram-me para o hospital mas não me lembro de muita coisa. Estava a consumir drogas e estava mesmo muito mal. . . tinha sífilis! Disseram-me que eu tinha que tomar medicação mas eu não tomei. . . foi muito difícil aceitar os tratamentos e até cheguei a ter que ir todos os dias ao hospital para me darem os comprimidos. Depois havia vezes que tomava mas depois deixava. . .

O meu médico ajudou-me e ainda me ajuda muito no tratamento. Tenho muita confiança no meu médico e gosto muito de conversar com ele.

A minha família não me queria aceitar mas entretanto foram aceitando melhor. Acho que era por não terem muita informação sobre esta doença! A organização que me apoiou foi a Ser+ porque já apoiava outra pessoa da minha família.

Agora cumpro bem o meu tratamento, não falta a nada e tomo a medicação direitinho. Sei que um dia vai haver uma vacina mas não sei quando. Sei que vai haver porque já li numa revista e vi na televisão.”

Sónia, Cascais

Idade, doença cardíaca, género e gravidez

Como é utilizado o tratamento antirretroviral em crianças?

Os princípios para o tratamento pediátrico são muito semelhantes aos dos adultos. No entanto, existem algumas diferenças importantes.

O sistema imunitário e a absorção dos medicamentos podem ser diferentes nos bebés recém-nascidos, crianças e adultos. É por esta razão que se recomenda cuidados pediátricos especializados na infeção pelo VIH para as crianças de todas as idades.

A contagem de células CD4 é mais elevada nas crianças do que nos adultos. Um recém-nascido, por exemplo, pode ter uma contagem de células CD4 de 3 000/ml. É por isso que as crianças são geralmente monitorizadas usando a percentagem de células CD4 (CD4%).

Esta é a percentagem dos glóbulos brancos (linfócitos) que são células CD4. A percentagem de CD4 de uma pessoa seronegativa para o VIH é de cerca de 40%.

Uma percentagem de células CD4 de 12-15% é semelhante a uma contagem das CD4 de cerca de 200 num adulto (22% é cerca de 350 e 25-30% é cerca de 500).

Há diferentes linhas orientadoras para o tratamento das crianças. No entanto, tendem a estar menos atualizadas do que as linhas orientadoras dos adultos. É, por isso, importante conhecer as mudanças nos tratamentos dos adultos porque podem ser também relevantes para as crianças.

Para mais informação sobre crianças e VIH, visite os sites *Children with HIV Association* (CHIVA) e PENTA:

www.chiva.org.uk

www.pentatrials.org

A idade é um fator importante nos adultos?

À medida que se envelhece, o tratamento para a infeção pelo VIH torna-se mais importante.

As linhas orientadoras para o tratamento do Reino Unido (www.bhiva.org) incluem uma tabela muito útil sobre o risco de doenças relacionadas com a SIDA em diferentes níveis de contagem das células CD4 e carga viral.

Incluem, também, tabelas independentes separadas por idades: 25, 35, 45 e 55 anos. Todos os riscos aumentam com a idade.

Muitos investigadores estão a estudar o envelhecimento e a sua relação com a infeção pelo VIH. Esta está a tornar-se uma área de especialização e os serviços especializados na infeção pelo VIH estão a mudar refletindo esta realidade. Estão a ser desenvolvidos novos serviços para pessoas idosas.

O envelhecimento está relacionado com muitos problemas de saúde e por esta razão as mudanças no estilo de vida (dieta, exercício, tabagismo, etc.) são muito importantes.

Idade, medicamentos contra o VIH e doenças cardíacas

Os maiores riscos para a doença cardíaca são a dieta, sedentarismo ou falta de exercício e o tabagismo.

Outros fatores de risco incluem a idade (acima dos 45 anos para os homens e acima dos 55 para as mulheres), género (masculino) antecedentes familiares de doenças cardíacas, álcool, tensão alta e diabetes.

Valores elevados de colesterol (e por vezes de triglicéridos) são fatores de risco independentes. Estão também relacionados com a dieta e o exercício.

Os valores de colesterol e de triglicéridos são monitorizados de forma rotineira porque alguns medicamentos podem aumentar os seus níveis.

Não tratar a infeção pelo VIH pode também ser um fator de risco.

No estudo SMART, as pessoas que interromperam o tratamento tinham maior probabilidade de desenvolver doença cardíaca, renal e hepática em comparação

com as pessoas que estavam sempre em tratamento. Este estudo demonstrou que os benefícios do tratamento para a infeção pelo VIH são, regra geral, muito maiores do que um eventual risco adicional de doença cardíaca.

O maior estudo sobre doença cardíaca e o tratamento da infeção pelo VIH (designado por D:A:D) demonstrou que a maioria dos medicamentos antirretrovirais não estão relacionados com doença cardíaca.

No entanto, há duas exceções: o inibidor da protease lopinavir/r (Kaletra®) e o análogo nucleósido abacavir.

É importante conhecer o risco subjacente de doença cardíaca quando se usa um destes dois medicamentos.

Recomenda-se uma avaliação dos fatores de risco cardiovasculares quando se é diagnosticado com infeção pelo VIH, antes de iniciar o tratamento antirretroviral e depois uma vez por ano.

Há programas de avaliação do risco cardiovascular disponíveis gratuitamente na internet. Consultar:

[http://www.chip.dk/TOOLS/
tabid/282/Default.aspx](http://www.chip.dk/TOOLS/tabid/282/Default.aspx)

<http://www.qrisk.org/>

<http://www.qintervention.org/>

A calculadora *q-intervention* também avalia o risco de diabetes tipo 2.

Tal como para a população em geral, recomenda-se às pessoas seropositivas para o VIH uma mudança no estilo de vida de forma a reduzir o risco de doença cardiovascular.

Isto assume maior importância quando outros fatores de risco se acumulam, tornando o risco total mais elevado.

O género é um fator importante para a resposta ao tratamento?

Conhecem-se poucas diferenças no tratamento da infeção pelo VIH nos homens e nas mulheres.

Alguns efeitos secundários podem ser diferentes, mas muitos são bastante semelhantes.

Contudo, os fatores sociais afetam de forma diferente os homens, as mulheres e as pessoas trans e isso também poderá ter implicações no acesso aos cuidados de saúde e tratamentos.

Um deles é que, com a mesma contagem de células CD4, as mulheres podem ter uma carga viral ligeiramente mais baixa do que os homens. Alguns estudos demonstraram que as mulheres correm um risco maior de adoecer do que os homens, com a mesma contagem de células CD4.

Isto pode ser uma razão para as mulheres iniciarem o tratamento mais cedo (com uma contagem de células CD4 superior).

E o tratamento na gravidez?

A infeção pelo VIH pode ser tratada com eficácia durante a gravidez.

Para além disso, o tratamento com terapêutica de combinação suficientemente potente para reduzir a carga viral até não ser detetável, diminui quase completamente o risco de transmissão da infeção pelo VIH ao bebé.

O tratamento durante a gravidez é uma área especializada.

Para mais informações, consultar a brochura “VIH, gravidez e saúde da mulher” do i-Base (www.i-base.info), traduzida e adaptada pelo GAT (www.gatportugal.org).

Pessoas trans e o tratamento para a infeção pelo VIH

O tratamento antirretroviral é seguro e eficaz nas pessoas trans.

O principal cuidado a ter é não tomar uma terapêutica que possa interagir com o tratamento hormonal. O médico deve conhecer as possíveis interações medicamentosas.

Decidir quando iniciar o tratamento

Quando é que se deve iniciar o tratamento?

Esta é uma questão que preocupa todas as pessoas que ainda não começaram o tratamento.

A resposta depende de muitos fatores, incluindo:

- O estado geral de saúde, incluindo outras complicações, tais como coinfeção com tuberculose (TB) ou hepatite viral.
- A contagem e percentagem de células CD4, carga viral e rapidez na evolução destes valores.
- A idade e há quanto tempo se é seropositivo para o VIH.
- A gravidez.
- As linhas orientadoras atuais e os medicamentos disponíveis.
- Se se quiser reduzir o risco de transmissão ao parceiro sexual.

Se não há uma situação de emergência médica (como, por exemplo, uma gravidez ou contagem de células CD4 muito baixas) é também muito importante que a pessoa seropositiva esteja pronta para iniciar o tratamento.

É a pessoa seropositiva que vai ter de tomar os medicamentos, pelo que cabe a esta decidir se quer começar, bem como qual o tratamento que melhor se adapta ao seu estilo de vida.

É importante falar sobre isto com o médico antes de ser necessário o tratamento.

- Deve-se perguntar informações sobre os diferentes medicamentos, incluindo as vantagens e desvantagens de cada um deles.
- É importante ter tempo para pensar naquilo que se quer fazer e não sentir pressa nem pressões para fazer algo que não se entende.
- Se o diagnóstico de infeção pelo VIH é recente, é necessário primeiro lidar com esse facto antes de tomar decisões sobre o início do tratamento. Isto pode não ser possível se a contagem de células CD4 é muito baixa.

Contagem de células CD4 e linhas orientadoras

Todas as linhas orientadoras recomendam o início do tratamento com base na contagem de células CD4.

Quanto mais desce, mais urgente é o seu início. Atualmente, a maioria das linhas orientadoras recomenda tratar qualquer pessoa cuja contagem de células CD4 está abaixo das 350 e a níveis mais elevados se existem outras complicações.

Isto porque:

- Com contagem de células CD4 abaixo das 350 aumenta o perigo de doenças graves.
- O tratamento protege o sistema imunitário e aumenta as hipóteses de se alcançar um nível "normal" de células CD4, acima de 500/ml.

Com contagens pouco abaixo de 350 células CD4 há ainda tempo para perceber as opções disponíveis. Isto é também verdade com uma contagem abaixo das 200 células, uma vez que poucas semanas não fazem uma diferença significativa.

Quanto menor for o número de células CD4 maior é o risco de adiar o tratamento.

Algumas linhas orientadoras (incluindo as dos E.U.A., França e Austrália) recomendam iniciar o tratamento mais cedo, quando a contagem de células CD4 desce abaixo de 500.

As linhas orientadoras portuguesas recomendam também que se considere o início do tratamento, com níveis de células CD4 acima de 350, quando se é diagnosticado com:

- Uma doença relacionada com o VIH.
- Hepatite B ou C.
- Coinfeção com TB.
- Se se quiser reduzir o risco de transmissão ao parceiro sexual.

Algumas linhas de orientação incluem o fator idade, mais de 50 anos, como uma razão para iniciar o tratamento.

Diagnóstico precoce e infeção aguda

É possível perceber se a infeção pelo VIH ocorreu nos últimos seis meses recorrendo a um teste designado por STARHS ou RITA (ou por vezes de um teste de “avidez”).

Saber em que altura ocorreu a infeção torna mais fácil perceber a que velocidade o VIH está a progredir.

Algumas linhas orientadoras só recomendam o tratamento durante a infeção primária em poucas circunstâncias.

- Quando há sintomas graves relacionados com o VIH ou SIDA.
- Quando se confirma que a contagem de células CD4 é inferior a 350.
- Para reduzir o risco de transmissão.
- Em ensaios clínicos.

Usar o tratamento com contagem elevada de células CD4: o estudo START

Um grande estudo internacional, designado por START, está a investigar se é preferível iniciar o tratamento ainda mais cedo – quando a contagem de células CD4 está acima de 500/ml.

É provável que seja um estudo muito importante. Nenhum outro estudo randomizado respondeu a esta questão.

O estudo já atingiu o número de participantes necessários e aguardam-se resultados no final de 2016.

Se se tem uma contagem de células CD4 acima de 500 e se se está interessado num tratamento mais precoce, deve-se falar com o médico.

Entre as vantagens do tratamento mais precoce inclui-se:

- Redução do risco de doenças menos comuns, mas graves, mesmo com níveis relativamente elevados de células CD4.
- Atualmente, os medicamentos usados na maioria dos países ocidentais são mais fáceis de tolerar. Têm menos efeitos secundários, menos comprimidos e menos tomas.
- Ao iniciar o tratamento com um nível mais elevado de células CD4, preserva-se mais o sistema imunitário. Isto aumenta a probabilidade de se alcançar ou manter “níveis normais” (mais de 500 CD4/ml) (ver figura 2).
- A diminuição da infecciosidade da pessoa que faz o tratamento.

No entanto, há riscos e benefícios tanto no início precoce como no adiamento do tratamento. Entre os riscos incluem-se possíveis efeitos secundários e resistência à terapêutica, bem como a necessidade de se fazerem mudanças no estilo de vida para uma melhor adesão. É por esta razão que precisamos das informações do estudo START.



Diagnóstico tardio da infeção pelo VIH e baixa contagem de células CD4

No Reino Unido, metade de todas as pessoas que são atualmente diagnosticadas têm uma contagem de células CD4 inferior a 350/ml. Este é o limiar para começar o tratamento.

Vinte cinco por cento das pessoas são diagnosticadas com uma contagem de células CD4 inferior a 200/ml.

Estes diagnósticos tardios estão relacionados com muitos fatores, incluindo:

- Medo de fazer o teste.
- Negação geral: “nunca me vai acontecer”.
- Medo de estigmatização e preconceito.
- Falta de informação atualizada sobre a infeção pelo VIH e o tratamento.

Algumas pessoas, de todas as faixas etárias, só descobrem que são seropositivas quando adoecem e dão entrada no hospital.

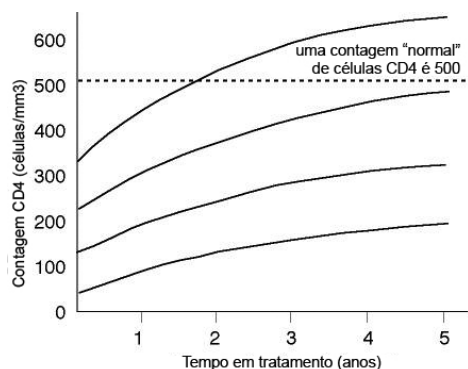
Nestes casos, normalmente o tratamento começa de imediato, especificamente quando a contagem de células CD4 está abaixo de 100/ml.

Se o tratamento for seguido cuidadosamente, as probabilidades de obter bons resultados são boas, mesmo com uma contagem de células muito baixa, até inferior a 10/ml.

A carga viral diminui e a contagem de células CD4 volta a aumentar até níveis mais seguros.

Isto não deve ser visto como uma opção para adiar o tratamento. Iniciá-lo com uma contagem de células CD4 muito baixa pode provocar a reativação de algumas infeções, como, por exemplo, a TB ou o CMV. Esta ativação designa-se por Síndrome Inflamatória da Reconstituição Imunitária (IRIS).

Fig. 2: Aumento médio da contagem de células CD4 com base no valor inicial



Quanto mais elevada for a contagem das células CD4 aquando do início do tratamento maior a probabilidade que esta aumente para níveis normais. Tal pode ser importante quando se está em tratamento durante 20, 30 ou 40 anos porque a contagem de células CD4 baixa à medida que se envelhece.

Este gráfico mostra níveis médios. No entanto, algumas pessoas podem alcançar uma contagem de 500/ml quando começam com uma contagem inferior a 200/ml.

“Fui diagnosticado com VIH em 1994. Tinha carga viral indetetável e contagem de células CD4 acima de 1 600 cópias.

Fui seguido regularmente no Hospital Garcia de Orta, embora só tivesse iniciado a terapêutica antirretroviral (TAR) passados oito anos, e já com a introdução de novas classes de medicamentos.

Por ser coinfetado pelo vírus da hepatite C (VHC), iniciei primeiro o tratamento para o VHC com interferão e ribavirina e, só depois, a TAR.

Mudei quatro vezes de tratamento devido aos efeitos secundários e, atualmente, o meu tratamento consiste na toma de dois comprimidos.

Já passaram dez anos... se me sinto bem? Não sei. Não sei como estaria se não tomasse o meu tratamento. Mas estou bem.”

João, Almada

Por que são diferentes as linhas orientadoras?

Uma das questões nas quais as linhas orientadoras diferem é na melhor altura para iniciar o tratamento para a infeção pelo VIH.

Isto deve-se ao facto de existirem divergências na interpretação dos resultados, embora se usem os mesmos estudos em todas as linhas orientadoras.

- No Reino Unido e em algumas linhas orientadoras europeias, a TAR é recomendada quando a contagem de células CD4 é cerca de 350/ml.
- Nos últimos anos, nos E.U.A., França, Austrália e alguns outros países, este valor subiu para 500/ml.
- As linhas orientadoras dos E.U.A. recomendam o início do tratamento com qualquer contagem de células CD4, mesmo quando esta é superior a 500 células/mm³.

Embora as orientações pretendam destacar a melhor forma de tratar a infeção pelo VIH, estas baseiam-se em interpretações de evidência limitada. No passado, estiveram muitas vezes erradas.

Os resultados do estudo START a decorrer fornecerão melhores dados sobre o tratamento precoce.

“Quando iniciar” – cedo ou tarde

Nos últimos 15 anos têm existido muitas vezes diferenças entre as linhas orientadoras do Reino Unido e dos E.U.A sobre quando iniciar o tratamento.

- Em geral, as orientações do Reino Unido recomendam o tratamento mais tarde, tendo uma maior prudência em relação aos efeitos secundários a longo prazo.
- Agora que o tratamento é mais seguro, as orientações dos E.U.A. estão mais confiantes na recomendação do início precoce do tratamento.

Contudo, as orientações norte-americanas reconhecem também que estas recomendações se baseiam em evidência limitada. Por exemplo, existem poucos dados sobre os potenciais riscos do tratamento precoce com contagens de células CD4 elevadas.

Os potenciais benefícios do tratamento precoce incluem manter uma contagem de células CD4 elevada, redução da ativação imune e talvez uma menor reserva de células “adormecidas”. Também existirá uma redução significativa da infecciosidade em práticas sexuais, por exemplo, no caso de rompimento do preservativo. Todos estes fatores estão por trás das recomendações dos E.U.A..

As linhas orientadoras do Reino Unido reconhecem estes benefícios mas são mais prudentes em relação à pouca informação a respeito dos riscos. Tal deve-se ao facto de muitos estudos em grande escala não revelarem benefícios clínicos a curto prazo num tratamento iniciado com contagens de células CD4 de 350/ml ou superiores.

E se eu quiser iniciar o tratamento mais cedo?

Se se optar pela abordagem norte-americana, é possível iniciar mais cedo o tratamento no Reino Unido.

- As linhas orientadoras do Reino Unido incluem a opção de iniciar o tratamento em qualquer contagem de CD4 se se quiser reduzir o risco de transmissão.
- Portanto, mesmo que existam poucas evidências a respeito dos efeitos diretos sobre a saúde quando o tratamento é iniciado com uma contagem de células CD4 elevada, é ainda assim possível aceder ao mesmo.
- Para tal, é necessário dizer que quer reduzir o grau de infecciosidade para com os seus parceiros sexuais. É preciso afirmar que tal reduzirá a sua ansiedade e a dos seus parceiros e que representará uma melhoria na qualidade de vida.

Tratamento como prevenção

Ter a carga viral indetetável sob TAR reduz a infecciosidade para os parceiros sexuais.

O tratamento para a infeção pelo VIH reduz drasticamente o risco de transmissão. Tal baseia-se em vários estudos de grande escala com indivíduos heterossexuais. Isto não significa que o risco seja nulo mas que é bastante reduzido.

- A maioria das evidências sobre redução de risco vem do estudo PARTNER, cujos primeiros resultados foram reportados em março de 2014.
- Continuam a ser necessários os resultados finais do estudo para se saber quão baixo é o risco de transmissão.
- Embora existam poucos dados sobre relações sexuais anais – homossexuais ou heterossexuais – também se espera que os riscos sejam drasticamente reduzidos.
- A ausência de estudos significa que não sabemos quão baixo é esse risco.
- Portanto, continua a ser recomendável o uso do preservativo. Se um preservativo romper, a probabilidade de transmissão é tão baixa que a maior parte dos hospitais não recomendaria a PPE.

A PPE acontece quando, logo após o risco de contágio, uma pessoa seronegativa toma medicação para o VIH ao longo de um mês de forma a reduzir a hipótese de contrair a infeção.

O tratamento enquanto escolha

As linhas orientadoras do Reino Unido recomendam que as pessoas seropositivas para o VIH possam aceder ao tratamento com qualquer contagem de CD4 para reduzir o risco de transmissão do VIH.

Quer a decisão se baseie na própria saúde ou para reduzir a infecciosidade – ou uma combinação de ambos – é importante que seja uma decisão da própria pessoa.

Deve-se falar com o médico sobre os diferentes riscos e benefícios quando o tratamento está a ser feito para reduzir a infecciosidade.

Saúde pública e privada

O impacto do tratamento na transmissão já está a mudar a forma como o tratamento para o VIH é usado em vários países. Espera-se que o teste para detetar precocemente a infeção pelo VIH e o início precoce do tratamento possam reduzir novas infeções.

Mas estes motivos devem ser claros para as pessoas que decidem iniciar a terapêutica.

- Embora possam existir vantagens ao nível da saúde pública com a expansão do tratamento, a maior parte das novas infeções poderão vir de pessoas ainda por diagnosticar. Tal está associado ao facto de as pessoas terem um maior nível de infecciosidade por terem uma infeção recente ou uma elevada carga viral.
- As pessoas seropositivas já diagnosticadas costumam ter menor probabilidade de transmissão se comparadas com aquelas ainda não diagnosticadas. Estas podem já estar em tratamento, podem estar a usar preservativos de forma consistente, ter parceiros que já são seropositivos para o VIH ou não ser sexualmente ativos.
- Muitas pessoas que vivem com VIH sob TAR gostam de saber que são menos infecciosas. Este é um fator cada vez mais importante na discussão sobre o início do tratamento.
- Por exemplo, uma carga viral indetetável pode reduzir a ansiedade e a preocupação, mesmo quando se usa o preservativo. Também pode reduzir a ansiedade dos parceiros, mesmo quando se trata de algo com o qual sabem lidar.

E os efeitos secundários?

Todos os medicamentos têm algum risco de efeitos secundários. Seria errado fingir que tudo é fácil.

Muitas pessoas preocupam-se com o tratamento devido aos efeitos secundários.

No entanto:

- A maioria dos efeitos secundários é normalmente ligeira.
- Podem ser atenuados com outra medicação mais fácil de usar ou mudando para outros medicamentos.
- Existe apenas um pequeno risco de efeitos secundários graves. Quando ocorrem, devem ser detetados na monitorização regular.
- Em poucas semanas, a maioria das pessoas descobre que o tratamento é muito mais fácil do que estava à espera. A maioria consegue integrar o tratamento na sua vida quotidiana.
- Quando tal não acontece e é necessário mudar de combinação, há uma vasta escolha de medicamentos que provavelmente irão ser mais eficazes.
- É fundamental perguntar ao médico, à enfermeira ou ao farmacêutico especializado na infeção pelo VIH, quais os efeitos secundários mais comuns dos medicamentos que se pretende utilizar.
- Perguntar qual a probabilidade de ocorrência.
- Perguntar quantas pessoas interrompem o tratamento devido a estes (normalmente muito poucas).
- Uma estimativa aproximada dará uma boa indicação sobre o tipo de efeitos secundários.

Efeitos secundários comuns

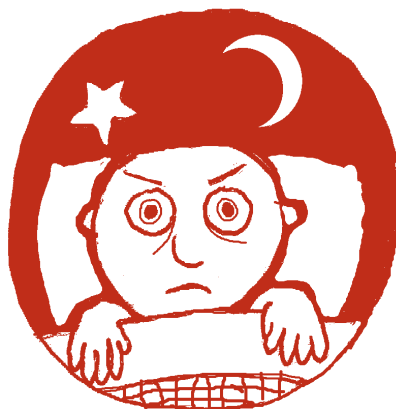
Efeitos secundários como a náusea (sentir vontade de vomitar), diarreia e fadiga são menos comuns com os atuais medicamentos. Normalmente, se ocorrem, tornam-se menos graves após as primeiras semanas.

Muito raramente, a náusea e a fadiga podem ser sintoma de uma outra doença. Por esta razão, deve-se falar com o médico sobre qualquer problema que exista.

Se a primeira medicação para as náuseas ou diarreia não ajudar, deve-se pedir medicamentos mais eficazes.

Um dos medicamentos mais usados, o efavirenze pode afetar os padrões do sono e provocar mudanças de humor. É necessário procurar informação sobre este fármaco antes do início do tratamento. Estes efeitos secundários são, geralmente, mais fortes quando se inicia pela primeira vez o tratamento.

Normalmente, tornam-se mais ligeiros após as primeiras semanas. Se os efeitos secundários persistem, é possível mudar para outro medicamento.



“Eu sei que tenho esta doença desde 2009 e estava a viver em Espanha quando soube. Quando descobri, disseram-me que a doença estava a afetar-me o andar... não conseguia andar e tive que fazer fisioterapia durante quase um ano. Disseram-me que não ia voltar a andar. Comecei logo a tomar os medicamentos e estive durante um tempo internado no hospital.

Desde que vim de Espanha continuei a fazer a mesma medicação. O meu médico de cá sempre me disse que ia voltar a andar... quando tenho alguma dificuldade vou ter com o meu médico e ele ajuda-me. Se for preciso tomar outros comprimidos eu tomo, porque confio no meu médico.

Quando tinha que ir à fisioterapia tive muita dificuldade porque não tinha transporte de ambulância e também não tinha dinheiro, por isso acabava por ir a pé... era longe de minha casa e custava-me muito. Quando entrei para o Serviço de Apoio Domiciliário da Ser+ já tive mais ajuda.”

José, Cascais

Lipodistrofia e mudanças metabólicas

A lipodistrofia refere-se a alterações nas células gordas e na distribuição corporal da gordura. Refere-se, também, a alterações nos níveis de açúcar e de gorduras no sangue (mudanças metabólicas).

Não se conhecem as causas destas alterações nas pessoas mas são menos comuns com os novos medicamentos. Quanto maior for a consciencialização sobre o que é a lipodistrofia, melhor a sua monitorização. As mudanças, regra geral, desenvolvem-se lentamente ao longo de muitos meses.

Se se tem receio, deve-se assegurar que o médico tem estes dados em consideração e que faz algo quanto a isso.

A perda de gordura (dos braços, pernas, face e nádegas) é um efeito raro com os novos medicamentos. O d4t já foi excluído para início do tratamento. O AZT, em Portugal, ainda surge como alternativa em casos especiais.

A acumulação de gordura no estômago ou mamas e/ou ombros e pescoço tem sido relacionada com combinações que incluem inibidores da protease e INNTR.

Sintomas ligeiros podem ser reversíveis se se mudar a medicação. O exercício e alterações na alimentação podem também ser uma opção.

As alterações na gordura do sangue (colesterol e triglicéridos) e níveis de açúcar (glicose) podem estar relacionados com muitos medicamentos e são monitorizados regularmente com análises ao sangue e/ou urina.

A dieta, exercício e mudança no tratamento ou o uso de medicamentos que baixam os lípidos são boas opções.

Outros efeitos secundários

Os efeitos secundários mais graves podem ocorrer com qualquer medicamento, embora sejam raros. Cada medicamento tem o próprio perfil de efeitos secundários.

É, por isso, importante perguntar quais são os potenciais efeitos secundários de todos os medicamentos da combinação escolhida antes de se iniciar o tratamento.

A brochura “VIH e qualidade de vida: guia sobre os efeitos secundários e outras complicações” inclui informações detalhadas sobre os efeitos secundários de cada medicamento:

www.i-base.info/guides (em inglês)

www.gatportugal.org (em português)

Contém, também, informações úteis sobre questões de saúde a longo prazo que podem estar relacionadas tanto com a infeção pelo VIH como com alguns medicamentos usados no tratamento.

A relação com o médico

É essencial desenvolver uma boa relação com o médico e outros profissionais de saúde.

Os enfermeiros e farmacêuticos são uma excelente fonte de apoio e conselhos sobre todos os aspetos do tratamento, incluindo a adesão e efeitos secundários. Eles podem aconselhar outros profissionais, tais como nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais.

Tanto a pessoa seropositiva como todas as pessoas relacionadas com o tratamento têm determinados direitos.

Segue-se uma lista de coisas que se pode fazer e dos direitos das pessoas seropositiva.



Os direitos enquanto doente

- Estar inteiramente envolvido em todas as decisões relativas ao tratamento e cuidados de saúde.
- Ser tratado com respeito e confidencialidade.
- Estar informado acerca de todas as opções de tratamento, incluindo riscos e benefícios de cada opção.
- O médico ou enfermeira devem explicar os resultados das análises ou dos exames.
- Ter os registos guardados em segurança e disponíveis para consulta a pedido.
- Decidir ou recusar participar em ensaios clínicos, sem que isto afete os cuidados de saúde presentes e futuros.
- Poder apresentar queixa e ver a reclamação totalmente investigada sem que isto afete os cuidados futuros.
- Receber uma segunda opinião de um médico com qualificações adequadas.
- Receber uma resposta por escrito dentro do prazo legal a qualquer carta dirigida ao hospital ou clínica.
- Mudar de médico ou de hospital sem que isto afete os cuidados de saúde futuros. A pessoa seropositiva não é obrigada a fornecer uma razão para mudar de médico ou de hospital, embora essas razões possam ajudar a resolver um problema se tiver ocorrido um mal-entendido.
- Reencaminhamento de todos os resultados das análises e um resumo do processo clínico para o novo médico ou hospital.

Dicas que podem ajudar

- Se possível, escolher um hospital acessível e no qual se sinta bem.
- Escolher um/a médico/a com quem se sinta à vontade.
- Fazer uma lista dos assuntos que se pretende discutir com o médico e levá-la para a consulta.
- É importante ser visto sempre pelo mesmo médico, pois é muito difícil desenvolver uma boa relação se se for a um médico diferente a cada consulta. No entanto, uma vez que a relação está estabelecida, pode ser uma vantagem ver por vezes um médico diferente porque pode dar uma opinião ou perspectiva diferentes.
- As colheitas de sangue de rotina devem ser realizadas 2-3 semanas antes da consulta marcada, para que os resultados estejam disponíveis no dia da consulta.
- Ser pontual às consultas e avisar o hospital se não for possível chegar a horas. A vaga pode ser dada a outro doente.
- Tratar todas as pessoas envolvidas no tratamento com o mesmo respeito com que se gosta de ser tratado.
- Ouvir atentamente os conselhos de saúde recebidos e pô-los em prática. Pode ser preciso tomar notas.
- Se não se compreende qualquer coisa, pedir ao médico para voltar a explicá-la de outra forma.
- Ser honesto com a equipa clínica. Fornecer toda a informação sobre todos os medicamentos e outras substâncias que se está a tomar, sejam legais como o álcool, ilegais ou complementares.
- Ser honesto quanto ao nível de adesão. Se a equipa não souber que há problemas, não pode ajudar.

Adesão e sua importância

O que é a adesão?

Adesão é um termo usado para descrever o facto de os medicamentos serem tomados exatamente como prescritos. Isto inclui tomá-los à hora certa e seguir todas as restrições dietéticas.

A adesão é o fator mais importante a ter em conta quando se começa a fazer um tratamento.

Assegura que todos os medicamentos têm níveis suficientemente altos para manter o vírus sob controlo 24 horas por dia. Se os níveis baixam demais o risco de resistências aumenta.

A adesão pode ser um desafio. Pode-se precisar de apoio para a adaptação à mudança que o tratamento provoca no quotidiano. Desenvolver uma rotina ou plano diário pode ajudar muito.

É aconselhável iniciar o tratamento quando se tem o tempo ou a calma necessária para o período de adaptação.

Durante as primeiras semanas nada deverá ser mais prioritário do que a habituação ao tratamento.

Como avaliar se a adesão é suficiente?

Infelizmente, o melhor objetivo continua a ser “quase 100%”. . . Até o facto de saltar uma ou duas doses por semana pode provocar a falência terapêutica de alguns medicamentos.

Tomar a medicação à hora certa é muito importante. No entanto, há geralmente um período de cerca de uma hora em que se pode tomar um medicamento esquecido. Para alguns medicamentos (e algumas pessoas) este período pode ser maior.

Devido a estas variações, é melhor ter como objetivo tomar os medicamentos todos os dias, sempre à mesma hora. Quando a carga viral fica indetetável, pode existir

alguma flexibilidade, mas continua a ser importante uma boa adesão à terapêutica.

As restrições dietéticas são também importantes. Ignorá-las pode ser igual a tomar meia dose. Isto porque não se irá absorver uma quantidade suficiente do medicamento para que atue apropriadamente.

Sugestões

- Escolher um tratamento possível de gerir. Reunir todas as informações importantes antes de iniciar o tratamento: Quantos comprimidos? Qual o tamanho? Com que frequência é necessário tomá-los? Qual a exatidão necessária com o horário? Existem restrições aos alimentos ou à conservação? Existem opções mais fáceis?
- Utilizar o quadro da página 27. Durante as primeiras semanas marcar cada toma e a respetiva hora.
- Contactar o hospital se não se conseguir lidar com os efeitos secundários, para que possam ser receitados medicamentos adicionais ou alterar o tratamento, se for necessário.
- Utilizar uma caixa de comprimidos diária ou semanal, para que se possa sempre verificar se se falhou alguma toma.
- Utilizar um despertador ou o telemóvel tanto para as doses da manhã como para as da noite. Pode ser melhor ajustar a hora do toque para depois da hora certa assim é um lembrete e não algo de que se depende.
- Levar medicamentos a mais para períodos de férias. Estar preparado para o caso de os voos ou outros programas de viagem serem alterados.

- Guardar alguma medicação de reserva para ter numa situação de emergência. Pode ser guardada no emprego ou em casa de amigos, por exemplo.
- Pedir ajuda aos amigos para não falhar os horários difíceis ou quando se sai à noite.
- Se se tiver amigos em tratamento, perguntar-lhes como fazem com a medicação (e que tal se estão a dar ou se têm alguma sugestão). As associações de apoio às pessoas seropositivas podem pôr em contacto pessoas que já estão a fazer o mesmo tratamento, se se pensar que isso pode ajudar.
- Pedir ao médico uma receita de medicamentos para controlar as náuseas e diarreia. Estes são os feitos secundários mais comuns no início da terapêutica.
- Muitas combinações são tomadas uma vez por dia. Isto geralmente significa que as doses são tomadas de 24 em 24 horas. Os medicamentos de duas tomas por dia são tomados de 12 em 12 horas.
- Não tomar uma dose diária pode ser mais grave do que não tomar duas doses diárias. A adesão é especialmente importante nas combinações de toma única.

E se se falhar a toma dos comprimidos?

Quase toda a gente se esquece ou atrasa uma toma de vez em quando.

No entanto, existe uma diferença entre falhar uma dose ocasionalmente e esquecer uma toma diária ou semanalmente.

- É necessário avaliar com muita precisão o grau da adesão ao tratamento.
- Se a adesão não é boa, é preciso procurar mais apoio.

Se as tomas são muito irregulares ou se se esquece completamente, deve-se falar com o médico.

Pode ser que exista uma outra combinação mais fácil de tomar.

É necessário seguir diariamente o regime - tanto durante o fim de semana como em todas as diversas situações da vida.

Há sempre formas para evitar esquecer as doses.

Fazer pausas na medicação é uma forma arriscada de seguir o tratamento.

Assim que se percebe que se falhou uma toma, deve-se ingeri-la logo que possível.

MAS, se isso só acontecer perto da próxima toma, não se deve ingerir as duas tomas em simultâneo ou próximas uma da outra.

Diário de adesão

Utilizar o quadro abaixo para marcar cada dose tomada durante as primeiras semanas. Isto ajudará a saber se se tomou a dose ou se se atrasou ou falhou a toma. É muito importante conseguir tomar todas as doses à hora certa desde o início.

Data do início da semana _____

	Medicamentos e hora (manhã)	Medicamentos e hora (tarde)
Segunda		
Terça		
Quarta		
Quinta		
Sexta		
Sábado		
Domingo		

Data no início da semana _____

	Medicamentos e hora (manhã)	Medicamentos e hora (tarde)
Segunda		
Terça		
Quarta		
Quinta		
Sexta		
Sábado		
Domingo		

Resistências

O que são as resistências?

As resistências aos medicamentos para a infeção pelo VIH ocorrem quando a estrutura do vírus sofre ligeiras alterações que impedem o tratamento de funcionar.

Estas mudanças chamam-se mutações.

- O risco de resistências é mais elevado quando os níveis de um medicamento no organismo são baixos. Geralmente isto ocorre apenas quando se salta doses ou na interrupção do tratamento.
- Não se podem desenvolver resistências se não se iniciou o tratamento ou se se interrompeu há várias semanas.
- É possível estar infetado (ou reinfetado) com uma estirpe do VIH que já é resistente a alguns ou a todos os medicamentos antirretrovirais.

Por esta razão, todas as pessoas devem fazer um teste de resistência quando são diagnosticadas ou antes de iniciar o tratamento.

Como se desenvolvem as resistências?

As mutações que levam ao aparecimento de resistências aos medicamentos desenvolvem-se, em geral, quando a pessoa seropositiva mantém a combinação antirretroviral tendo uma carga viral detetável.

Se a carga viral continuar acima das 500 cópias/ml após 2 ou 3 meses ou acima das 50 cópias após 6 meses é possível que se tenham desenvolvido resistências e pode ser necessário mudar de tratamento.

O médico deve analisar atentamente a situação para compreender qual a razão dos resultados. Será discutida com o doente a forma como a adesão e os efeitos secundários estão a ser geridos. Podem ser feitos testes de resistências e, possivelmente, um teste de doseamento dos níveis dos medicamentos que, no entanto, não está disponível em todos os locais do país.

As resistências podem desenvolver-se mesmo com níveis da carga viral entre 50 e 500 cópias/ml.

Devem-se fazer testes da carga viral quatro semanas após o início ou mudança de tratamento. Quando se está em tratamento, deve-se verificar a carga viral de três em três meses.

O que acontece se a carga viral volta a subir?

Se a carga viral aumentou, deve-se fazer um segundo teste para confirmar os resultados.

Frequentemente, pequenos aumentos devem-se a erros no teste. Pode-se, também, ter pequenos aumentos que voltam a descer e são designados por “blips”.

O segundo teste verifica o que se passa. Se a combinação não está a funcionar, reduz-se o risco de mais resistências monitorizando precocemente a estirpe.

A resposta ao segundo tratamento é melhor se se mudar de tratamento quando os níveis da carga viral estão ainda baixos.

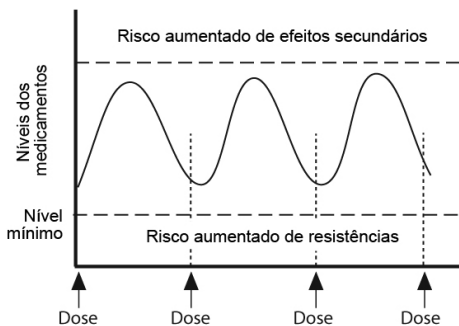
Como se pode evitar o desenvolvimento de resistências?

A melhor maneira de evitar resistências é tomar todos os medicamentos à hora certa, todos os dias. No entanto, é também necessário usar uma combinação que seja suficientemente potente para controlar o vírus.

É mais importante evitar resistências do que aumentar a contagem das células CD4, uma vez que ao evitar as resistências o tratamento é eficaz a longo prazo.

Quando se consegue baixar a carga viral para menos de 50 cópias/ml reduz-se drasticamente o risco de resistências.

Fig. 3: Níveis dos medicamentos com uma boa adesão



As doses dos medicamentos são calculadas de modo a que a média dos níveis de medicamento seja suficientemente elevada para ser ativa contra o VIH, sem correr o risco de resistências, 24 horas por dia, e baixa o suficiente para minimizar o risco de efeitos secundários.

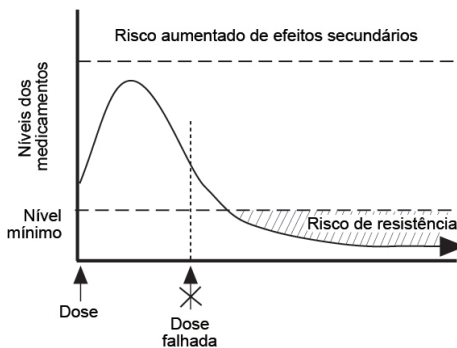
Além disso, para quem inicia o tratamento pela primeira vez e toma todas as doses à hora certa, a carga viral indetetável (abaixo de 50 cópias) é um objetivo realista.

O que é resistência cruzada?

Fala-se de resistência cruzada quando a resistência a um medicamento provoca resistência a outros medicamentos semelhantes, mesmo que nunca tenham sido tomados. Isto ocorre especialmente entre os medicamentos da mesma classe.

Assim, se se desenvolver resistência a um INNTR, como o efavirenz, é possível que se tenha desenvolvido também resistências a outros INNTR, como a nevirapina.

Fig. 4: Uma dose falhada ou atrasada aumenta o risco de resistência



Falhar ou atrasar uma dose resulta na descida dos níveis dos medicamentos para um nível onde se pode desenvolver resistências.

Quantas mais vezes se falhar ou atrasar uma dose, maior a possibilidade de isto ocorrer.

Que medicamentos, que combinação?



© Beth Higgins

Principais classes de medicamentos para o VIH

Há seis principais classes de medicamentos que atuam em diferentes fases do ciclo de vida do VIH (ver Tabela 1, figura 5 e o guia dos medicamentos em anexo).

Tabela 1: principais famílias de medicamentos

Abreviatura	Nome
INTR	Inibidores nucleósidos ou nucleótidos da transcriptase reversa ou análogos nucleósidos ou nucleótidos
INNTR	Inibidores Não-Nucleósidos da Transcriptase Reversa
IP	Inibidores da Protease
IE	Inibidores Entrada – os inibidores do CCR5 são, também, inibidores de entrada
Inibidores o CCR5	Os inibidores do CCR5 são um tipo de inibidores de entrada
II	Inibidores da Integrase

Com mais de 26 medicamentos para a infeção pelo VIH, há centenas de potenciais escolhas. No entanto, apenas algumas combinações são recomendadas para o tratamento de primeira linha.

Qual é a melhor combinação?

Não há uma resposta para esta pergunta. Isto porque os medicamentos que são bem tolerados por uma pessoa podem ser mais difíceis para outra.

Qualquer combinação deve ser:

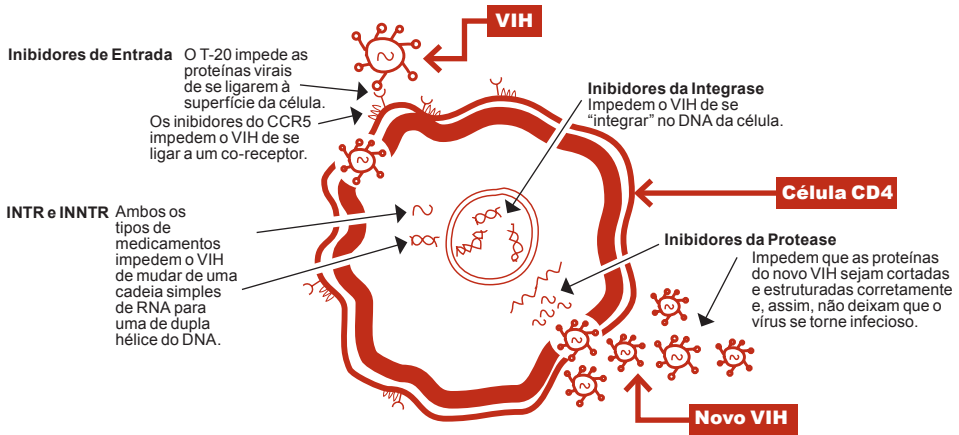
- Potente o suficiente para reduzir a carga viral para níveis indetetáveis.
- Tolerável, cujo plano diário possa ser seguido e cujas restrições dietéticas consigam ser cumpridas.

As linhas de orientação recomendam algumas combinações no início da terapêutica. As mais usadas são apresentadas nas páginas seguintes.

O médico irá discutir com a pessoa seropositiva quais as combinações com maior probabilidade de reduzir a carga viral para níveis indetetáveis. Quando uma pessoa já tomou medicamentos contra o VIH ou tem resistências, terá menos escolhas.

Fig. 5: ciclo de vida do VIH – os diferentes modos de atuação dos medicamentos

Cada célula CD4 é usada para produzir centenas de cópias do VIH.
Diferentes medicamentos bloqueiam diferentes fases do ciclo de vida do VIH.



Deve-se pedir informação sobre os horários de toma, o tamanho dos comprimidos e os efeitos secundários. Isto ajudará a encontrar uma combinação que seja adequada.

Primeira combinação

As linhas orientadoras portuguesas recomendam iniciar o tratamento com dois nucleósidos ou nucleótidos mais um terceiro medicamento. As recomendações de 2012 estão resumidas na Tabela 1.

Os dois nucleósidos ou nucleótidos

Os nucleósidos ou nucleótidos são a primeira família de medicamentos ARV inventada. Continuam a ser a base da maioria das combinações de ARV.

Várias formulações combinam dois destes medicamentos num único comprimido. Um é designado por Truvada® (tenofovir + FTC) e o outro por Kivexa® (abacavir + 3TC).

As linhas de orientação do Reino Unido recomendam o Truvada® como a melhor escolha para a maioria das pessoas. Sugerem o Kivexa® como uma alternativa.

Estes medicamentos são de toma única diária. Regra geral, são fáceis de tolerar com um risco baixo de efeitos secundários graves.

Nenhum destes provoca perda de gordura (lipoatrofia), dores neurológicas (neuropatia) ou destruição de glóbulos vermelhos (anemia).

Tabela 1: opções de primeira linha

	Preferida	Alternativa
Dois nucleósidos/nucleótidos	Tenofovir + FTC (Truvada®)	Abacavir+3TC (Kivexa®)
Mais um terceiro medicamento	Efavirenze (INTR) ou atazanavir (IP potenciado) ou darunavir (IP potenciado) ou raltegravir (inibidor da integrase)	Lopinavir/r (IP potenciado) ou fosamprenavir/r (IP potenciado) ou nevirapina (INTR) ou rilpivirina (INTR)

O tenofovir é processado pelos rins. Por esta razão, quando se usa este medicamento, a função renal é monitorizada.

É também necessário ter cuidado com outros medicamentos que podem afetar estes órgãos.

Durante os primeiros 6 meses o tenofovir pode causar uma pequena diminuição na densidade mineral óssea mas não parece aumentar qualquer risco de doença óssea com um uso mais prolongado. Isto significa que o tenofovir pode não ser recomendado quando já existem problemas renais e ósseos.

O FTC (emtricitabina) é, regra geral, um medicamento muito fácil de tolerar.

Foi reportada uma ligeira irritação nas palmas das mãos em cerca de 10% das pessoas negras. Hoje em dia é considerado menos comum.

O FTC é muito semelhante ao 3TC, mas pode ter pequenas vantagens relativamente à adesão, dado que os níveis do medicamento mantêm-se mais elevados durante mais tempo.

O 3TC (lamivudina) é muito semelhante ao FTC. Quando os nucleósidos/nucleótidos são prescritos separadamente (em vez de um comprimido de combinação) tanto o FTC como o 3TC podem ser usados. O 3TC foi aprovado na década de 90 e as suas versões genéricas podem ser menos dispendiosas.

O abacavir não deve ser usado quando a carga viral está acima das 100 000 cópias/ml.

Alguns estudos demonstraram que o risco de doença cardíaca aumentou nas pessoas que tinham uma maior propensão para problemas cardíacos. Tal não foi reportado nas pessoas de baixo risco.

O abacavir pode causar uma reação de hipersensibilidade. No entanto, usa-se um teste genético de rotina designado por HLAB*5701. Quando uma pessoa tem um resultado negativo o risco de ocorrência desta reação é muito reduzido.

Os sintomas de hipersensibilidade incluem febre, irritação cutânea, dores de cabeça, dores de garganta, diarreia, dores abdominais, cansaço, náuseas, vômitos e sintomas semelhantes à gripe que se agravam a cada dia que passa.

Qualquer pessoa que tenha estes sintomas deve procurar urgentemente apoio médico tendo em vista a interrupção da toma deste medicamento.

Uma vez interrompido, o abacavir nunca mais deverá ser usado novamente.

Outros nucleósidos/nucleótidos: d4T, ddl e AZT

Os nucleósidos/nucleótidos que já não são recomendados para o tratamento de primeira linha são o d4T (estavudina), ddl (didanosina) e AZT (zidovudina).

Estes medicamentos ainda podem ser usados em certas circunstâncias, por exemplo quando um doente tem resistências a outros medicamentos. O AZT co formulado com o 3TC num comprimido de combinação designado por Combivir®.

Combinações triplas de nucleósidos

As combinações triplas de nucleósidos não são recomendadas no tratamento de primeira linha por serem menos eficazes.

A principal razão para o uso de uma combinação tripla de nucleósidos é a redução dos efeitos secundários relacionados com os IP ou INNTR ou se houver interações entre estes medicamentos e outra medicação (i.e. para a TB).

Nucleósidos que não podem ser usados em conjunto

Embora um nucleósido possa, frequentemente, ser substituído por um outro, o quadro abaixo apresenta algumas combinações que não podem ser usadas.

Quadro 1: Nucleósidos que não podem ser combinados

AZT e d4T*	Nunca
3TC e FTC	Nunca
abacavir e tenofovir	Especialmente com um INNTR
abacavir e tenofovir	Numa combinação de 3 medicamentos
d4T e ddl	Nunca durante a gravidez
Combinações de 3 ITRNs	Apenas duas combinações: AZT+3TC+abacavir ou AZT+3TC+tenofovir podem ser usadas. Outras têm um elevado risco de falência terapêutica.

*o d4T (estavudina) é pouco utilizado por causa de um risco mais elevado de efeitos secundários. Infelizmente, é ainda muito usado nos países em desenvolvimento.

Outras escolhas para o terceiro medicamento

Há cinco escolhas nas linhas orientadoras nacionais para formar a combinação:

- efavirenze (INNTR) ou
- nevirapina (INNTR, recomenda-se em associação com o truvada) ou
- atazanavir/r (IP potenciado) ou
- darunavir/r (IP potenciado) ou
- raltegravir (inibidor da integrase)

Estes cinco medicamentos produziram resultados semelhantes nos estudos de investigação. As diferenças entre estes medicamentos podem ser importantes dependendo das circunstâncias individuais de cada pessoa.

Todas as combinações têm sido associadas a um baixo risco de efeitos secundários, como náusea e diarreia, que são geralmente ligeiros ou fáceis de gerir.

Todos os tipos de medicamentos para a infeção pelo VIH têm sido também relacionados a aumentos de gordura em algumas pessoas. Isto pode ser menos comum com os medicamentos modernos.

Quando se tem um problema com um destes medicamentos é mais fácil mudar para um outro. Dado que têm uma eficácia semelhante, a escolha de como usá-los pode estar relacionada com os custos dos medicamentos.



“A 26 de dezembro de 1985, enquanto dador de sangue, solicitei que fosse feito teste de despistagem para o VIH. Em março de 1986 foi-me comunicado através do serviço de sangue do Hospital de Santa Maria que devia estar presente com uma médica para uma reunião. Essa médica teve alguma dificuldade em dizer o meu estado serológico, já que na altura era necessário assinar um documento de consentimento informado, pelo que após assinatura do mesmo me informaram de que era portador do VIH. Fui levado à presença de um médico no serviço de infetocontagiosas.

Passei a ser seguido clinicamente nesse serviço e em 1988, aquando da minha ida para o Porto a fim de estudar na Faculdade de Belas Artes, fui transferido para a mesma consulta no Hospital de São João, sendo seguido até início de 1995. Em 1990, dado que os valores de CD4 estavam baixos, comecei a tomar medicação para o VIH, que na altura, era somente o AZT. Passado algum tempo uma nova medicação, o DDI, em comprimidos, pelo que passei a tomar este em conjunto com AZT, mas que não faziam aumentar o número de células CD4, bem pelo contrário, continuavam a baixar.

No início de 1995 comecei a ter dores na zona circundante do abdominal e apesar de em várias ecografias não aparecer nada, continuei a tomar a

mesma medicação até que em junho/julho desse ano e após insistência da médica onde ia fazer as ecos, esta me enviou para o Hospital de Santa Maria, em Lisboa, para fazer um estudo mais profundo no departamento de imagiologia. Uma semana depois era-me diagnosticado um Linfoma de Hodgkin. Comecei de imediato a fazer quimioterapia.

Em finais de 1996, embora com baixos valores de células CD4, cerca de 84, fui aconselhado pela minha médica a começar um novo tratamento com a nova terapêutica que incluía o d4t, 3tc e indinavir. No ano imediato e na consulta seguinte, a contagem de células CD4 já tinham subido acima de 100.

Daí para cá já terminei de tomar esta terapêutica tendo sido substituída por uma mais eficaz e com menos efeitos secundários. Atualmente tomo dois comprimidos diários: o truvada e viramune. Durante estes 27 anos como portador do VIH, a vida sempre sofreu altos e baixos, mas a esperança depositada em melhoria de vida, através de objetivos como o de terminar o curso de Belas Artes, fundar a associação Positivo, lutar pela melhoria de qualidade de vida das pessoas seropositivas e dar apoio, tem-me dado força para continuar a estar vivo e a manter o foco do meu envolvimento desde 1989 nesta causa pelas pessoas portadoras de VIH/Sida que não podem dar a cara”.

Amílcar, Lisboa

Efavirenze – INTR

O efavirenze é um INTR de uma única toma diária. Está também disponível num único comprimido de combinação com o tenofovir e o FTC designado por Atripla®.

Esta combinação tem sido muito recomendada em todo o mundo durante muitos anos.

Os principais efeitos secundários do efavirenze estão relacionados com o Sistema Nervoso Central (SNC). Incluem alterações de humor como ansiedade, euforia, depressão e distúrbios do sono, nomeadamente sonhos vívidos e pesadelos.

Estes efeitos aparecem na maioria das pessoas que começam o efavirenze pela primeira vez e geralmente diminuem ou desaparecem alguns dias ou semanas depois.

Cerca de 10-20% das pessoas interrompem o tratamento com efavirenze devido ao efeito geral sobre a sua qualidade de vida.

Os efeitos secundários mais graves são mais raros. Menos de 3% das pessoas têm sintomas psiquiátricos mais graves, mas é importante mudar para um medicamento alternativo quando isto acontece.

Antes de iniciar o tratamento com efavirenze, o médico deve fornecer ao doente informações específicas sobre os efeitos secundários.

Pela primeira vez as linhas orientadoras afirmam que o efavirenze pode ser usado durante a gravidez ou em mulheres que estão a tentar engravidar. Até agora isto não era recomendado.

Ritonavir – IP potenciados

As duas combinações de IP recomendadas são o atazanavir/r e o darunavir/r. Ambos precisam de ser potenciados. Atualmente existe apenas um potenciador, portanto o “r” é a letra inicial de ritonavir.

O ritonavir é administrado num comprimido separado.

A dose pequena de ritonavir proporciona melhores níveis do medicamento, diminuindo o risco de resistências. Reduz também o número de comprimidos e as exigências de dieta em relação aos IPs não potenciados.

Os principais efeitos secundários do ritonavir são a má disposição intestinal, diarreia e náusea.

Estes costumam ser ligeiros e fáceis de gerir, por exemplo, usando a loperamida *Imodium*® para a diarreia. O ritonavir pode aumentar o colesterol e os triglicéridos.

O atazanavir/r é um IP de uma única toma diária. A dose diária é de 300 mg (numa única cápsula de 300 mg ou duas cápsulas de 150 mg) potenciados com 100 mg de ritonavir.

O atazanavir é, regra geral, um medicamento bem tolerado com poucos efeitos secundários.

O efeito secundário principal é o possível aumento dos níveis da bilirrubina.

Isto pode resultar em olhos ou pele ligeiramente amarelos. Não provoca danos, a não ser que os níveis se tornem muito altos (mais de cinco vezes acima do limite normal).

No entanto, pode ser desconcertante e cerca de 1 em 10 pessoas muda para um medicamento alternativo por esta razão.

Nestes casos o ritonavir pode não ser necessário. Algumas pessoas usam uma dose mais elevada de atazanavir (400 mg) sem ritonavir. Neste caso, os níveis dos medicamentos devem ser controlados usando a monitorização terapêutica dos fármacos (TDM).

O atazanavir não potenciado não deve ser usado em combinação com tenofovir.

O atazanavir também pode interagir com alguns medicamentos antiácidos vendidos sem receita (designados por inibidores da bomba de prótons).

O **darunavir/r** é um IP que é usado principalmente numa única toma diária (800 mg mais 100 mg de ritonavir) quando não se tem qualquer resistência aos medicamentos.

Costuma ser tomado em duas doses diárias (600 mg mais 100 mg de ritonavir) quando se tem resistências a outros medicamentos.

O darunavir é, regra geral, um medicamento fácil de tolerar. Entre os efeitos secundários inclui-se a irritação cutânea, a diarreia e alterações dos lípidos.

Inibidores da integrase

O raltegravir é um inibidor da integrase que é usado duas vezes por dia.

Tem provavelmente menos efeitos secundários se comparado com outras opções de primeira linha. Não tem nenhum dos efeitos secundários relacionados com o SNC. Além disso, tem menos efeitos secundários relacionados com o ritonavir tais como náuseas, diarreia e alterações dos lípidos.

No entanto, o raltegravir é menos usado em Portugal por ser mais caro que outras opções.

Opções alternativas de primeira linha

Os medicamentos recomendados como alternativas nas linhas orientadoras portuguesas já foram extensamente usados em todo o mundo no passado e continuam a ser boas opções.

Nevirapina

A nevirapina é semelhante ao efavirenze mas tem um risco ligeiramente mais elevado de efeitos secundários muito graves.

Isto inclui uma irritação cutânea designada por Síndrome de *Stevens-Johnson* (SSJ) e toxicidade hepática (ambas podem ser fatais). No entanto, não causa alterações do humor e do sono.

Este risco significa que a nevirapina não é recomendada para as pessoas coinfectadas pelo VHC/VIH.

Os efeitos secundários ocorrem geralmente nos dois primeiros meses de tratamento. No entanto, a nevirapina costuma ser fácil de tomar para as pessoas que não têm estas reações.

O tratamento com nevirapina apenas pode ser iniciado por mulheres com contagem de células CD4 inferior a 250/ml ou por homens com uma contagem de células inferior a 400/ml.

Deve-se iniciar a nevirapina com 200 mg uma vez por dia nas primeiras duas semanas e, se não aparecer *rash* cutâneo, aumentar a dose para 200 mg duas vezes por dia.

Qualquer tipo de *rash* deve ser reportado ao médico o mais rapidamente possível.

Em 2012, foi disponibilizada uma nova formulação de nevirapina de uma única toma diária de 400 mg. Pode apenas ser usada após as primeiras duas semanas de introdução.

O lopinavir/r (Kaletra®) e o fosamprenavir/r são alternativas.

Estes dois medicamentos são menos usados do que os outros IP porque os seus resultados nos estudos são menos bons.

Podem ser úteis quando não se tolera outras opções.

O Kaletra® não precisa de uma dose separada de ritonavir porque este está incluído no mesmo comprimido.

A rilpivirina foi aprovada em 2011 como medicamento de primeira linha.

No entanto, está apenas aprovado para as pessoas que têm uma carga viral inferior a 100 000/ml quando iniciam o tratamento.

É um INNTR que deve ser tomado com comida.

Tem efeitos secundários semelhantes ao efavirenze e um risco mais elevado de resistências graves.

O Eviplera® é um comprimido de três medicamentos co formulados, de uma única toma diária que combina a rilpivirina com o Truvada®.

Abordagens não padronizadas

Por vezes, são usadas outras opções alternativas aos dois nucleósidos com um INNTR ou um IP potenciado. Isto apenas acontece em circunstâncias específicas ou na investigação.

Alguns estudos não usam os nucleósidos/nucleótidos. Podem usar apenas darunavir potenciado ou um IP potenciado com um INNTR ou um inibidor da integrase ou o 3TC.

Quando se está a usar uma combinação pouco comum que está a obter resultados eficazes não é necessário mudar de tratamento se não existirem razões válidas para tal. Se existe alguma incerteza sobre os medicamentos que se está a usar recomenda-se falar com o médico.

Outros medicamentos que são por vezes usados

O maraviroc (um inibidor do CCR5) é apenas usado, regra geral, no tratamento de segunda linha ou em estudos. Antes de usar o maraviroc é necessário que o doente faça um teste para verificar se a estirpe do VIH pela qual é infetado usa o co-receptor CCR5.

A etravirina é usada quando existem resistências ao efavirenze ou à nevirapina. Tem sido também estudada e usada como alternativa para as pessoas que têm efeitos secundários com o efavirenze.

O tipranavir/r e o T-20 (enfuvirtida) são apenas usados por pessoas com resistências múltiplas aos medicamentos.

“Fui diagnosticado em 1996, durante o internamento hospitalar. Tinha 36 anos e não tinha forças para andar.

Durante mais de cinco anos, fui várias vezes aos médicos e serviços de saúde e nunca ninguém me propôs fazer o teste do VIH: diziam que estava deprimido.

Nas primeiras análises, tinha 2 CD4, além de ter pneumonia, retinite por citomegalovírus e diagnóstico de SIDA C3 (o último).

Fiquei muito aliviado porque já tinha uma razão concreta para me sentir doente. Como a maioria das pessoas nessa época, não sabia que 1996 marcou a revolução nos tratamentos.

O início da minha terapêutica foi com 31 comprimidos por dia, 10 tomas diárias, com restrições alimentares.

Funcionou, e já trabalhei mais nestes 17 anos do que nos 36 anos anteriores. Deixei de beber álcool, deixei de consumir drogas e decidi que precisava de alguma forma contribuir para o acesso aos melhores medicamentos para todas as pessoas.

Hoje em dia, os medicamentos existentes são eficazes, fáceis de tomar e seguros. Este progresso não teria sido possível sem o contributo das pessoas que vivem com VIH e SIDA. Agora falta que os preços e os governos garantam o acesso a todos aqueles que precisam.”

Luís, Portinho da Arrábida

Genéricos ARV

Quando um medicamento é aprovado, a companhia farmacêutica que o desenvolveu recebe uma licença que lhes permite ser a única fabricante. Tal costuma garantir um lucro durante 10 a 15 anos pelos custos de investimento na produção do medicamento.

Uma vez expirada a patente, as outras empresas podem fabricar o mesmo medicamento. Estes são designados de medicamentos genéricos.

- No Reino Unido, 60 a 85% de todas as receitas são de genéricos.
- Esta poupança permite que o SNS continue a fornecer cuidados de saúde gratuitos.
- Alguns medicamentos antirretrovirais ainda muito usados já perderam ou perderão a patente. Isto inclui o 3TC, a nevirapina e o efavirenze.

Tal como noutras áreas da saúde, é provável que o SNS passe a receitar medicamentos genéricos, a não ser que os fabricantes iniciais também desçam os preços.

- Os medicamentos genéricos são regulados com o mesmo cuidado que os medicamentos originais. São o mesmo produto de alta qualidade com os mesmos componentes ativos.
- Os medicamentos genéricos são tão eficazes como os originais de marca.
- Os medicamentos genéricos geralmente têm um formato e/ou cor diferentes do medicamento de marca. Usam uma embalagem diferente e têm fabricantes e marcas diferentes mas os componentes ativos são os mesmos.

O seu médico ou farmacêutico deve sempre informá-lo quando mudar para um medicamento genérico.

O impacto dos medicamentos genéricos em combinações de um só comprimido

A oferta de medicamentos genéricos pode reduzir o uso de comprimidos de combinação, como o Atripla®, Eviplera®, Kivexa® e Truvada®.

A não ser que o preço dos medicamentos de combinação sejam reduzidos para refletirem o preço reduzido dos componentes que têm equivalentes genéricos, é provável que sejam prescritos medicamentos individuais ao invés de comprimidos de combinação.

Dependendo da combinação, é provável que isto aumente a toma diária em um ou dois comprimidos.

Embora seja menos conveniente, as poupanças permitirão que serviços importantes na área do VIH continuem a funcionar.

Se estiver preocupado com as mudanças no seu tratamento, fale com o seu médico ou grupo de apoio.

Historial do tratamento

As próximas páginas são reservadas para o registo de informações importantes sobre o tratamento e historial.

Porque é importante manter o registo de tratamento?

Manter um registo do tratamento pode ajudar:

- A perceber a própria saúde e o tratamento.
- Se o médico for para outro hospital.
- Quando se fala com um outro profissional de saúde ou linha de apoio para o tratamento.
- Se se muda de hospital ou clínica.
- Quando se quer uma outra opinião.
- Quando se está de férias ou no estrangeiro ou se se quer mudar de cidade/país.

Qualquer escolha de tratamento para futuros cuidados de saúde está relacionada com o historial prévio do tratamento.

Isso inclui resultados de análises ao sangue, tais como a contagem de células CD4, carga viral e testes de resistências, bem como o historial dos medicamentos usados e a razão da mudança.

À medida que o tratamento melhora, pode-se precisar destes registos daqui a 20 anos ou mais, e o sucesso do novo tratamento pode depender do tratamento anterior.

Este registo é importante. Quando se muda de hospital deve-se pedir ao médico para enviar os registos médicos.

Estas páginas vão ajudar a criar um registo útil com todas estas informações.

Este registo é importante. Quando se muda de hospital deve-se pedir ao médico para enviar o historial clínico. Como isto nem sempre acontece, ou acontece com atraso, deve-se ter sempre o contacto do hospital.

O médico pode transmitir alguns detalhes que ajudem ao preenchimento do registo de tratamento, contudo estes não substituem o registo médico.

Todos os doentes têm direito a consultar os seus registos. Também se podem tirar fotocópias aos mesmos mas é necessário informar previamente o hospital.

Resultado da contagem de células CD4 e carga viral

Estas análises ao sangue são usadas para monitorizar a saúde e a resposta ao tratamento.

Contagem de células CD4: esta análise ao sangue verifica o estado do sistema imunitário.

CD4%: esta análise é semelhante ao teste de contagem de células CD4 mas muitas vezes é mais estável.

Carga viral: este teste mede a quantidade do VIH numa amostra de sangue.

É usado para decidir quando iniciar o tratamento e se o tratamento está a actuar eficazmente.

Mesmo dados aproximados sobre o tratamento são úteis e o médico pode disponibilizar essa informação.

A contagem mais baixa de células CD4 e o valor mais elevado da carga viral no momento do diagnóstico e antes de iniciar o tratamento são os mais importantes.

ex.

Data (mês/ano)	CD4 (células/mm ³)	CD4%	Carga viral
julho 2006	234	14	180,000

Data (mês/ano)	CD4 (células/mm ³)	CD4%	Carga viral

Historial do tratamento antirretroviral

A escolha de novos e futuros medicamentos depende dos medicamentos que se usou no passado e a razão da interrupção do seu uso. É importante saber se isso foi devido a resistências ou efeitos secundários.

Uma lista dos medicamentos encontra-se na página central do guia.

	Medicamentos e detalhes das combinações (nome e dose)	Data de início	Data da descontinuação	Motivo
ex.	Kaletra®	fev 07	jan 09	Colesterol elevado

Outras infeções e doenças

É também importante ter um registo de outras infeções (ex. TB) ou doenças relacionadas com a infeção pelo VIH (PPC, herpes zóster [zona], etc.).

Doença ou infeção	Tratamento e dose	Datas

Efeitos secundários e alergias

Principais efeitos secundários ou alergias relacionadas com os medicamentos.

Efeitos secundários e sintomas	Medicamentos suspeitos	Data início/descontinuação

“Estou em Portugal há dois anos e meio. Quando cheguei, estava grávida de 3/4 meses. Fui seguida na maternidade, mas só depois do parto, e devido ao facto de o bebé ter problemas pulmonares fiz novamente análises e soube que estava infetada pelo VIH.

Consumi drogas durante 15 anos e até chegar a Lisboa, nunca tinha partilhado material de injeção. Senti-me revoltada.

Não precisei logo de tratamento e pensei que demoraria mais tempo até precisar. Mas porque fui operada ao baço, os meus marcadores alteraram-se e iniciei tratamento antirretroviral cerca de oito meses depois do meu diagnóstico.

Até ao momento não tive qualquer efeito secundário, mesmo quando estava sob tratamento de manutenção opiacea (metadona).”

Danae, Madrid

Registo de vacinação

Manter um historial da vacinação e imunização (hepatite A e B, pneumovax, gripe, tétano e vacinas para viajantes, etc.) pode também ajudar. Note que as pessoas seropositivas geralmente precisam de vacinas “inativadas” e pode ser necessário requerê-las especificamente.

Data	Vacinação

Data	Vacinação

Ensaio clínico e estudos

Nome do estudo e tratamento recebido	Datas

Testes de resistências

Data	Resultados (se necessário, continuar o resumo em páginas de bloco)

Glossário

Adesão

Ação de tomar os medicamentos exatamente como prescritos: à hora certa e seguindo as recomendações dietéticas.

Anticorpo

Proteína que faz parte do sistema imunitário e é produzida para combater uma infeção.

Antigénio

Proteína que se encontra na superfície de um vírus ou bactéria. É reconhecida pelo sistema imunitário como estranha e provoca a produção de anticorpos.

Antirretrovírico (ARV)

Medicamento para o VIH (um vírus da classe dos retrovírus).

Células CD4

Tipo de glóbulos brancos que ajudam o organismo a combater infeções.

Efeitos secundários.

Efeitos indesejáveis de um medicamento. Os efeitos secundários são geralmente relatados como negativos.

Experiente em tratamento

Pessoa que já tomou medicamentos ARV.

HAART

Iniciais de “Highly Active Anti-Retroviral Therapy”, ou seja, “Terapêutica Antirretroviral Altamente Eficaz”.

Infeção oportunista (IO)

Uma infeção que ocorre quando o sistema imunitário está fragilizado pelo VIH.

Monitorização terapêutica dos medicamentos (TDM)

Teste que mede os níveis dos medicamentos no sangue.

Mutação

Uma mudança na estrutura do vírus que torna um medicamento ineficaz.

Naïve para o tratamento

Pessoa que nunca tomou medicamentos ARV (uma pessoa *naïve* pode ser resistente a medicamentos contra o VIH se infetada por uma estirpe do VIH resistente a um medicamento).

Seroconversão

O momento após a infeção pelo VIH (geralmente 2 a 3 semanas) em que o organismo gera uma resposta imunitária ao VIH e o estatuto serológico passa de negativo para positivo.

TAR

Terapêutica Antirretroviral.

Terapêutica de primeira linha

A primeira combinação de medicamentos para a infeção pelo VIH.

Teste da carga viral

Análise que mede a quantidade do VIH presente no sangue mas que pode, também, verificar os níveis de vírus em outros locais do organismo, como por exemplo, nos fluidos genitais, esperma e líquido céfalo-raquidiano.

Este teste deteta valores geralmente a partir de um mínimo de 50 cópias/ml.

Timo

Órgão que faz parte do sistema imunitário, onde são fabricadas as células T.

Toxicidade

Termo usado para indicar o grau em que uma substância é nociva para os doentes.

Triglicéridos

Um tipo de gordura do organismo.

"Viral rebound" ou aumento rápido da carga viral

Quando se está em tratamento e a carga viral aumenta para níveis detectáveis.

Vírus selvagem

Estirpe viral, não sujeita à pressão dos medicamentos e que, portanto, não apresenta mutações que a transformariam em estirpe resistente.

Regra geral é este o vírus que infeta primeiro as pessoas, mas tal nem sempre acontece.

Mais Informações

Se, após a leitura do guia, surgirem perguntas ou se for preciso falar com alguém sobre tratamentos, contactar o serviço de informação do GAT através do e-mail erica.postico@gatportugal.org

Notas

GAT

Avenida Paris, 4, 1º direito

1000-228, Lisboa

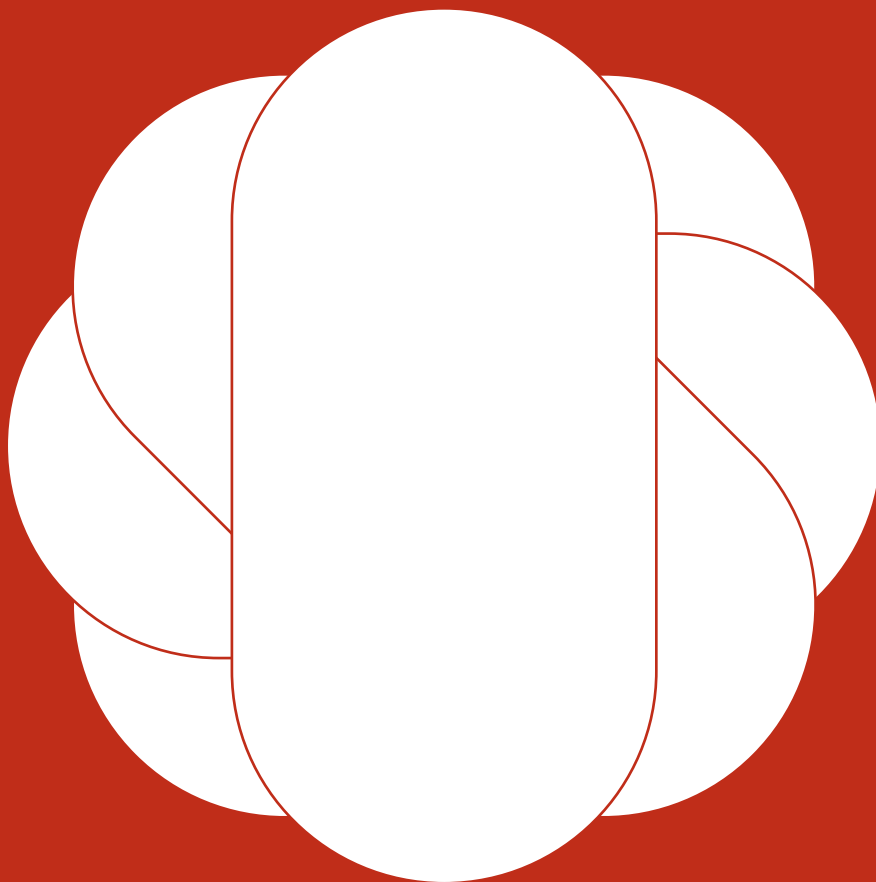
Portugal

Telf: +351 21 096 78 26

Fax: +351 21 093 82 16

E-mail: contactos@gatportugal.org

Site: www.gatportugal.org



Projecto Informação VIH/SIDA

