

***MATERIAL INFORMATIVO ACERCA DA TEMÁTICA
“CRIMINALIZAÇÃO DA TRANSMISSÃO DO HIV”
TRADUZIDO PELO GIV-GRUPO DE INCENTIVO À VIDA E
COLETADO PELO PROJETO: BRASIL SEM DISCRIMINAÇÃO.***

SUMÁRIO

Declaração de OSLO.....	02
Documento da Comissão Federal Suíça.....	12
Parecer do Conseil National du Sida da França.....	18
Novas Diretrizes Britânicas.....	39
Nota Técnica da Secretaria de Estado da Saúde.....	42
Nota Técnica do Ministério da Saúde.....	44

DECLARAÇÃO DE OSLO SOBRE A CRIMINALIZAÇÃO DO HIV

Preparada por membros da sociedade civil internacional em Oslo, Noruega, em 13 de fevereiro de 2012

1. Um corpo crescente de evidências sugere que a criminalização da não revelação da infecção pelo HIV, da exposição potencial ao HIV e da transmissão não intencional do HIV está trazendo mais danos do que benefícios em termos de seu impacto na saúde pública e direitos humanos. ¹
2. Medidas criadoras de um ambiente que permita às pessoas procurar apoio, testagem e tratamento oportuno, e que possam revelar a sua seropositividade com segurança constituem uma melhor alternativa que o uso do direito penal. ²
3. Embora possa haver um papel limitado para o direito penal nos raros casos em que as pessoas transmitam o HIV dolosamente, preferimos ver as pessoas vivendo com HIV apoiadas e empoderadas a partir do momento do diagnóstico, de modo que até mesmo esses casos raros possam ser prevenidos. Isso requer uma abordagem da prevenção do HIV não punitiva, nem penalizadora, centrada no seio das comunidades, onde são encontradas as competências e o entendimento mais apropriados das questões relacionadas ao HIV. ³
4. As leis penais específicas para o HIV existentes devem ser revogadas, de acordo com as recomendações da ONUSIDA.⁴ Se, após uma profunda revisão nacional baseada em evidências, os processos judiciais relacionados com o HIV ainda forem considerados necessários, eles devem estar

baseados em princípios de proporcionalidade, de previsibilidade, de intencionalidade, causalidade, e não discriminação; devem estar informados pela ciência e informação médica mais atualizadas relacionadas com o HIV; baseados no dano, em vez de baseados no risco do dano, e serem consistentes tanto com os objetivos de saúde pública e como com as obrigações internacionais de direitos humanos.⁵

5. Sempre que a lei geral possa ser ou estiver sendo usada para processos judiciais relacionados com o HIV, a natureza exata dos direitos e responsabilidades das pessoas vivendo com HIV devem ser clarificadas, nos termos da lei, de preferência através de diretrizes do Ministério Público e da Polícia produzidas em consulta com as principais partes interessadas, para assegurar que as investigações policiais sejam apropriadas e garantir que as pessoas com HIV tenham acesso adequado à justiça.

Solicitamos respeitosamente que os Ministérios da Saúde e da Justiça e outros relevantes formuladores de políticas e atores do sistema de justiça penal também levem em conta os seguintes pontos, em qualquer consideração sobre se deve-se ou não usar a lei penal em casos relacionados com o HIV:

6. A epidemia de HIV é nutrida pelas infecções por HIV não diagnosticadas, e não pelas pessoas que conhecem seu status positivo para o HIV.⁶ O sexo sem proteção inclui riscos de muitas eventualidades possíveis, positivas e negativas - incluindo o risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis, como o HIV. Devido ao elevado número de infecções não diagnosticadas, confiar na revelação do diagnóstico de HIV pelo parceiro (a) como meio de proteção - e processar as pessoas pela ausência de revelação - pode e leva a uma falsa sensação de segurança.

7. A infecção pelo HIV é apenas uma das muitas doenças sexualmente transmissíveis ou transmissíveis que podem causar danos a longo prazo.⁷ Ressaltar o HIV com leis específicas ou procedimentos criminais aprofunda a estigmatização das pessoas vivendo com o HIV e afetadas pelo HIV. O estigma relacionado ao HIV é a maior barreira para a testagem, a captação para tratamento, a revelação e o sucesso de um país em "chegar a zero novas infecções, mortes relacionadas à Aids e discriminação zero".⁸
8. As leis penais não mudam o comportamento enraizado em complexas questões sociais, especialmente o comportamento baseado no desejo e impactado pelo estigma relacionado ao HIV.⁹ Tal comportamento é alterado pelo aconselhamento e apoio para as pessoas vivendo com HIV que visem alcançar a saúde, dignidade e empoderamento.¹⁰
9. Em alguns países do mundo, nem o sistema de justiça criminal nem os meios de comunicação estão bem equipados, na atualidade, para lidar com casos criminais relacionados com o HIV.¹¹ As autoridades competentes devem assegurar a formação adequada relacionada com o HIV para a polícia, promotores, advogados de defesa, juízes, júris e a mídia.
10. Uma vez que o status sorológico para o HIV de uma pessoa for involuntariamente divulgado na mídia, ele estará sempre disponível através de uma pesquisa na internet. As pessoas acusadas de 'crimes' relacionados ao HIV dos quais eles não são (ou não deveriam ser declarados) culpados, têm direito à privacidade. Não há nenhum benefício de saúde pública na divulgação da identidade destas pessoas nos meios de comunicação; se houver a necessidade de informar os parceiros anteriores para fins de saúde pública, devem ser seguidos protocolos de notificação de parceiros éticos e confidenciais.¹²

PERGUNTAS FREQUENTES

Pergunta: Quem elaborou a Declaração de Oslo?

Resposta: Somos um grupo de indivíduos e organizações da sociedade civil do mundo todo preocupados com o uso inadequado e excessivamente amplo do direito penal para regular e punir as pessoas que vivem com o HIV por comportamento que, em qualquer outra circunstância, seria considerado lícito. Estamos trabalhando para acabar com tal injustiça. Nosso grupo é dirigido e inclui pessoas vivendo com HIV, e é apoiado por ativistas de HIV comprometidos. Somos especialistas em áreas que abrangem temas médicos, sociais, éticos, políticos, de direitos humanos e as questões judiciais relacionadas ao HIV e à lei criminal.

P: Por que é chamada de Declaração de Oslo?

R: Nós viemos juntos a Oslo, na Noruega, na véspera da Consulta Política Global de Alto Nível sobre a Ciência e o Direito da Criminalização da não Revelação da sorologia para o HIV, Exposição e Transmissão do HIV, convocada pelo Governo da Noruega e do Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/AIDS (ONUSIDA).

O objetivo da Consulta Política de Alto Nível era fornecer um fórum global em que os formuladores de políticas e outras partes interessadas pudessem considerar suas leis e políticas atuais em relação à criminalização da não revelação, exposição e transmissão do HIV, à luz dos dados científicos, de saúde, de saúde pública e legais mais recentes e relevantes. Embora nossa Declaração não seja um documento oficial da Consulta Política de Alto Nível, apoiamos o objetivo da reunião, e encorajamos os formuladores de políticas a rever as suas próprias leis e políticas, e tomar todas e quaisquer medidas necessárias para alcançar os melhores resultados possíveis em termos de

justiça e proteção da saúde pública a fim de apoiar respostas nacionais ao HIV eficazes e as obrigações internacionais de direitos humanos.

P : Qual é o estado atual de criminalização HIV?

R : Em muitos países do mundo estão ocorrendo processos judiciais, quer no âmbito de estatutos criminais específicos para o HIV quer sob uma ampla gama de leis penais gerais, muitas vezes inadequadas.¹³

A maioria dos casos criminais tem sido enquadrada pelo Ministério Público e os meios de comunicação como sendo casos de transmissão do HIV "deliberada" ou "intencional" quando, na verdade, a grande maioria não envolveu dolo nem foi presumida ou mesmo provada a transmissão do HIV.¹⁴

Nos últimos anos, têm aumentado tanto o número de processos quanto o número de novas leis penais específicas para o HIV ¹⁵, ao mesmo tempo que a resposta de saúde pública para o HIV - baseada numa abordagem de direitos humanos e informada sobre evidências ¹⁶ - reduziu significativamente o número de novas infecções e melhorou muito a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV.¹⁷ No entanto, vários países estão repensando agora sua abordagem do uso do direito penal, devido à sua consciência dos avanços da ciência e da medicina relacionados ao HIV.¹⁸

P : De qual maneira as leis penais e os processos judiciais relacionados com o HIV prejudicam os esforços de prevenção do HIV?

Resposta : Muitos especialistas expressam colocam preocupações sobre o amplo dano colateral inerente a uma abordagem da prevenção do HIV baseada em regulamentação administrativa e criminalização. ¹⁹ Em particular, há evidências de um impacto negativo na saúde pública em termos de:

- deturpar e exagerar os riscos e danos relacionados com o HIV. Isso contribui para o aumento de mitos sobre o HIV, incluindo os riscos sobre a transmissão e a melhor forma de proteger a si mesmo.

- aumentar o estigma relacionado ao HIV. Isto tem um efeito adverso sobre a vontade de uma pessoa para aprender, ou discutir sobre o HIV.
- minar a importância do conhecimento e da responsabilidade pessoais como uma componente chave de um pacote de prevenção do HIV. A prevenção do HIV dentro de uma relação sexual consensual é - e deve ser entendida como - uma responsabilidade partilhada.
- desestimular às pessoas de saber o seu estado sorológico. A falta de diagnóstico (e, portanto, de tratamento) do HIV prejudica a saúde pública e a saúde individual.²⁰

P : De qual modo as leis penais e os processos relacionados com o HIV prejudicam os direitos humanos?

Resposta: Existe um corpo crescente de evidências de que tais leis e processos estão tendo um impacto negativo sobre todas as pessoas que vivem com HIV ²¹, devido a que:

- Criam confusão e medo sobre os direitos e responsabilidades nos termos da lei.
- Criam e mantêm desestímulos para revelar a soropositividade a parceiros sexuais.
- Criam e mantêm desestímulos para revelar comportamentos de risco relacionados com o HIV aos profissionais de saúde.

Além disso, evidências do mundo inteiro ²² também sugerem:

- Investigações / acusações seletivas e / ou arbitrárias.
- Investigações policiais impróprias e insensíveis que podem resultar na revelação inadequada da sorologia, perda de emprego e altos níveis de angústia.

- Investigações de mídia estigmatizantes, incluindo nomes, endereços e fotografias de pessoas com HIV ainda não consideradas culpadas de qualquer crime.
- Um acesso à justiça limitado para as pessoas com HIV.
- Sentenças e penalidades que muitas vezes são vastamente desproporcionais a qualquer dano potencial ou realizado.²³

P : Por que é que a criminalização HIV prejudica especificamente às mulheres?

Resposta: Os políticos e formuladores de políticas podem acreditar que estão protegendo às mulheres contra o HIV, propondo e sancionando leis penais específicas para o HIV. Mas a criminalização do HIV não protege as mulheres da coerção ou da violência. Por outro lado, leis que empoderam as mulheres através da criação da igualdade social, legal e financeira para elas, e a criminalização do estupro marital protegem-nas efetivamente. A criminalização do HIV faz mais mal do que bem para as mulheres, porque:

- Mulheres são mais propensas a serem processadas, uma vez que são muitas vezes as primeiras em um relacionamento a conhecer o seu estado sorológico devido ao teste de HIV de rotina durante a gravidez, e são menos propensas a revelar com segurança a sua soropositividade para o seu parceiro como resultado da desigualdade nas relações de poder, dependência econômica, e altos níveis de violência de gênero dentro das relações.²⁴
- Mulheres com HIV enfrentam a possibilidade de serem impedidas de engravidar, e / ou de serem processadas por passar o HIV para seus filhos no útero ou durante a amamentação, reduzindo suas escolhas e direitos reprodutivos.²⁵

P: Como posso assinar à Declaração de Oslo?

Resposta: Acesse a página web <http://www.hivjustice.net/oslo/oslo-declaration/> . Depois clique em SIGN THE PETITION . A seguir preencha os dados de seu nome e/ou organização, país e endereço de correio eletrônico. Finalmente clique em SUBMIT.

P : Onde posso aprender mais sobre criminalização do HIV?

Resposta: Todas as evidências de apoio às nossas afirmações podem ser encontradas nas referências, que têm links para os documentos originais. Visite também os seguintes sites para mais informações:

[AIDSLEX/CRIMINALIZATION OF HIV TRANSMISSION LIBRARY](#) (INTERNATIONAL) [CANADIAN HIV/AIDS LEGAL NETWORK/HIV CRIMINALISATION PUBLICATIONS](#) [CENTER FOR HIV LAW & POLICY/POSITIVE JUSTICE PROJECT](#) (US) [GNP+/GLOBAL CRIMINALISATION SCAN](#) (INTERNATIONAL) [IPPF/HIV AND THE LAW](#) (INTERNATIONAL) [NAM/HIV AND THE CRIMINAL LAW](#) (INTERNATIONAL) [POZ/HIV CRIMINALIZATION](#) (US) [SERO/SERO PROJECT](#) (US)

Além disso, os seguintes filmes documentários fornecem mais informações sobre estes temas:

[How Could She](#), Sweden, 2010

[Legalizing Stigma](#), US, 2010

[Verdict on a Virus](#), UK, 2011

[HIV Is Not a Crime](#), US, 2011

[Perpetuating Stigma](#), US, 2012

REFERÊNCIAS:

1. UNAIDS. [Report of the Expert Meeting on the Scientific, Medical, Legal and Human Rights Aspects of Criminalisation of HIV Non-disclosure, Exposure and Transmission, 31 August- 2 September 2011](#). Geneva, February 2012.
- 2 UNAIDS/UNDP. [Policy Brief: Criminalization of HIV Transmission](#). Geneva, July 2008; Open Society Institute. [Ten Reasons to Oppose the Criminalization of HIV Exposure or Transmission](#). 2008; IPPF,GNP+ and ICW. [Verdict on a Virus](#). 2008. See also: IPPF. [Verdict on a Virus](#) (documentary) 2011.
- 3 GNP+/UNAIDS. [Positive Health Dignity and Prevention: A Policy Framework](#). Amsterdam/Geneva, January 2011.
- 4 UNAIDS/UNDP. [Policy Brief: Criminalization of HIV Transmission](#). Geneva, July 2008.
- 5 UNAIDS. (2012) *Op. cit.*
- 6 Marks G et al. [Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA](#). AIDS 20(10):1447-50, 2006; Hall HI et al. [HIV transmissions from persons with HIV who are aware and unaware of their infection, United States](#). AIDS 26, online edition. DOI: 10.1097/QAD013e328351f7
- 7 Bernard EJ, Hanssens C et al. [Criminalisation of HIV Non-disclosure, Exposure and Transmission: Scientific, Medical, Legal and Human Rights Issues](#). UNAIDS, Geneva, February 2012; Carter M. [Hepatitis C surpasses HIV as a cause of death in the US](#). Aidsmap.com, 21 February 2012.
- 8 UNAIDS. [Getting to Zero: 2011-2015 Strategy](#). Geneva, December 2010.
- 9 Bernard EJ and Bennett-Carlson R. [Criminalisation of HIV Non-disclosure, Exposure and Transmission: Background and Current Landscape](#). UNAIDS, Geneva, February 2012.
- 10 GNP+/UNAIDS (2011) *Op. cit.*
- 11 Bernard EJ and Bennett-Carlson R (2012) *Op. cit.*
- 12 UNAIDS. [Opening up the HIV/AIDS epidemic: Guidance on encouraging beneficial disclosure, ethical partner counselling & appropriate use of HIV case-reporting](#). Geneva, 2000.
- 13 GNP+. [The Global Criminalisation Scan Report 2010](#). Amsterdam, 2010; Bernard EJ. [Criminal HIV Transmission Blog](#) (2007-12).
- 14 Bernard EJ and Bennett-Carlson R (2012) *Op. cit.*
- 15 Ibid.
- 16 UNAIDS (2010) *Op. cit.*
- 17 WHO, UNAIDS, UNICEF. [Global HIV/AIDS Response: Epidemic update and health sector progress towards Universal Access 2011 Progress Report](#). Geneva, 2011.
- 18 UNAIDS. [Countries questioning laws that criminalize HIV transmission and exposure](#). 26 April 2011; Bernard EJ. [Getting tough on criminalisation](#). HIV Treatment Update 210, Winter 2012.
- 19 Weait M. [Intimacy and Responsibility: The criminalisation of HIV transmission](#). Abingdon, Oxon: Routledge-Cavendish, 2007;

- Burris S, Cameron E, Clayton M. [The criminalisation of HIV: time for an unambiguous rejection of the use of criminal law to regulate the sexual behavior of those with and at risk of HIV](#). Social Science Research Network, 2008; Open Society Institute. [Ten Reasons to Oppose the Criminalization of HIV Exposure or Transmission](#). 2008; IPPF,GNP+ and ICW. [Verdict on a Virus](#).
2008. Cameron E. [Criminalization of HIV transmission: poor public health policy](#). HIV/AIDS Policy & Law Review 14 (2), 2009;
- AFAO and NAPWA. [HIV, Criminal Law & Public Health Forum, Canberra](#). September 2011; RFSU, RFSL and HIV Sweden. [HIV, Crime and Punishment](#). December 2011.
- ²⁰ Cohen MS et al. [Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy](#). N Engl J Med 2011; 365:493-505.
- ²¹ Mykhalovskiy E [The problem of "significant risk": Exploring the public health impact of criminalizing HIV non-disclosure](#). Social Science & Medicine, 2011; Bourne A, Dodds C, Weait M. [Responses to criminal prosecutions for HIV transmission among gay men with HIV in England and Wales](#). Reproductive Health Matters 17(34):135–145, 2009; Menadue D. The impact of the criminalisation issue on HIV-positive people. In: Cameron S and Rule J (eds), [The Criminalisation of HIV Transmission in Australia: Legality, Morality and Reality](#). Sydney, NAPWA, 2009.
- ²² GNP+ (2010) *Op. cit.*; Bernard EJ. (2007-12). *Op. cit.* Bernard EJ and Bennett-Carlson R (2012) *Op. cit.*
- ²³ Strub S. [HIV Is Not a Crime](#) (documentary) 2011.
- ²⁴ Athena Network. [10 Reasons Why Criminalization of HIV Exposure or Transmission Harms Women](#). 2009; In The Life Media. [Perpetuating Stigma](#) (documentary), 2012.
- ²⁵ Heywood TA. [State HIV disclosure forms legally inaccurate](#). Michigan Messenger, 7 February 2011; Heywood TA. [Missouri backs off use of HIV client acknowledgment form](#). Michigan Messenger. 23 May 2011.

Documento da Comissão Federal Suíça para os problemas relacionados à Aids.

As pessoas com HIV sem alguma outra DST e seguindo um tratamento antiretroviral eficaz, não transmitem o HIV por via sexual.

Pietro Vernazza (*), Bernard Hirschel (**), Eros Bernasconi (***), Markus Flepp (****)
Publicado no *Bulletin des Médecins Suisses* (2008;89:5)

Depois de ter tomado ciência dos fatos científicos, a pedido da Comissão de Especialistas clínicos e terapêuticos do HIV (CCT) do Escritório Federal de Saúde Pública (FSP) e depois de ter deliberado longamente, a Comissão Federal para os problemas relacionados com a AIDS (CFS) chega à seguinte conclusão:

Uma pessoa com HIV sem nenhuma outra DST e seguindo um tratamento antiretroviral (TAR) com uma viremia totalmente suprimida (condição doravante denominada “TAR eficaz”) não transmite o HIV pela via sexual, ou seja, que ela não transmite o vírus pelo meio dos *contatos sexuais*.

Esta afirmação fica válida a condição de que:

- A pessoa com HIV aplique o tratamento antiretroviral ao pé da letra e seja acompanhado por um médico;
- A carga viral (CV) se situe em baixo do nível de detecção desde há pelo menos seis meses);
- A pessoa com HIV não tenha nenhuma outra ITS.

Introdução

Uma das tarefas da CFS consiste em tornar públicos os novos elementos descobertos sobre o caráter infeccioso das pessoas com HIV que seguem um tratamento antiretroviral de eficácia ótima. A CFS deseja atenuar os temores das pessoas com e sem HIV para permitir a uma parte das aproximadamente 17.000 pessoas com HIV que vivem na Suíça de ter uma vida sexual quase “normal”.

Bases científicas e evidências

Um “TAR eficaz” designa sempre um tratamento para o HIV que torna indetectável e de maneira estável a carga viral no sangue (CV inferior ao nível de detecção, menos de 40 cópias/ml). A TAR é estável desde que a CV se situe em baixo do nível de detecção desde faz pelo menos seis meses.

A CFS está consciente que de um ponto de vista estritamente científico, os elementos médicos e biológicos disponíveis na hora atual não comprovam que uma TAR eficaz *impede* toda infecção ao HIV (com efeito, não é possível comprovar a não ocorrência de um evento improvável, mas teoricamente possível). Só é possível do ponto de vista da CFS e das organizações interessadas, [afirmar que] as informações disponíveis na atualidade são suficientes para justificar esta mensagem. A situação é comparável aquela de 1986, quando foi comunicado publicamente que o HIV não se transmite por um beijo com a língua. Se esta constatação nunca pode ser comprovada, mais de vinte anos de experiência de HIV permitem não obstante apoiar sua forte plausibilidade. Porém, os fatos e critérios científicos

que sustentam a afirmação segundo a qual as pessoas com HIV sem nenhuma outra doença de transmissão sexual e seguindo um tratamento antiretroviral eficaz não transmitem o HIV pela via sexual são netamente mais favoráveis que em 1986. Em consequência, a CFS e as organizações interessadas são da opinião de que as informações disponíveis na atualidade para justificar esta mensagem.

Trata-se aqui de avaliar o risco de transmissão do vírus se uma pessoa que segue um TAR eficaz tem relações sexuais não protegidas.

Dados epidemiológicos

No caso de casais sorodiscordantes (uma pessoa com HIV e uma pessoa sem HIV), o risco de transmissão depende da carga viral da pessoa soropositiva (fig. 1).

Um estudo longitudinal realizado com 393 casais heterossexuais sorodiscordantes mostrou que em quatorze anos, nenhum destes parceiros foi contaminado por uma pessoa seguindo um TAR, enquanto que entre os casais sem tratamento, a taxa cumulativa de transmissão alcançou 8,6%.

Num outro estudo longitudinal realizado sobre 93 casais heterossexuais sorodiscordantes, entre os quais 41 parceiros com HIV começaram um tratamento, seis pessoas foram infectadas pelo HIV; estes seis parceiros estavam todos relacionados a uma pessoa sem tratamento e cuja carga viral no sangue alcançava pelo menos 1000 cópias/ml.

De 62 casais sorodiscordantes que tiveram relações sexuais não protegidas porque eles desejavam uma criança (homem com HIV seguindo um TAR), nenhuma das mulheres foi contaminada.

A transmissão do HIV da mãe à criança depende também da carga viral materna e pode ser evitada por meio de um TAR.

Segundo o *Estudo da Saúde de Homens de San Francisco*, a incidência do HIV nos meios homossexuais (HSH) entre 1994 e 1996 era de 0,12 (infecções por casal). O TAR está disponível desde 1996. De 1996 a 1999, a incidência do HIV diminuiu a 0,048, mesmo que os homens com HIV não tenham todos seguido o tratamento.

A taxa de transmissão é netamente mais importante durante a primeira fase da infecção (infecção primária pelo HIV). Vários estudos demonstram que uma percentagem elevada das infecções pelo HIV recentes devem-se a um parceiro cuja soropositividade foi também diagnosticada recentemente.

As doenças sexualmente transmissíveis agravam o risco da transmissão do HIV (na ausência de TAR). Certos modelos matemáticos demonstram que neste contexto, a sífilis joga notavelmente um papel importante no plano epidemiológico.

Somente depois de alguns dias ou algumas semanas da interrupção de um tratamento, a carga viral aumenta rapidamente. Pelo menos um caso de transmissão durante este período foi estabelecido e publicado.

Dados biológicos

O tratamento leva a uma diminuição da concentração do RNA do HIV nas secreções genitais até valores não mensuráveis.

Como regra geral, a concentração de RNA viral detectada nas secreções vaginais é inferior à carga constatada no sangue; ainda, ela não é mais detectável desde que o TAR produz seu efeito. A carga viral genital aumenta em princípio depois que a carga viral no sangue.

Por outro lado, os genomas virais associados às células podem ainda ser detectados nas secreções genitais apesar da aplicação de um TAR. Porém não se trata de vírus infecciosos por si. As células seminais contaminadas pelo HIV não contêm ADN-LTR mostrando que o vírus está se propagando aí ativamente.

O risco de transmissão está relacionado com a concentração do RNA viral no esperma: desde que a presença do RNA viral não é detectável, o risco de transmissão é quase nulo (fig. 2). Se nos referirmos a estes dados biológicos, um TAR eficaz permite diminuir o risco de maneira considerável.

Durante a fase da infecção primária pelo HIV, a carga viral contida nas secreções genitais aumenta maciçamente, o que explica a taxa de transmissão incrementada durante esta fase precoce.

Uma DST (uretrite, úlceras genitais) aumenta a carga viral do HIV nas secreções genitais (mas não no sangue) durante várias semanas; depois, desde que a DST seja tratada de forma eficaz, a viremia diminui. A carga viral no esperma pode não obstante progredir ligeiramente mesmo que a pessoa com uma DST (uretrite) siga um TAR eficaz. Esta progressão permanece muito discreta e é netamente mais fraca do que na ausência de tratamento.

Conclusão

Desde que o TAR seja eficaz, nenhum vírus livre é detectável no sangue nem nas secreções genitais. Todos os dados epidemiológicos e biológicos indicam que a aplicação consistente de um TAR permite excluir todo risco importante de transmissão.

Em caso de supressão total da carga viral, o risco residual de transmitir o HIV por via sexual sem preservativos é netamente inferior a 1 em 100.000.

Se o risco residual não pode ser excluído do ponto de vista científico, a CFS e as organizações interessadas estimam não obstante que ele é desprezível.

Importância e campo de aplicação da mensagem segundo a qual “as pessoas com HIV sem alguma outra DST e seguindo um acompanhamento antiretroviral eficaz, não transmitem o HIV por via sexual”.

Significado para os médicos

Esta informação visa comunicar aos médicos que tratam [de pessoas com HIV] os critérios que permitem estabelecer se o paciente com HIV está em risco de transmitir ou não o vírus pela via sexual. O paciente não transmite o HIV pela via sexual a condição que:

- A pessoa com HIV siga o tratamento antiretroviral (TAR) de maneira consistente e seja acompanhado regularmente pelo seu médico;
- A carga viral (CV) se situe embaixo do nível de detecção desde pelo menos seis meses (dito de outro modo: a viremia deve estar totalmente suprimida pelo menos durante os últimos seis meses);
- A pessoa com HIV não esteja com nenhuma outra infecção sexualmente transmissível (DS).

As indicações *médicas* permanecem sempre absolutamente prioritárias para a prescrição de um TAR segundo as recomendações terapêuticas em vigor. Por enquanto não é desejável antecipar o início de tratamento por “razões preventivas”: além dos custos suplementares gerados por esta antecipação, não há certeza de que as pessoas com HIV estejam suficientemente motivadas para seguir e aplicar um tratamento de longo prazo ao pé da letra, sem indicação médica estabelecida.

Os tratamentos interrompidos e mal aplicados têm o forte risco de levar ao desenvolvimento de variedades virais resistentes. Neste sentido, eles constituem uma ameaça para a saúde pública e deterioram as perspectivas de saúde do paciente. Por conseguinte, um TAR prescrito a título preventivo não é indicado senão em casos excepcionais de pacientes com HIV muito motivados. Portanto, não PE recomendado convencer um paciente a seguir uma terapia a título “preventivo”.

Significado para as pessoas com HIV sem alguma outra DST e seguindo um acompanhamento antiretroviral eficaz

As pessoas com HIV sem alguma outra DST e seguindo um acompanhamento antiretroviral eficaz, que vivem num relacionamento estável e durável com uma pessoa sem HIV devem saber que elas não colocam seu parceiro em perigo desde que sigam o TAR ao pé da letra e de maneira consistente, que elas sejam regularmente acompanhadas por um médico e que elas não sofram outras DSTs. Depois de ter sido informado e aconselhado em detalhe, o parceiro HIV-negativo deve decidir se o casal sorodiferente deve renunciar ou não a toda outra medida de proteção.

Significado para as pessoas soropositivas sem relação estável

As pessoas com HIV que seguem um TAR eficaz devem saber que elas não transmitem o HIV pela via sexual desde que elas sigam o TAR ao pé da letra e de maneira consistente, que elas sejam regularmente acompanhadas por um médico e que elas não tenham alguma outra DST.

Importância para a prevenção da AIDS

A mensagem segundo a qual “As pessoas com HIV sem alguma outra DST e seguindo um acompanhamento antiretroviral eficaz, não transmitem o HIV por via sexual” não modifica em nada a estratégia de prevenção aplicada na Suíça. Com efeito, com exceção dos casais fiéis para os quais a soropositividade e a eficácia do tratamento estão estabelecidas, as medidas de proteção usuais devem ser respeitadas a todo momento. As pessoas que não vivem num relacionamento estável devem antes de mais nada se proteger a elas mesmas: uma pessoa não infectada nunca deve renunciar a se proteger num encontro sexual. Se ela confiar na afirmação do seu parceiro (“eu não sou soropositivo” ou “meu TAR é eficaz”), corre o risco de ser infectado pelo HIV, porque ela não tem modo de verificar esta afirmação. Precisamente neste tipo de situação, a responsabilidade da própria saúde não pode ser delegada a outro.

No caso de uma relação durável entre parceiros sorodiferentes (um soropositivo e outro soronegativo), a decisão de renunciar ou não a toda medida de proteção incumbe ao

parceiro soronegativo. Porque se, contra toda expectativa, houvesse a transmissão do HIV, é ele que deverá arcar com as conseqüências de uma infecção.

Importância para a jurisprudência

Os tribunais deverão levar em conta o fato que “as pessoas soropositivas sem alguma outra DST e seguindo um acompanhamento antiretroviral eficaz, não transmitem o HIV por via sexual” quando eles avaliem o caráter repreensível de uma contaminação pelo HIV. Do ponto de vista da CFS, um contato sexual não protegido entre uma pessoa soropositiva sem alguma outra DST e seguindo um acompanhamento antiretroviral eficaz e uma pessoa soronegativa não responde de jeito algum aos critérios de tentativa de propagação de uma doença perigosa no sentido do art. 231 do Código Penal Suíço (CP), nem aqueles de uma tentativa de lesão corporal grave segundo os art. 122, 123 ou 125 do CP.

Enquadramento médico dos pacientes que seguem um TAR

Na próxima consulta, o médico deverá abordar com os pacientes em TAR as condições da “ausência de caráter infeccioso em caso de TAR eficaz”, e aconselhá-los-á segundo o estado atual de seu relacionamento. O parceiro do paciente deve estar presente no momento desta entrevista, que deve igualmente abordar a situação jurídica atual.

Conteúdo da entrevista médica

A entrevista com o casal sorodiferente estável (os dois parceiros devem participar) deve explicar em detalhe sob quais condições uma pessoa soropositiva não é mais infecciosa:

- A pessoa soropositiva deve seguir o TAR de maneira consistente e a eficácia do tratamento deve ser controlada em intervalos regulares por um médico (segundo o protocolo oficial de terapia);
- A carga viral (CV) deve se situar em baixo do nível de detecção há pelo menos seis meses (dito de outro modo: a viremia deve estar suprimida desde há pelo menos seis meses);
- A pessoa soropositiva não deve ter nenhuma outra infecção sexualmente transmissível (ITS).

Durante a entrevista, o casal deve tomar consciência de que a partir do momento em que decide renunciar a toda outra medida de proteção, a adesão à terapia torna-se um tema onipresente na sua relação. Também, o casal deve entender que dada a importância das outras infecções sexualmente transmissíveis, deve definir regras aplicáveis aos contatos sexuais fora da relação.

Os casais heterossexuais que decidem renunciar ao preservativo devem refletir, por outro lado, sobre os meios de contracepção que desejam aplicar ou sobre o desejo de ter uma criança. Assim deverão avaliar:

- As interações eventuais entre os anticoncepcionais hormonais e o TAR que podem atenuar a eficácia do anticoncepcional;
- A teratogenicidade potencial das substâncias utilizadas; concretamente, evitar o agente Efavirenz se desejam ter uma criança.

A inseminação com lavagem de esperma não é mais indicada em presença de um TAR eficaz, desde que sua única finalidade é a de evitar uma transmissão do HIV.

A entrevista com o médico oferece ao casal sorodiferente a possibilidade de colocar suas perguntas. Deve igualmente fazer entender que é de competência do parceiro não contaminado (e não ao parceiro soropositivo!) decidir se deseja renunciar ou não ao preservativo; a entrevista deve levar o casal a definir em conjunto como eles pretendem gerenciar a adesão, os contatos sexuais fora da relação (risco de DST) e, se o caso se apresentar, o desejo de uma criança. O médico perguntará ao paciente sobre o respeito às regras definidas a cada vez que ele verificar a eficácia do TAR.

As pessoas com HIV sem alguma outra DST e seguindo um acompanhamento antiretroviral eficaz que não têm parceiro fixo devem ser informadas pelo seu médico que elas “não transmitem o HIV desde que elas sigam um TAR eficaz”. Esta informação pode significar um alívio para elas. Com efeito, numerosos estudos demonstram que o medo de contaminar seu parceiro torna difícil a vida sexual das pessoas soropositivas. No interesse das pessoas interessadas, os médicos continuarão porém a recomendar a proteção (safer sex) nos casos de contatos sexuais anônimos e ocasionais para diminuir o risco de outras DSTs. Segundo a frequência destes contatos, convém efetuar regularmente controles e testes para outras DSTs. As pessoas interessadas serão sensibilizadas sobre os sintomas que apresentam as diferentes DSTs.

Folhetos e páginas da internet estão á disposição dos médicos, que podem também solicitar aconselhamento aos serviços das organizações de luta contra a AIDS. A CFS recomenda recorrer ativamente a estes recursos.

(*)Prof. Dr, médico Presidente da Comissão Federal para os Problemas relacionados com a AIDS (CFS) e responsável pela Divisão das Doenças Infecciosas e de Higiene Hospitalar do Hospital Cantonal de St- Gall.

(**)Prof. Dr. Médico membro da Comissão de Especialistas Clínicos e de terapia para o HIV e AIDS da OFSP e responsável pela Unidade de HIV-AIDS dos Hospitais Universitários de Genebra

(***) Dr. em medicina, membro da Comissão de Especialistas Clínicos e de terapia para o HIV e AIDS da OFSP e responsável pela Divisão das Doenças Infecciosas do Hospital Regional de Lugano

(****)Dr. em medicina, membro da Comissão de Especialistas Clínicos e de terapia para o HIV e AIDS da OFSP e especialista em doenças infecciosas e em medicina interna

Parecer seguido de Recomendações sobre o Potencial do Tratamento como ferramenta inovadora na luta contra a epidemia de infecções pelo HIV

Traduzido e adaptado do artigo :
CONSEIL NATIONAL DU SIDA

Avis suivi de recommandations sur l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH

http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/Avis_sur_l_interet_du_traitement.pdf

Publicado em 9 de abril de 2009

Membros da comissão " tratamento e prevenção " :

- François Bourdillon
- Bruno Cadoré
- Jean-Pierre Dozon
- Philippe Gaudin
- Catherine Kapusta-Palmer
- Willy Rozenbaum
- Nicole Hesnault-Pruniaux

Relatores :

- Michel Celse
- Marc Dixneuf
- Laurent Geffroy

Parecer seguido de recomendações sobre o interesse no tratamento como ferramenta inovadora na luta contra a epidemia de infecções pelo HIV, adotado pelo Conselho Nacional de AIDS em plenário em 9 de abril de 2009

Os esforços consideráveis desenvolvidos desde há vários anos para prevenir a transmissão sexual do HIV permitiram freiar mas não conter a expansão da epidemia. Apesar de que o acesso a tratamentos progride consideravelmente no plano global, o ritmo das infecções continua progredindo de forma mais veloz. Por cada pessoa colocada em tratamento em

2007 no mundo, ocorreram mais de 2,5 novas infecções. Em ritmos diferentes segundo a situação epidemiológica e as condições de assistência, a epidemia permanece dinâmica em todos os lugares, mesmo nos países de epidemia dita concentrada e que oferecem os melhores padrões de assistência terapêutica, como a França. Com efeito, não podemos nos satisfazer na atualidade com uma simples estabilização do número de novas infecções, que conduz de maneira aritmética a um aumento do número total de pessoas infectadas. O objetivo deve ser a diminuição deste número de novas infecções para obter uma redução da prevalência a longo prazo. Reduzir o nível das transmissões aparece então, tanto no Norte como no Sul, embora a escalas e condições diferentes, como um objetivo crucial para toda perspectiva de controle da epidemia, frente a qual as ferramentas atuais da prevenção mostraram seus limites.

Neste contexto, um certo número de dados científicos, que mostram que o tratamento das pessoas infectadas reduz fortemente o risco de que estas pessoas transmitam o vírus pela via sexual, abrem uma perspectiva nova para o controle da epidemia. Além do benefício terapêutico individual que justificava e guiava a prescrição até agora, o tratamento poderia ser utilizado igualmente pelo seu impacto sobre o nível das transmissões e tornar-se assim uma ferramenta capaz de, no plano coletivo, diminuir a dinâmica da epidemia.

Durante o ano passado, houve muito debate (e com frequência controvérsias) tanto na França como no exterior, sobre a importância deste tema para o resultado futuro da luta contra a pandemia do HIV, como também sobre a amplitude e a complexidade das implicações coletivas e individuais desta mudança do estatuto do tratamento. Incumbe ao Conselho Nacional de AIDS de informar sobre estes debates e de propor uma leitura crítica e sistemática, suscetível de contribuir ao reposicionamento necessário dos diferentes atores da luta contra a AIDS confrontados com o que parece uma mudança de paradigma. Operando numa sociedade democrática que está fundada no acesso igualitário ao conhecimento, o Conselho Nacional de AIDS deseja fortemente promover o partilhamento da informação com todas as pessoas interessadas, em especial as pessoas vivendo com HIV, considerando que elas serão capazes de apreciar seu alcance e seus limites.

PARTE I Desempenho dos tratamentos para prevenir a transmissão : benefícios potenciais e limites

I.1 O tratamento pode constituir uma ferramenta poderosa de controle da epidemia

I.1.1 O interesse do tratamento para reduzir a epidemia : fundamentos científicos

A chegada das primeiras terapias múltiplas com antirretrovirais (ARV) eficazes, a partir de 1996 nos países do Norte, modificou profundamente o curso da epidemia de infecções pelo HIV, induzindo nestes países uma redução drástica da mortalidade e da morbidade. O

princípio das terapias com ARV é o de bloquear a replicação do vírus e assim, diminuindo a carga viral a um nível indetectável duradouro, preservar o sistema imunitário. De qualquer modo o vírus não é erradicado do organismo e permanece a tinte dentro de reservatórios. Para manter a carga viral sob controle, é então necessário prolongar o tratamento por toda a vida. Os progressos realizados desde faz mas de dez anos em termos de diversificação, de eficácia e de tolerância dos medicamentos permitem hoje assegurar às pessoas infectadas, se o tratamento for iniciado e seguido nas condições ótimas, uma expectativa de vida similar aquela das pessoas não infectadas. A este primeiro objetivo terapêutico do tratamento acrescenta-se de agora em diante a ideia de utilizar o tratamento igualmente pela sua capacidade de reduzir o risco de transmissão sexual do vírus. Ela apoia-se essencialmente sobre a observação, por um kado, de uma forte correlação entre o nível de carga viral no sangue e o risco de transmissão durante as relações sexuais, e por outro lado sobre os usos já validados do tratamento para prevenir a transmissão em algumas circunstâncias. Para que o efeito da redução do risco de transmissão seja suficiente para possa reduzir a dinâmica da epidemia, algumas condições devem ser observadas.

O tratamento diminui o risco de transmissão do HIV

O tratamento é utilizado desde 1994 na prevenção da transmissão da mãe para o filho. As mulheres grávidas infectadas pelo HIV podem transmitir o vírus à criança durante a gravidez, durante o parto e durante o aleitamento. Na ausência de tratamento, a taxa de transmissão varia de 15 % a 30 % sem aleitamento materno, e a taxa varia de 30 % a 45 % com o aleitamento materno. Em 1994, um ensaio mostrou a factibilidade da prevenção da transmissão do vírus da mãe para o filho mediante um tratamento com zidovudina durante a gravidez. Nos países desenvolvidos, os tratamentos profiláticos utilizam hoje as mesmas combinações de medicamentos que os tratamentos terapêuticos. Neste caso as taxas de transmissão do vírus são inferiores a 1 %. Foi mostrado igualmente que colocar as crianças sob tratamento preventivo permite prevenir a transmissão durante seu aleitamento[1]. Desde 1998, as profilaxias pós exposição constituem outro uso dos antirretrovirais que visa evitar a transmissão: os profissionais de saúde expostos ao HIV, depois de uma exposição acidental ao sangue por exemplo, podem-se beneficiar de um tratamento profilático durante quatro semanas. As pessoas que tiveram uma relação sexual desprotegida ou que utilizaram material de injeção potencialmente infectado podem também ter acesso a um tal tratamento dentro das 48 horas depois da exposição. Várias Diretrizes ministeriais apoiadas em recomendações de especialistas definiram as modalidades de assistência às pessoas expostas a um risco de transmissão do HIV [2]. O tratamento está disponível em todos os serviços de urgência na França. Além disso, a ideia de utilizar os ARV para reduzir o risco de transmissão do HIV por via sexual originou também a pesquisa de tratamento pré-exposição [3].

A existência de uma correlação entre o nível da carga viral no plasma e o risco de transmissão sexual da infecção pelo HIV foi colocada em evidência por dados de um ensaio em Uganda publicado em 2000. Neste estudo, observou-se que nenhuma transmissão se produz a partir do momento em que uma pessoa tem carga viral indetectável [4]. Esta correlação foi verificada por um estudo realizado na Tailândia [5].

Por outro lado, as pesquisas realizadas em coortes de casais sorodiferentes observaram que os casos de transmissão do vírus ao parceiro inicialmente não infectado segundo o parceiro portador do HIV estivesse ou não sob tratamento eficaz. Um estudo realizado em Espanha mostra também que entre 393 casais sorodiferentes acompanhados entre 1991 e 2003, nenhuma transmissão se produziu quando o parceiro infectado está sob tratamento. [6] Este artigo conclui que há um decréscimo importante da transmissão entre os casais heterossexuais estáveis com a chegada dos ARV, independentemente de outros fatores suscetíveis de afetar o risco de transmissões.

Certos estudos procuraram avaliar o impacto do tratamento comparando, para um país ou região dados, a taxa de transmissão antes e depois da introdução de terapias eficazes. Assim, utilizando os dados de vigilância epidemiológica em Taiwan entre 1984 e 2002, que incluem notificações de infecção pelo HIV e casos de AIDS, um estudo estima em 53 % a queda da taxa de transmissão depois da introdução dos ARV [7]. Para os autores, isto demonstra o interesse do tratamento como uma ferramenta de controle da epidemia.

Mais recentemente, novos dados obtidos em Uganda, Rwanda e na Zâmbia permitiram confirmar, em coortes de casais sorodiferentes muito mais importantes, o efeito da redução do risco transmissão produzido pelo tratamento. [8]

Na atualidade não dispomos de dados equivalentes relativos à transmissão em relações homossexuais. De todos modos, uma série de dados obtidos em San Francisco (EUA) entre homens que têm relações sexuais com homens mostra que um aumento importante dos casos de sífilis, indicador de um aumento da tomada de risco, não foi acompanhada de um aumento de infecções pelo HIV. A explicação oferecida é que o tratamento oferece um efeito protetor contra o risco de transmissão do HIV [9]. Este aumento das transmissões de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) enquanto as novas infecções pelo HIV não evoluem encontra-se também na província canadense de Columbia Britânica [10]. Apesar do aumento das tomadas de risco informadas, o tratamento parece capaz de reduzir o risco de transmissão do HIV [11].

As condições para obter um efeito sobre a dinâmica da epidemia

Continuando o caminho oferecido por estes dados, os resultados de diferentes trabalhos de modelização mostram que para obter um impacto sobre a dinâmica da epidemia, as variáveis essenciais são a percentagem de pessoas em tratamento entre as pessoas infectadas, a precocidade do início do tratamento e a boa observação deste (N. Do T. : adesão). Porém, um aumento da frequência das práticas de risco pode contrabalançar o impacto positivo dos tratamentos. Integrar o efeito do tratamento nas políticas públicas exige também levar em conta as características da epidemia no território considerado.

Um modelo desenvolvido pelo Centro para a Excelência em HIV AIDS da Columbia Britânica [12] mostra, sobre a base dos dados epidemiológicos desta província federada do Canadá, que só o aumento do número de pessoas tratadas de 50 % a 75 % das pessoas infectadas permitiria diminuir o número de transmissões da infecção pelo HIV [13]. Em níveis inferiores ao 50%, o efeito dos tratamentos desacelera o crescimento do número de infecções, mas não o inverte. Baseadas nestes resultados, as autoridades da Columbia

Britânica engajaram-se imediatamente pela via de uma política de prevenção na população baseada em parte sobre a eficácia do tratamento, estimada capaz, neste caso de epidemia concentrada, de produzir uma inflexão da dinâmica da epidemia. Esta estratégia é também considerada custo-eficaz. Com efeito, a modelização mostra que um aumento do número de pessoas testadas e tratadas induz um custo suplementar importante a curto prazo, mas por outro a do os custos a médio e longo prazos se reduzem na proporção do número de novas infecções evitadas. Ela permite então uma economia substancial a longo prazo para a coletividade.

Uma tal reorientação das políticas de luta contra a epidemia supõe conseguir testar mais cedo e melhor, como também assegurar a assistência mais precoce das pessoas que testaram positivo. Diversos trabalhos indicam que o nível de iniciação do tratamento deve estar situado por cima dos 200 CD4 para obter uma redução da transmissão [14]. Mais radicalmente, um modelo recentemente desenvolvido sob a égide da Organização Mundial da Saúde (OMS) explora as condições nas quais os tratamentos seriam suscetíveis de reduzir a incidência da epidemia ao ponto de erradicá-la. [15] Este estudo considera que num contexto de epidemia generalizada extremamente ativa como o da África do Sul, a testagem sistemática, reiterada a cada ano, de toda a população de mais de 15 anos. Se o tratamento fosse sistematicamente proposto a toda pessoa que testar positivo, independentemente de toda consideração clínica ou biológica, o modelo prediz que a erradicação da epidemia poderia ser obtida a partir da década de 2050. Porém, a implementação da estratégia estudada neste modelo coloca certamente, como notam também os autores, problemas sérios ao mesmo tempo éticos como de factibilidade.

Outros trabalhos, por último, dedicam-se a avaliar a importância da adesão e dos riscos de aparecimento de resistências suscetíveis de afetar a eficácia destas estratégias baseadas sobre o efeito dos tratamentos. Porém os principais temores de efeitos adversos referem-se à hipótese de uma modificação dos comportamentos.

Certos estudos constataam um efeito negativo sobre os comportamentos individuais de prevenção depois da chegada dos tratamentos. Este efeito pode tomar a forma de aumento da exposição ao risco de transmissão do HIV, e igualmente incluir o aumento da transmissão de outras IST cuja presença favorece a transmissão do HIV. Estes fatores podem portanto atenuar o benefício fornecido pelo tratamento [16]. Porém, os dados sobre o relaxamento das práticas mostram que ele afeta sobre tudo as pessoas que não estão infectadas ou que ignoram sua sorologia. Também, a descoberta das infecções e a assistência é um fator forte de adoção das práticas de prevenção. Uma meta análise dos comportamentos de risco a partir da chegada dos tratamentos antirretrovirais altamente ativos [17], mostra que estes comportamentos não são mais importantes entre as pessoas infectadas pelo HIV e tratadas, em comparação com as pessoas infectadas e não tratadas[18]. Resultados obtidos do estudo SMART [19] oferecem dados sobre a modificação de comportamentos das pessoas em tratamento e mostram que as pessoas infectadas tomam menos risco depois do início do tratamento, e que estas práticas permanecem ao longo do tempo.

I.1.2 O contexto francês

Desde que a redução da taxa de transmissão devida aos tratamentos é função tanto da situação epidemiológica, das características da transmissão dos grupos mais afetados, da realização do sistema de testagem e das condições de acesso à assistência, é necessário ajustar as estratégias aos grupos e aos territórios. [20] É conveniente apreciar estes parâmetros para determinar em qual medida e em quais condições os tratamentos poderiam aportar vantagens no contexto francês.

Na França, os desafios de uma epidemia concentrada

A situação na França metropolitana [N. do T.: isto é na França europeia] é a de uma epidemia concentrada, na qual as transmissões realizam-se fundamentalmente nos grupos particularmente expostos. Esta situação preferível à aquela de uma epidemia generalizada não é pelo momento uma epidemia fácil de controlar. As populações mais expostas aos riscos de transmissão (os gays e as pessoas de origem da África negra subsaariana) são muito diferentes. Os determinantes sociais da relação das pessoas com a saúde e o lugar da sexualidade em relação à saúde são provavelmente muito diferentes. Além disso, a concentração da epidemia nestes grupos não significa a ausência das transmissões entre os heterossexuais não migrantes. Por último, a Guiana, e em menor medida os outros Departamentos de Além Mar, constituem uma situação particular na medida em que nestes Departamentos podemos falar em epidemia generalizada. Por esta razão não podemos estar satisfeitos com a situação atual na França, onde a epidemia é no melhor dos casos aparentemente estável, mas não pode ser considerada em declínio [21].

A redução da mortalidade e a prolongação da expectativa de vida devidas aos tratamentos fazem com que o número de pessoas infectadas continue a crescer. Disto resulta um aumento progressivo da prevalência que, se nada mudar no plano da transmissão, produz aritmeticamente um crescimento do número de infecções. Portanto é importante conseguir o melhor controle da transmissão, incluindo a situação da epidemia concentrada.

A detecção: um assunto crucial

O atraso na detecção permanece um dos principais obstáculos a superar. Sobre um número total de pessoas vivendo com HIV na França estimado no final de 2007 entre 113.000 e 141.000, avalia-se geralmente em aproximadamente 36.000 o número de aquelas que ignoram sua infecção, ou seja uma proporção da ordem de um terço. Aproximadamente 7.000 pessoas descobrem a cada ano sua soropositividade, entre os quais mais de 33% apresentam um estado avançado da infecção, definido por um nível de CD4 inferior a 200 ou um diagnóstico de AIDS declarado. A assistência tardia decorrente constitui uma perda de chances terapêuticas importante para estas pessoas. É igualmente um fator importante da expansão da epidemia, cuja dinâmica repousa provavelmente em que grande parte nas transmissões é devida a pessoas que ignoram sua sorologia positiva [22]. A melhora do dispositivo de testagem, é a primeira condição de toda estratégia baseada no efeito dos tratamentos para redução da epidemia.

A assistência e o acesso a tratamento que devem seguir a um diagnóstico de infecção aparecem globalmente satisfatórias na França metropolitana. Porém, existem dificuldades de acesso à assistência e do acompanhamento biomédico para certas populações migrantes desprovidas de cobertura social em razão de sua situação administrativa. Colocada esta reserva, o sistema de proteção social francês oferece às pessoas infectadas um acesso sem restrições ao conjunto de tratamentos de ARV disponíveis na atualidade. Esta qualidade da assistência permite obter resultados terapêuticos muito bons, com uma taxa de supressão virológica que alcança a 85% das pessoas em tratamento. Na perspectiva do impacto dos tratamentos sobre a dinâmica da epidemia, o dado significativo é a taxa de pessoas tratadas com sucesso informada entre o total de pessoas infectadas. Esta pode ser avaliada atualmente em 46% [24]. Seria então inferior ao nível de pelo menos 50% das pessoas tratadas eficazmente que permitiria, na situação de epidemia concentrada e segundo os trabalhos realizados na Columbia Britânica, a obtenção de um decréscimo do número de infecções [25]. Como está garantido o bom funcionamento da assistência da infecção após o diagnóstico, aparece novamente o tema da performance da testagem e detecção como determinante para o aumento da taxa de pessoas em tratamento eficaz. Porém a situação parece muito menos favorável na Guiana e, em menor medida, nos outros Departamentos da França de Além Mar, onde dificuldades importantes de acesso à assistência acrescentam-se aos problemas de testagem. [26]

I.2 Porém, o tratamento não pode garantir uma total ausência de risco de transmissão

Se por um lado existe um certo consenso ao redor da ideia que o tratamento pode permitir a redução do risco de transmissão na escala de uma população, a extensão desta redução do risco no plano individual é objeto de calorosas discussões. A prevenção da transmissão do HIV baseou-se até agora na promoção de comportamentos individuais que não permitem a transmissão em situações de risco potencial. A intervenção do tratamento procede de uma outra lógica, que consiste em tornar não transmissoras as pessoas portadoras do vírus, independentemente de seu comportamento nas situações em risco de transmissão. Em termos de prevenção individual, o tratamento é mais do que uma simples ferramenta que acrescenta-se à variedade existente de ferramentas comportamentais. Ele modifica o paradigma sobre o qual se construiu a prevenção até o momento. Como não pode ser excluída a existência de um risco residual de transmissão no plano individual, o interesse no tratamento como prevenção deve ser discutido não numa oposição estéril a outros meios de prevenção, mas numa perspectiva de complementaridade.

O risco residual, um fato irredutível

A quantificação de riscos é discutida no plano individual porque os estudos foram realizados num número pequeno de voluntários e raramente entre casais homossexuais. Os dados disponíveis mostram que o risco de transmissão numa relação heterossexual na qual o parceiro infectado está em tratamento é fraco, mas não pode ser afirmado pelo momento que ele é nulo. Alguns pesquisadores estimam que este risco residual é mais importante para os homens que têm sexo com outros homens [27]. Em janeiro de 2008, um conjunto de recomendações emitidas pela Comissão Federal Suíça sobre os problemas ligados à

AIDS (EKAF/CFPS) e publicadas no Boletim de Médicos Suíços suscitou uma polêmica. Com efeito, o parecer suíço ultrapassa esta afirmação e expressa que o caráter protetor do tratamento no plano individual, considerando desprezível o risco residual de transmissão. Ele estipula também que uma pessoa infectada pelo HIV tratada por terapia antirretroviral altamente ativa, estritamente aderente, com uma carga viral indetectável durante mais de seis meses, e isenta de toda outra infecção sexualmente transmissível, não pode transmitir o HIV durante uma relação heterossexual. O parecer conclui, sobre tudo em resposta ao desejo de procriação expresso por certos casais sorodiferentes, referindo-se à possibilidade para estes casais heterossexuais estáveis, no qual o parceiro infectado preenche as diferentes condições do enunciado, de renunciar, com o acordo do parceiro não infectado, à proteção pelo preservativo nas relações sexuais. O Conselho Nacional de AIDS, num comunicado para a imprensa, convidou a agir com prudência sobre este tipo de extrapolação ao plano individual do impacto do tratamento sobre a transmissão [28]. O grupo francês de especialistas, nas recomendações publicadas em julho de 2008, emitiu também algumas reservas sobre o alcance individual da proteção oferecida pelo tratamento. [29]

A existência de um risco residual de transmissão pode ser questionada por causa das incertezas que afetam a correlação entre o nível de risco de transmissão pela via sexual e o nível da carga viral medida no sangue. Foi mostrada uma correlação entre a baixa da carga viral plasmática que segue ao início do tratamento e a carga viral seminal [30]. Este dado foi precisado [31] [32], mencionando a presença do HIV latente nas células seminais de homens com carga viral indetectável [33] ou sublinhando os rebotes de carga viral durante as IST [34]. Uma carga viral indetectável num dado momento não prediz portanto uma estabilidade perfeita. Um resultado de carga viral no sangue inferior ao nível de detecção não permite excluir todo risco de presença de vírus no esperma.

Outros trabalhos mostraram uma correlação entre a carga viral plasmática e a carga viral no trato genital das mulheres, sempre observando que em certos casos a presença do vírus permite supor reservatórios específicos [35]. Porém, as dificuldades de medir ou de obter amostras nos tratos genitais e de secreções não permitem na atualidade obter respostas definitivas para o risco de transmissão. A carga viral plasmática permanece a melhor medida preditiva da carga viral nos fluidos [36], mas ainda é necessário conhecer melhor o vínculo entre a presença de vírus no trato genital e o tipo de tratamento utilizado [37] com o risco de transmissão [38]. Uma pesquisa está em curso para verificar o impacto do tratamento na redução do risco de transmissão sexual da infecção pelo HIV, cujos resultados definitivos esperam-se para 2012. Este estudo em vários países [N. do T.: inclui o Brasil] inclui 1.750 casais sorodiferentes para avaliar em qual medida o tratamento permite evitar a transmissão da infecção pelo HIV [39]. Porém, mesmo que o impacto do tratamento na prevenção no nível da população seja claramente estabelecido, o nível de risco no plano individual poderá somente ser delimitado. Se for possível refinar os dados, a redução do intervalo de confiança não permitirá afirmar um risco zero. [N. Do T. : como aliás em qualquer ensaio que produzir intervalos de confiança, tais como os estudos em seres humanos sobre eficácia do preservativo entre outros] Os resultados não permitirão determinar critérios particulares de exposição nem determinar um nível de carga viral plasmática embaixo do qual o risco de transmissão é nulo. A questão do uso possível do

tratamento para prevenir a transmissão no plano individual colocar-se-á sempre em situação de incerteza.

Informar sem opor tratamento e ferramentas convencionais de prevenção

A existência possível de um risco de transmissão fraco mas não nulo exige em primeiro lugar que tanto as pessoas sob tratamento como seus parceiros estejam plenamente informados sobre o tema. Este ponto é muito importante desde que as atitudes dos parceiros em relação ao tratamento como possível método de prevenção são sensivelmente diferentes das que correspondem aos meios tradicionais de prevenção. No plano individual, os meios disponíveis para evitar a transmissão do vírus eram até o momento tecnicamente os mesmos para as pessoas não infectadas do que para as pessoas portadoras do vírus. A prevenção da transmissão primária (não se infectar) como da transmissão secundária (não transmitir) repousa sobre a adoção, essencialmente, ou de um comportamento de abstinência – sem relações sexuais, sem risco de transmissão – ou sobre o uso sistemático do preservativo – ou seja de relações sexuais sempre protegidas. [40] Outras estratégias comportamentais, tais como a redução do número de parceiros podem, de modo complementar, contribuir a reduzir os riscos de transmissão tanto primários como secundários. Neste modelo, cada indivíduo está igualmente e plenamente investido da responsabilidade de assegurar a não-transmissão, seja para se proteger a si mesmo ou para proteger ao outro [41]. Esta responsabilidade se recoloca por ocasião de cada relação sexual. Com o tratamento, por outro lado, aparece um meio, medicalizado e não comportamental, dissociado do ato sexual, de tornar as pessoas portadoras do vírus muito pouco infectantes. O controle deste meio não é mais igualmente partilhado pelos parceiros: ele depende somente do parceiro infectado, que carrega por inteiro, se nenhuma outra técnica de proteção for utilizada, a responsabilidade de reduzir o risco do outro [N. Do T. : isto, no caso em que tenham relações sexuais com preservativo com outros parceiros para evitar o aparecimento de IST, ou mesmo do HIV] . O tratamento, como ferramenta de prevenção individual, redefine o local da responsabilidade na luta contra a AIDS. Investe os soropositivos que recorrem a este recurso, de uma responsabilidade particular e unilateral de proteger o outro. Ela se exerce num lugar distante da relação sexual, notadamente no terreno da boa adesão ao tratamento, que condiciona sua eficácia.

A promoção do tratamento para reduzir o risco de transmissão deverá então ser acompanhado de uma clara mensagem de prudência. A ferramenta constituída pelo tratamento não substitui o uso do preservativo, que permanece, à condição de ser corretamente utilizado, um meio confiável pelo qual cada um pode preservar, independentemente do conhecimento da sorologia do parceiro [N. Do T. : e da própria sorologia], o controle da proteção de si como do outro numa relação sexual. Uma pessoa sem HIV ou que ignora sua sorologia, mas preocupada com sua própria proteção não tem motivos para abandonar a proteção que pode lhe dar o preservativo, seja porque o tratamento que seu parceiro usa não oferece garantias de proteção absoluta, seja porque ela pode ignorar se o parceiro é soropositivo, está em tratamento, se ele é aderente, se sua carga viral é indetectável, seja por fim porque ela não pode ter confiança nele por algum destes motivos. A prudência convidará igualmente uma pessoa soropositiva preocupada com a proteção de seus parceiros, se ela estiver sob tratamento eficaz, a manter uma proteção maximal usando o preservativo e encarando o tratamento como uma segurança adicional

extremamente reasseguradora. O tratamento deve ser pensado como uma ferramenta que aporta aos usuários regulares do preservativo um acréscimo apreciável de segurança. Adicionalmente, o preservativo permanece o único modo de se proteger de outras IST.

PARTE II Uma mudança de paradigma: evoluir em direção a uma nova abordagem da luta contra a epidemia na França

II.1 Uma responsabilidade nova dos poderes públicos reafirmando o respeito pelos direitos das pessoas

Integrar o efeito dos tratamentos sobre os riscos de transmissão às políticas de luta contra a epidemia modifica os fundamentos desta política. A diferença dos modelos tradicionais de luta contra as doenças infecciosas como a tuberculose, a luta contra a AIDS estruturou-se historicamente sem tomar em conta o impacto dos tratamentos sobre a transmissão.

Frente à AIDS, por razões como a ausência de tratamentos nos primeiros anos da epidemia, a seu caráter estigmatizante e também ao papel desempenhado na elaboração da resposta pelas pessoas vivendo com HIV/AIDS, essencialmente provenientes da comunidade gay, prevaleceu uma abordagem baseada sobre o respeito da autonomia das pessoas, o respeito de seus direitos e seu envolvimento ativo em todos os campos da luta. A política de testagem se construiu sobre um respeito estrito de seu caráter voluntário e sobre a possibilidade de preservação do anonimato. Na falta de uma ferramenta como uma vacina ou um tratamento das pessoas infectadas suscetível de torná-las não infecciosas, o controle da epidemia baseou-se exclusivamente sobre a modificação dos comportamentos, através de um apelo à responsabilidade de cada indivíduo de adotar as práticas adequadas que permitissem não se recontaminar e não transmitir o HIV. Entre as estratégias comportamentais desenvolvidas pelos poderes públicos e organizações comunitárias, o essencial dos esforços foi realizado sobre a promoção do uso do preservativo para todas as práticas de penetração vaginal ou anal.⁴² Este trabalho foi sendo acompanhado de ações sobre as barreiras estruturais da prevenção, abordando a discriminação e a estigmatização, temas de gênero, e barreiras sociais e culturais. Mais recentemente, houve ênfase sobre a testagem em termos dos benefícios individuais resultantes do acesso precoce ao tratamento, e em termos da possibilidade de uma parceria estável onde os dois parceiros são soronegativos considerem o abandono do uso do preservativo⁴³. Aparte deste contexto específico, o conhecimento da sorologia pessoal não é um elemento central desta concepção de prevenção que prevaleceu até o momento, desde que independentemente da sorologia ambos parceiros participaram nesta abordagem preventiva.

Para construir a estratégia de luta contra a epidemia pelo uso maximal do efeito do tratamento sobre o risco de transmissão, necessitamos ter um nova perspectiva sobre vários aspectos deste modelo. Ele estabelece um novo conjunto de desafios para as autoridades de saúde em termos de triagem, acesso a assistência, comunicação e, finalmente, pesquisa.

Um Assunto Público de Importância Primária

A testagem e o tratamento não são mais temas importantes somente para os indivíduos mas também para a comunidade como um todo, e podem portanto constituir um risco para a autonomia individual. Do ponto de vista da saúde pública, o aumento do número de pessoas testadas e tratadas torna-se um objetivo importante que dá às autoridades governamentais de saúde uma responsabilidade sem precedentes no controle da epidemia. O novo desafio pode dar lugar a preocupações bem fundamentadas de que as políticas públicas sobre testagem e as diretrizes de prática médica pudessem adotar abordagens mais coercitivas. Com efeito, se a testagem e tratamento em grande escala das pessoas infectadas resulta numa diminuição da epidemia, seria tentador implementar a testagem sistemática e compulsória da população e formas mais ou menos coercitivas de impor o tratamento das pessoas identificadas como HIV positivas.

As autoridades de saúde e o governo precisam colocar políticas públicas efetivas para reforçar a testagem, mas não devem ceder a este tipo de raciocínio que pode se comprovar falaz. Melhorar a eficácia da testagem não invalida nenhuma das razões atuais para a rejeição da testagem compulsória. Manter o consentimento livre e informado para a testagem permanece um tema de respeito pelos direitos fundamentais do indivíduo e é também, do ponto de vista da saúde pública, uma necessidade: a experiência demonstrou amplamente a superioridade das abordagens baseadas na adesão voluntária e a ineficácia daquelas baseadas em coerção.⁴⁴

42 Além dos preservativos, outras estratégias comportamentais têm sido promovidas em vários países ou regiões do mundo, tanto por razões políticas ou ideológicas ou para responder a um contexto epidemiológico específico: advogar abstinência sexual, fidelidade, menor quantidade de parceiros sexuais ou adiar a primeira experiência sexual. As duas primeiras estratégias demonstraram sua falta de eficácia em termos de controle da epidemia; as duas últimas soluções podem ter tido algum impacto sobre o nível macro mas reduzem o risco de transmissão ao indivíduo numa pequena proporção; elas não constituem meios confiáveis de proteção individuais.

43 É usual falar de « segurança negociada » a propósito do protocolo de suspensão do preservativo entre dois parceiros, que inclui o respeito por ambos de um período de espera devido à janela de soroconversão antes de realizar conjuntamente o teste, e um compromisso recíproco que consiste em não ter relações sexuais com terceiros ou se proteger em caso de relação sexual com terceiros.

Por outro lado, para melhorar a testagem e ampliar a sua rede, a política de testagem deverá ser repensada, e deverá ser sistematicamente muito mais oferecida.⁴⁵ Tanto no domínio da testagem como naquele do acompanhamento e assistência, implementar políticas que integrem o tratamento como prevenção significará que as autoridades públicas deverão antecipar o aumento de demandas materiais, financeiras e de recursos humanos que surge de um aumento muito significativo de pessoas testadas e tratadas, comparado com a situação atual.

A comunicação sobre o interesse da testagem e do tratamento deve igualmente ser repensada em novos termos e ocupar de agora em diante um lugar central no discurso da prevenção. A comunicação foi até agora implicitamente baseada nos inconvenientes do tratamento (dificuldades e efeitos colaterais) para estimular a população geral não infectada a se proteger. Na atualidade pode considerar focar na promoção do benefício que o tratamento fornece às pessoas infectadas, contribuindo a fazer compreender ao grande público o interesse no conhecimento da sorologia e a incorporar o recurso à testagem como um ato rotineiro do acompanhamento da saúde. Se a promoção do uso do preservativo deve em todo caso ser continuada, ela deve estar articulada numa concepção mais ampla da prevenção individual na qual exista uma informação clara e completa sobre o efeito protetor do tratamento, como também dos seus limites.

A perspectiva de uma estratégia de controle da epidemia apoiada sobre o efeito dos tratamentos implica por último, um esforço de sustentação da pesquisa. Com efeito, este tipo de estratégia será mais eficaz na medida em que os tratamentos disponíveis no futuro sejam mais eficazes não somente em termos de supressão viral, mas igualmente e sobre tudo na melhora da tolerância e na facilitação da adesão. Portanto é importante reforçar a pesquisa no domínio dos efeitos colaterais, dos efeitos de longo prazo da infecção e dos tratamentos, do desenvolvimento de formulações farmacêuticas mais adaptadas, da educação terapêutica e mais geralmente da qualidade de vida durante o tratamento.

II.2 Refundar o pacto preventivo: reforçar a capacidade dos indivíduos de exercer sua liberdade

O tratamento deve ter um lugar na prevenção individual

Não opor tratamento e uso do preservativo e pensar sua complementariedade consiste em afirmar que o uso de um não exclui o outro e que a combinação dos dois parece garantir uma segurança maximizada. Mas é também afirmar que o uso de somente um destes meios parece sempre preferível à ausência total de proteção. O tratamento pode constituir um instrumento precioso para evitar numerosas contaminações entre as pessoas que, por razões variadas, não utilizam o preservativo nunca ou não utilizam-no às vezes ou utilizam-no de modo inadequado. A eficácia do preservativo para prevenir a transmissão do HIV, quase perfeita na teoria, aparece submetida às condições de sua utilização. Estudos realizados sobre coortes de usuários constataam transmissões do HIV mesmo nos grupos de usuários mais rigorosos, que alegam um uso absolutamente sistemático do preservativo para toda prática de penetração. Na vida real o preservativo usado sistematicamente e corretamente reduz o risco de transmissão do HIV, segundo os estudos, em 90 a 95% em comparação com a ausência de proteção.⁴⁶ A redução então é muito poderosa, mas não se pode falar de “risco zero”. Ela diminui muito quando o uso não é sistemático. Os limites da prevenção pelo preservativo são conhecidos: uso não sistemático, uso incorreto, ruptura. As tomadas de risco existem de modo persistente por razões diferentes segundo os grupos ou situações: uma negação ou não reconhecimento das tomadas de risco, relações não protegidas entre casais sorodiferentes, tomadas de risco iterativas ou sistemáticas, falta de poder de negociação do preservativo ou evocação da sorologia por razões de relacionamento entre os sexos, situações sociais ou afetivas. Estas situações de exposição inscrevem-se em processos que podem ser diferentes para as mulheres e para os homens, gays ou imigrantes. Apesar de um desejo de se proteger ou de proteger ao outro, as pessoas podem ser confrontadas com dificuldades sexuais durante a utilização do preservativo, ou também sentir o cansaço de manter um alto nível de proteção ao longo de toda sua vida e também conhecer fases de relaxamento. A percepção e a gestão do risco são subjetivas e dependem sobre tudo de uma avaliação da relação entre nível de risco percebido e

44 Conseil national du sida, *Rapport suivi d'un avis sur le dépistage obligatoire ou systématique du VIH*, 18 décembre 1991 ; *Avis sur la conduite à tenir face au risque de contamination par le VIH/sida à la suite d'une agression sexuelle*, 12 décembre 2002 ; *Avis sur le dépistage de l'infection par le VIH au cours de la grossesse et prévention périnatale de la contamination de l'enfant*, 14 mars 2002.

45 Conseil national du sida. *Rapport suivi de recommandations sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France*, 16 novembre 2006.

46 Pinkerton S D, Abramson P R, *Effectiveness of condoms in preventing HIV transmission*. Soc. Sci. Med. Vol, 44, No. 9, pp. 1303-1312, 1997 ; Weller SC, Davis-Beatty K, *Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 1. Art. No.: CD003255. DOI: 10.1002/14651858.CD003255.

o benefício esperado numa situação dada, mais do que um risco totalmente abstrato. Neste respeito, a prática da felação não protegida por um preservativo é testemunha da aceitação de um risco fraco mas não nulo de contaminação.

No plano individual o tratamento e o preservativo não se distinguem a respeito do «risco zero». O tratamento e o preservativo diferenciam-se sim por suas condições de uso e pelas modalidades de ação diferentes. O tratamento pode constituir uma resposta em certas condições de fracasso da proteção pelo preservativo e por isto deve ser integrado numa visão ampliada da prevenção

Uma relação nova entre a infecção e o tratamento para as pessoas que vivem com o HIV

O fato de saber que o tratamento bem observado reduz fortemente o risco de transmissão do HIV, modifica a percepção que as pessoas com HIV têm de sua infecção. Numerosas pessoas que vivem com o HIV temem antes de mais nada transmitir o vírus a seus parceiros, seja isto numa relação fixa ou em encontros casuais. Este medo leva uma parte não desprezível de entre elas a se proibirem de ter relações sexuais depois de diagnosticadas com a infecção.⁴⁷

A redução do risco de transmissão graças ao tratamento oferece às pessoas com HIV um modo potente de segurança que deveria permitir-lhes, em diversos graus, de viver sua sexualidade de modo mais sereno e amplo. Pode constituir um alívio muito importante para as pessoas que se sabem infectadas, mas que não tem possibilidade de revelar sua sorologia ao parceiro, nem de propor o uso do preservativo. Constitui também uma segurança apreciável para aqueles que por diversas razões se encontram pontualmente em dificuldades de se prevenir. Assim, as situações nas quais se esquece o preservativo ou durante a ruptura ou deslizamento parecem menos trágicas e mais tranqüilas de gerenciar, conhecendo a diminuição do risco.

O efeito da redução de risco da transmissão oferecido pelo tratamento, acrescenta a este uma indicação suplementar diferente da indicação terapêutica propriamente dita, e que de agora em diante deve ser levada em conta dentro da decisão de iniciar um tratamento. Torna-se possível considerar o início de um tratamento mais precocemente num estágio no qual o benefício terapêutico não é manifesto, somente por este benefício preventivo. Neste domínio, como para os diversos modos de testagem, coloca-se novamente a questão do respeito da autonomia das pessoas. É necessário, pelas mesmas razões dos direitos fundamentais das pessoas e da necessidade de basear todo procedimento de cuidados sobre a adesão do paciente, de reafirmar a primazia da liberdade de escolha da pessoa. As recomendações da Comissão de Especialistas de 2008 estipulam neste sentido que, se os argumentos não são pelo momento suficientes para recomendar a instauração de um tratamento antirretroviral entre os pacientes assintomáticos com mais de 500 CD4, « *parece não obstante aceitável ouvir e examinar a demanda de um paciente que deseja iniciar um tratamento mesmo que sua contagem de células CD4 superior a 500 céls/mm³, notadamente numa ótica de diminuição do risco de transmissão sexual do HIV.* »⁴⁸

É possível e mesmo provável, que as recomendações de iniciação ótima de tratamento evoluam mais ainda no futuro em direção a maior precocidade, simultaneamente pelo benefício terapêutico de uma iniciação num nível mais elevado de CD4, e porque os progressos da farmacologia vão igualmente no sentido de tratamentos ao mesmo tempo mais eficazes e mais toleráveis e de ingestão mais simples. Porém, iniciar um tratamento

que deverá ser seguido durante toda a vida, e apesar da chance de demonstrar importantes efeitos colaterais, não é nem será jamais uma decisão anódina, sobre tudo porque a sustentação de uma boa adesão é uma componente essencial. A este respeito, o efeito do tratamento sobre o risco de transmissão tem como efeito fazer coincidir a preocupação de não transmitir o vírus com o cuidado de si, o que pode resultar numa melhora da adesão. Não obstante, se continuar crescendo a evidência em favor de um início mais precoce do tratamento tanto do ponto de vista médico (benefício individual) como de saúde pública (benefício coletivo), será conveniente que o médico ponha ênfase crescente na informação para seu paciente, tanto sobre os limites e restrições do tratamento como ferramenta para a prevenção, como sobre seus benefícios, para assegurar que ele esteja pronto para engajar-se no tratamento e deseje fazê-lo. O efeito preventivo do tratamento não é um convite a prescrevê-lo em quaisquer circunstâncias, mas reforça a necessidade de adesão voluntária dos pacientes, e demanda diálogos em profundidade entre médico e paciente sobre tópicos como sexualidade e prevenção.

Uma Concepção Renovada de Prevenção para a População Geral

O efeito do tratamento sobre o risco de transmissão redefine as motivações para a triagem e, quando necessário, para o tratamento. Surge uma nova forma de responsabilidade, e ela deve tornar-se central na filosofia que fundamenta a prevenção do HIV: a responsabilidade de todas as pessoas sexualmente ativas de conhecer seu status sorológico através da testagem periódica, e de procurar o tratamento em caso de diagnóstico de infecção.

⁴⁷ Cf. *supra*, note 40

⁴⁸ Yeni P [dir.], *Recommandations du groupe d'experts, rapport 2008, op. cit.*, p. 34-35.

⁴⁹ Les dernières recommandations émises en France [Yeni P [dir.], *Recommandations du groupe d'experts, rapport 2008, op. cit.*] préconisent de démarrer un traitement chez les patients asymptomatiques à un niveau de compris entre 350 et 500 CD4/ml, mais suggèrent que le bénéfice d'une initiation à un niveau de CD4 encore supérieur pourra être prouvé à l'avenir. Des données récentes étudiant la morbi-mortalité chez des patients selon le niveau de CD4 à l'initiation du traitement confortent cette hypothèse [Kitahata M *et al.*, *Effect of Early versus Deferred Antiretroviral Therapy for HIV on Survival*, *N Engl J Med* 2009;360.]

14/17 CONSEIL NATIONAL DU SIDA

Avis suivi de recommandations sur l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH
http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/Avis_sur_l_interet_du_traitement.pdf

Para isto, o discurso da prevenção deve de agora em diante valorizar as vantagens do tratamento, tanto em termos de benefício terapêutico direto como em termo de benefício preventivo. A testagem deve ser percebida como uma parte normal e regular do acompanhamento de saúde. O conhecimento da sorologia deve ser compreendido tanto como uma vantagem para si – como em numerosas patologias, a precocidade da assistência determina o sucesso terapêutico – e como meio indispensável de acesso a todas as ferramentas de prevenção disponíveis. Esta reformulação da testagem e da valorização da oferta de tratamento em caso de diagnóstico de infecção constituem uma oportunidade de re-comprometer a população geral na luta pela prevenção da AIDS. Integrar o uso do tratamento no elenco de ferramentas de prevenção da transmissão pode provavelmente modificar as percepções sociais da doença. Uma parte dos fenômenos de estigmatização e de discriminação sobre as pessoas que vivem com HIV explica-se pelos temores projetados sobre as pessoas soropositivas, percebidas como vetores da contaminação. É claro que estes temores frente à doença e às pessoas com HIV não surgem exclusivamente do risco de transmissão: eles originam-se também sobre as representações associadas às modalidades de contaminação que a sociedade continua projetando sobre as pessoas com HIV: sexualidade, homossexualidade, abuso de substâncias.

Na medida em que a infecção « passa pelos fluidos do corpo, a partir dos quais construímos, de modo profundamente arcaico, nossa maneira de pensar a vida, a identidade, a parentalidade, a filiação, a aliança matrimonial »⁵⁰, o impacto do tratamento sobre o risco de transmissão pode não ter muito impacto necessariamente sobre estas representações profundas. Porém, a longo prazo, a difusão na população geral da informação sobre a redução do risco de transmissão entre as pessoas tratadas pode contribuir para uma percepção mais generalizada de que as pessoas infectadas não constituem um perigo quando elas assumem sua sorologia e seguem um tratamento. A restauração da dignidade das pessoas vivendo com HIV – a perspectiva de atitudes menos dramáticas sobre sua própria doença e sobre a transmissão e a perspectiva de uma menor carga social sobre as pessoas com HIV/AIDS – deveria favorecer uma restauração da prudência. Pode-se esperar até o desenvolvimento de um ambiente mais favorável para discutir a sorologia entre parceiros, por sua vez mais favorável para a adoção de comportamentos de prevenção adequados, em particular o uso do preservativo.

Este novo modelo de prevenção baseia-se sobre um reforço do conhecimento para aumentar a capacidade das pessoas de proteger-se e de proteger aos outros. É um conhecimento de si, isto é, de sua sorologia, de sua relação com o risco, com a sexualidade e com seu ou seus parceiros, e um conhecimento dos meios de proteção e de seus limites. Implica um discurso de prevenção mais complexo, mas mais fácil de ouvir e entender se salientar a confiança na liberdade e na inteligência das pessoas nas suas escolhas, sempre que sejam dados os meios e os conhecimentos para realizá-las.

⁵⁰ Rapport d'activité du CNS, 1989-1994, p.7.

Recomendações

Como consequência deste parecer, o CNS recomenda :

1. Aos poderes públicos

- no plano das políticas de saúde:

o reforçar a oferta de testagem e melhorar a continuidade entre a testagem e a assistência com a finalidade de aumentar o número de pessoas testadas e tratadas;

o antecipar as necessidades e as cargas suplementares geradas do sistema de assistência por um aumento previsível da fila ativa.

- no plano das políticas de pesquisa :

o encorajar o desenvolvimento de pesquisas sobre o interesse do tratamento na prevenção da transmissão sexual do HIV, sobre a melhora da tolerância dos tratamentos, condições que favorecem uma boa adesão e qualidade de vida.

- no plano da comunicação:

o promover o benefício da testagem e do tratamento na população:

enfaticamente o benefício de um acesso precoce ao tratamento para as pessoas infectadas e portanto o interesse de que cada um conheça sua sorologia,

informando sobre as melhoras reais que oferecem os tratamentos atuais,

habitando a população a recorrer regularmente à testagem como um ato comum de acompanhamento da saúde de toda pessoa sexualmente ativa,

informando sobre a redução de risco de transmissão sexual aportada pelos tratamentos, sempre indicando que um risco residual pode subsistir.

o redefinir o discurso de prevenção ao redor da complementaridade entre as diferentes ferramentas :

salientando a necessidade do conhecimento por cada um de sua sorologia para se beneficiar, no caso em que couber, da nova ferramenta constituída pelo tratamento, continuando a promoção do uso do preservativo, que em todos os casos permite uma proteção maximizada,

encorajando as pessoas infectadas a considerar o tema da tomada de riscos e valorizando o interesse do tratamento nestas situações, sempre informando da existência possível de um risco residual, que pode ser ainda minimizado pelo uso conjunto do preservativo.

2. Aos Profissionais de Saúde

o mobilizar os meios de treinamento e técnicas de informação que permitam uma familiaridade pelos profissionais de saúde com estes novos temas dos tratamentos;

o em particular para os médicos, abordar as questões de sexualidade com as pessoas em acompanhamento, de informá-las dos riscos e do lugar que pode ter o tratamento na prevenção segundo sua situação a respeito do tratamento;

o para os médicos, se encontrarem pessoas infectadas pelo HIV e em dificuldade de implementar a prevenção, mas que não precisam de tratamento para elas próprias, segundo as diretrizes atuais, abordar com estes pacientes a eventualidade de iniciar um tratamento com a finalidade de reduzir os riscos de transmissão. Em todo caso, a prescrição de um tratamento pelo seu efeito preventivo devesse responder a uma solicitação expressa claramente pelo paciente.

3. às Organizações Não Governamentais

o para as associações de luta contra o HIV/AIDS, refletir sobre os modos de apropriar-se e engajar-se neste aspecto do tratamento e assimilá-lo de modo adequado a suas especificidades e aquelas de seus públicos;

o para as associações cujo objeto não é a luta contra a AIDS, mas que reúnem pessoas ou grupos especialmente vulneráveis ao HIV/AIDS, seja para a defesa de seus direitos, ou atividades comunitárias, sociais, culturais ou de lazer (associações de emigrantes, de gays e outros HSH, de mulheres, etc.), engajar-se na difusão de mensagens de prevenção e de estímulo à testagem. O apoio dos movimentos associativos e sociais próximos dos grupos mais expostos ao risco de transmissão é indispensável para reduzir o diagnóstico tardio.

Notas

[1]Kumwenda NI, Hoover DR, Mofenson LM, Thigpen MC, Kafulafula G, Li Q, Mipando L, Nkanaunena K, Mebrahtu T, Bulterys M, Fowler MG, Taha TE. *Extended antiretroviral prophylaxis to reduce breast-milk HIV-1 transmission*. N Engl J Med. 2008 Jul 10 ;359(2):119-29.

[2] Circulaire n°DGS/R12/DHOS/DGT/DSS/2008/91 do 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (HIV). Circulaire n°DGS/DHOS/DRT/DSS/2003/165 do 2 avril 2003 relative aux recommandations de mise en oeuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du HIV. Circulaire n° DGS/VS2/DH/DRT/99/680 do 8 décembre 1999 relative aux recommandations à mettre en oeuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques. Yeni P [dir.], *Recommandations du groupe d'experts, rapport 2008*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences, Ministère de la santé, 2008.

[3] Ce type de stratégies, dont l'efficacité n'est pour l'instant vérifiée que sur des modèles animaux, consiste à proposer à une personne non infectée de prendre un traitement antirétroviral en amont d'une prise de risque prévisible. Les recherches sur le développement de microbicides contenant des antirétroviraux procèdent de la même logique d'effet préventif à destination des personnes non infectées. Ces usages de traitement, à la fois parce qu'ils ne sont pas encore validés et parce qu'ils relèvent d'une logique différente en visant la prévention primaire chez des personnes indemnes, ne font pas l'objet du présent avis.

[4] Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, Serwadda D, Li C, Wabwire-Mangen F, Meehan, MO, Lutalo T, Gray RH. *Viral Load and Heterosexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1*. *N Engl J Med*, 2000, 342:921-9. Ces données concernent 415 couples sérodifférents suivis pendant 30 mois.

[5] Tovanabutra S, Robison V, Wongtrakul J, Sennum S, Suriyanon V, Kingkeow D, Kawichai S, Tanan P, Duerr A, Nelson KE. *Male viral load and heterosexual transmission of HIV-1 subtype E in northern Thailand*. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2002 Mar 1 ;29(3):275-83. Porte sur 493 couples, seul l'homme est infecté par le HIV.

[6] Castilla J, Del Romero J, Hernando V, Marincovich B, García S, Rodríguez C. *Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV*. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2005 Sep 1 ;40(1):96-101. Porte sur 393 couples sérodifférents, l'homme ou la femme étant la personne infectée, couples enrôlés dans la cohorte entre 1991 et 2003.

[7] Fang CT, Hsu HM, Twu SJ, Chen MY, Chang YY. *Decreased HIV transmission after a policy of providing free access to highly active antiretroviral therapy in Taiwan*. *JID* 2004 ;190 : 879-85.

[8] Reynolds, S. et al. *ART reduced rate of sexual transmission of HIV among HIV-discordant couples in rural Rakai, Uganda*. Sixteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Montreal, abstract 52a, 2009. Sullivan, P. et al. *Reduction of HIV transmission risk and high risk sex while prescribed ART : results from discordant couples in Rwanda and Zambia*. Sixteenth Conference on Retrovirus and Opportunistic Infections, Montreal, abstract 52bLB, 2009.

[9]Buchacz K, Kellogg T, McFarland W, Kohn R, Dilley J, Louie B, Kent C, Holmberg S, Klausner, CDC Atlanta, *Trends in primary and secondary syphilis and HIV seroincidence among men who have sex with men in San Francisco, 1998-2002*, Conference on Retrovirus and Opportunistic Infections, Boston, presentation 88, 2005.

[10]Lima VD, Johnston K, Hogg RS, Levy AR, Harrigan PR, Anema A, Montaner JS. *Expanded access to highly active antiretroviral therapy : a potentially powerful strategy to curb the growth of the HIV epidemic*. J Infect Dis. ; 2008 Jul 1 ;198(1):59-67. p. 65.

[11]Porco TC, Martin JN, Page-Shafer KA, Cheng A, Charlebois E, Grant RM, Osmond DH. *Decline in HIV infectivity following the introduction of highly active antiretroviral therapy*. AIDS. 2004 Jan 2 ;18(1):81-8.

[12]Le *British Columbia Centre for excellence in HIV*, créé en 1992 par le ministère provincial de la santé, a parmi ses missions le développement de protocoles de recherche et de programmes de santé publique coût-efficaces pour la lutte contre le HIV.

[13]Lima VD, Johnston K, Hogg RS, Levy AR, Harrigan PR, Anema A, Montaner JS. *Expanded access to highly active antiretroviral therapy : a potentially powerful strategy to curb the growth of the HIV epidemic*. *Op. cit.*.

[14]Auvert B, Males S, Puren A, Taljaard D, Caraël M, Williams B. *Can highly active antiretroviral therapy reduce the spread of HIV ? A study in a township of South Africa*. J Acquir Immune Defic Syndr. 2004 May 1 ;36(1):613-21. Abbas UL, Anderson RM, Mellors JW. *Potential impact of antiretroviral therapy on HIV-1 transmission and AIDS mortality in resource-limited settings*. J Acquir Immune Defic Syndr. 2006 Apr 15 ;41(5):632-41.

[15]Velasco-Hernandez JX, Gershengorn HB, Blower SM. *Could widespread use of combinação antiretroviral therapy eradicate HIV epidemics ?* a nct Infect Dis. 2002 Aug ;2(8):487-93. Granich R M, Gilks C F, Dye C, De Cock K M, Williams BG. *Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model*. The Lancet 2009 Jan 3 ; Vol. 373 : 48 - 57.

[16]Hosseinipour M, Cohen MS, Vernazza PL, Kashuba AD. *Can antiretroviral therapy be used to prevent sexual transmission of human immunodeficiency virus type 1 ?* Clin Infect Dis. 2002 May 15 ;34(10):1391-5. Epub 2002 Apr 22.

[17]Jin F, Prestage GP, Ellard J, Kippax SC, Kaldor JM, Grulich AE. *How homosexual men believe they became infected with HIV : the role of risk reduction behavior*. J Acquir Immune Defic Syndr 2007 ; 46 :245-47.

[18]Crepaz N, Hart TA, Marks G. *Highly Active Antiretroviral Therapy and Sexual Risk Behavior. A meta-analytic Review*. JAMA 2004 ; 292 : 224-36.

[19]Burman W, Grund B, Neuhaus J, Douglas J, Friedland G, Telzak E, Colebunders E, Paton N, Fisher M, Rietmeijer C. *Episodic Antiretroviral Therapy Increases HIV Transmission Risk Compared With Continuous Therapy: Results of a Randomized Controlled Trial*. J Acquir Immune Defic Syndr 2008 ;49:142–150.

[20]Wilson D, Halperin DT. “*Know your epidemic, know your response*”: a useful approach, if we get it right. The Lancet 2008 Aug 9 ; Vol 372 : 423-426.

[21]L'infection à HIV-AIDS en France. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, n°45-46, 1er décembre 2008.

[22]On observe davantage de prises de risques chez les personnes ignorant leur statut [Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS, *Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States. Implications for HIV prevention programs*, J Acquir Defic Syndr, 2005 Aug 1 ;39(4):446-53.]. En outre, le risque de transmission est majoré pendant les premiers mois de l'infection [Wawer MJ, Gray RH, Sewankambo NK, Serwadda D, Li X, a eyendecker O, Kiwanuka N, Kigozi G, Kiddugavu M, Lutalo T, Nalugoda F, Wabwire-Mangen F, Meehan MP, Quinn TC. *Rates of HIV-1 transmission per coital act, by stage of HIV-1 infection, in Rakai, Uganda*, J Infect Dis. 2005 May 1 ;191(9):1403-9.] et lors de la primo infection [Brenner BG, Roger M, Routy JP, Moisi D, Ntemgwa M, Matte C, Baril JG, Thomas R, Rouleau D, Bruneau J, Leblanc R, Legault M, Tremblay C, Charest H, Wainberg MA ; Quebec Primary HIV Infection Study Group, *High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection*, J Infect Dis. 2007 Apr 1 ;195(7):951-9.].

[23] Conseil national de SIDA. *Rapport suivi de recommandations sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le HIV en France.*, 16 novembre 2006.

[24]Audition CNS. Ce calcul, proposé par D. Costagliola (Inserm), tient compte d'une part du nombre estimé de personnes infectées ignorant leur statut sérologique et d'autre part du nombre de personnes infectées dépistées et non encore traitées (essentiellement parce que leur état immunitaire ne justifie pas d'initier un traitement au regard des recommandations actuelles dans la matière).

[25]Lima VD, Johnston K, Hogg RS, Levy AR, Harrigan PR, Anema A, Montaner JS. Expanded access to highly active antiretroviral therapy : a potentially powerful strategy to curb the growth of the HIV epidemic. J Infect Dis. ; 2008 Jul 1 ;198(1):59-67.

[26]Conseil national de SIDA. *Avis suivi de recommandations sur a politique de lutte contre l'épidemie d'infection à HIV en Guyane*, 21 fév. 2008. *Avis suivi de recommandations sur a lutte contre l'épidemia d'infection à HIV aux Antilles*, 26 juin 2008.

[27]Wilson DP, a w MG, Grulich AE, Cooper DA, Kaldor JM. *Relation between HIV viral load and infectiousness : a model-based analysis*. Lancet. 2008 Jul 26 ;372(9635):314-20. o risque de transmission en cas de charge virale indétectable sans protection par an sur la base de 100 relations sexuelles est de 0,22% par an pour les transmissions de femme à homme,

de 0,43% pour les transmissions d'homme à femme et de 4,3% pour les transmissions d'homme à homme.

[28] Conseil national de SIDA. Communiqué de presse do 30 janvier 2008.

[29]Yeni P [dir.], *Recommandations do groupe d'experts, rapport 2008, op. cit.*,p. 78 : Suivi de l'adulte infecté. Et page 28 : « L'interprétation des données est difficile. L'intérêt individuel ne pourra être déterminé qu'à l'issue d'un essai actuellement en cours. Les modélisations do bénéfice collectifs montrent pour certaines a fin de l'epidemie. le dépistage précoce est donc un élément clé. L'utilisation du traitement peut donc apparaitre comme pertinente. Actuellement, seul le préservatif est une méthode éprouvée de protecção. «

[30]Vernazza PL, Gilliam BL, Flepp M, Dyer JR, Frank AC, Fiscus SA, Cohen MS, Eron JJ. *Effect of antiviral treatment on the shedding of HIV-1 in semen.* AIDS. 1997 Aug ;11(10):1249-54.

[31]Vernazza PL, Troiani L, Flepp MJ, Cone RW, Schock J, Roth F, Boggian K, Cohen MS, Fiscus SA, Eron JJ. *Potent antiretroviral treatment of HIV-infection results in suppression of the seminal shedding of HIV. The Swiss HIV Cohort Study.* AIDS. 2000 Jan 28 ;14(2):117-21.

[32]Cu-Uvin S, Caliendo AM, Reinert S, Chang A, Juliano-Remollino C, Flanigan TP, Mayer KH, Carpenter CC. *Effect of highly active antiretroviral therapy on cervicovaginal HIV-1 RNA.* AIDS. 2000 Mar 10 ;14(4):415-21.

[33]Nunnari G, Otero M, Dornadula G, Vanella M, Zhang H, Frank I, Pomerantz RJ. *Residual HIV-1 disease in seminal cells of HIV-1-infected men on suppressive HAART : latency without on-going cellular infections.* AIDS. 2002 Jan 4 ;16(1):39-45.

[34]Sadiq ST, Taylor S, Kaye S, Bennett J, Johnstone R, Byrne P, Copas AJ, Drake SM, Pillay D, Weller I. *The effects of antiretroviral therapy on HIV-1 RNA loads in seminal plasma in HIV-positive patients with and without urethritis.* AIDS. 2002 Jan 25 ;16(2):219-25.

[35]Kovacs A, Wasserman SS, Burns D, Wright DJ, Cohn J, a nday A, Weber K, Cohen M, Levine A, Minkoff H, Miotti P, Palefsky J, Young M, Reichelderfer P ; DATRI Study Group ; WIHS Study Group. *Determinants of HIV-1 shedding in the genital tract of women.* Lancet. 2001 Nov 10 ;358(9293):1593-601.

[36]Cu-Uvin S, Snyder B, Harwell JI, Hogan J, Chibwasha C, Hanley D, Ingersoll J, Kurpewski J, Mayer KH, Caliendo AM. *Association between paired plasma and cervicovaginal lavage fluid HIV-1 RNA levels during 36 months.* J Acquir Immune Defic Syndr. 2006 Aug 15 ;42(5):584-7.

[37]Neely MN, Benning L, Xu J, Strickler HD, Greenblatt RM, Minkoff H, Young M, Bremer J, Levine AM, Kovacs A. *Cervical shedding of HIV-1 RNA among women with low levels of viremia while receiving highly active antiretroviral therapy*. J Acquir Immune Defic Syndr. 2007 Jan 1 ;44(1):38-42.

[38]Kalichman SC, Di Berto G, Eaton L. *Human immunodeficiency virus viral load in blood plasma and semen : review and implications of empirical findings*. Sex Transm Dis. 2008 Jan ;35(1):55-60.

[39]L'étude HTPN 052 est conduite sur environ six ans en différents pays, notamment le Brésil, l'Inde, la Thaïlande, le Zimbabwe, le Malawi, l'Afrique du Sud. www.hptn.org/research_studies/hptn052.asp .

[40]L'abstinence ne peut être un objectif – l'échec des politiques prônant l'abstinence pour contrôler l'extension de l'épidémie est amplement démontré. Pour autant, l'abstinence est un comportement qui existe de fait et dont l'impact sur la dynamique de l'épidémie n'est pas négligeable : selon l'étude VESPA, menée en France en 2003, la population des personnes atteintes par le HIV se caractérise, par rapport à la population générale à âge égal, par l'importance du nombre de personnes qui déclarent ne pas avoir eu de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois (22%). L'absence d'activité sexuelle est plus fréquente chez les femmes (29%) que chez les hommes (19%). *Enquête Vespa – premiers résultats*, ANRS-Actualités en santé publique, novembre 2004.

[41]C'est en ce sens qu'il faut comprendre la notion de « responsabilité partagée » souvent utilisée pour caractériser ce modèle préventif.

Novas Diretrizes Britânicas recomendam discussão com pacientes sobre o potencial do tratamento do HIV para proteger parceiros sexuais.

Keith Alcorn

06 de fevereiro de 2012

A Associação Britânica de HIV (BHIVA) hoje recomenda que os médicos discutam as evidências da eficácia do tratamento antirretroviral como prevenção, com todos os pacientes com HIV, e que ela deve ser oferecida àqueles que querem proteger seus parceiros contra o risco de infecção pelo HIV - mesmo que eles não tenham necessidade imediata de tratamento clínico. Estas Diretrizes estão em consulta pública.

As evidências surgidas de um grande estudo dos efeitos do tratamento antirretroviral mais precoce na transmissão do HIV a parceiros [N. do T.: estudo HPTN-052, ver *Boletim Vacinas* 25], convenceram os médicos do Reino Unido que o tratamento deve ser oferecido em circunstâncias onde os pacientes estão preocupados com o risco de transmissão do HIV a parceiros - mesmo eles não estando em um relacionamento sorodiscordante no momento.

As orientações dizem que todos os pacientes devem ser informados sobre essa evidência, mas nenhum paciente deve ser forçado a fazer o tratamento por este motivo.

Os pacientes também devem ser informados de que a evidência de um risco menor de transmissão devida ao tratamento relaciona-se principalmente com o sexo vaginal e não com o sexo anal. O uso do preservativo continuará protegendo contra as infecções sexualmente transmissíveis, bem como reduzindo o risco residual de transmissão do HIV.

A recomendação faz parte de novas diretrizes para o tratamento com antirretrovirais em adultos para o Reino Unido, colocadas em consulta no início de fevereiro.

Após a análise rigorosa da evidência publicada, médicos britânicos concluíram que o Reino Unido vai ficar com uma contagem de células CD4 de 350 células como o limiar para início do tratamento na maioria dos pacientes.

Em contraste, as orientações dos Estados Unidos recomendam tratamento em pacientes com contagens de CD4 até 500 células, embora notando a ausência de evidências de estudos randomizados para apoiar esta orientação.

As novas diretrizes do Reino Unido também fazem uma recomendação clara sobre os dois medicamentos análogos de nucleosídeos que devem ser usados como a base da primeira linha de tratamento antirretroviral. O Comitê de Diretrizes concluiu que o balanço das evidências favorece tenofovir e emtricitabina (FTC), combinados com um terceiro medicamento, como a opção preferencial para pacientes no Reino Unido.

Quando começar

Embora a BHIVA continue recomendando que as pessoas comecem o tratamento com uma contagem de células CD4 de 350 ou abaixo, as diretrizes também recomendam que os médicos discutam as evidências de que o tratamento reduz o risco de transmissão do HIV a parceiros com pacientes que têm contagens de CD4 acima de 350. Se os pacientes desejarem iniciar o tratamento para reduzir o risco de transmissão de HIV a um parceiro, deve ser permitido que o façam.

O tratamento também é recomendado nas seguintes circunstâncias em pacientes com CD4 acima de 350:

1. Qualquer doença definidora de AIDS relacionadas com o HIV, tais como comorbidade associada ao HIV, nefropatia (doença renal) ou transtorno neuro-cognitivo.
2. Co-infecção com hepatite B ou hepatite C se a contagem de células CD4 for inferior a 500 (terapia antirretroviral deve ser iniciada se o paciente já está tomando a terapia da hepatite C, ao invés de aguardar a conclusão do tratamento da hepatite C).
3. A tuberculose, se o médico achar que o tratamento antirretroviral é necessário.
4. Pacientes com câncer não relacionado à AIDS que necessitem de quimioterapia ou radioterapia imunossupressora, incluindo o câncer cervical.

Em casos de infecção primária, o tratamento é recomendado se o paciente tiver sintomas neurológicos, qualquer doença definidora de AIDS ou uma contagem de células CD4 abaixo de 350. O tratamento é recomendado independentemente (mesmo se nenhum destes critérios for aplicável) nos casos em que o intervalo desde a infecção presumida seja inferior a 12 semanas, ou em que o paciente queira iniciar o tratamento, a fim de reduzir o risco de transmissão.

Terapia Inicial

A BHIVA recomenda que as pessoas comecem o tratamento com uma combinação baseada em tenofovir e emtricitabina (FTC) (Truvada, também co-formulado com efavirenz como Atripla ou com rilpivirina como Eviplera).

Tratamentos baseados em abacavir e 3TC baseado (Kivexa) podem ser utilizados como alternativa, mas deve ser evitada em pacientes em risco de hipersensibilidade (HLA-B * 5701), aqueles com carga viral de base acima de 100.000 cópias/ml e aqueles com elevado risco cardiovascular.

Em 2008, a BHIVA recomendou que as combinações de tenofovir/FTC ou abacavir/3TC fossem os ITRN "preferenciais". Em 2009, houve um adendo com as orientações expressas à necessidade de cautela no uso do abacavir, após a apresentação de dados que mostraram um risco aumentado de doença cardiovascular em pacientes em uso de abacavir.

A decisão de recomendar o tratamento baseado em tenofovir nas Diretrizes de 2012 se baseia principalmente na consideração dos resultados virológicos de 96 semanas, ao invés de basear-se na segurança.

Os terceiros agentes preferidos são efavirenz (Sustiva), raltegravir (Isentress), ou atazanavir (Reyataz) ou darunavir (Prezista) reforçados pelo ritonavir. Anteriormente, a Associação havia recomendado efavirenz como a única opção "preferencial".

A expansão no número de terceiros agentes agora recomendados, em comparação com as Diretrizes de 2008 (que recomendam só o efavirenz), vem como resultado da comparação entre dados de ensaios clínicos com base em resultados virológicos, resistência e segurança.

Lopinavir/ritonavir (Kaletra) é uma alternativa aceitável para qualquer uma dessas drogas, se nenhuma se comprovar adequada, como o fosamprenavir/ritonavir (Telzir). A nevirapina pode ser utilizada, mas apenas em homens com contagens de CD4 inferiores a 400 e em mulheres com contagens de CD4 inferiores a 250. Rilpivirina (Edurant) deve ser usado apenas em pacientes com cargas virais basais abaixo de 100.000 cópias/ml.

OLHOS:

A evidência de um risco menor de transmissão devida ao tratamento relaciona-se principalmente com o sexo vaginal e não com o sexo anal

O Comitê de Diretrizes concluiu que o balanço das evidências favorece tenofovir e emtricitabina (FTC), combinados com um terceiro medicamento, como a opção preferencial para pacientes no Reino Unido



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria de Controle de Doenças
Centro de Referência e Treinamento DST/Aids
Rua Santa Cruz, 81 – Vila Mariana - São Paulo – SP
CEP 04121-000 – Fone: 5087-9911



NOTA TÉCNICA

Tendo em vista a recente manifestação do Departamento de DST e Aids dirigida à sua Excelência o Sr. Ministro Marco Aurélio de Farias sobre ação criminal contra pessoa acusada de transmitir o HIV, a tramitação de outros processos judiciais envolvendo a criminalização da transmissão e exposição ao HIV e as várias solicitações de manifestação sobre esse tema, esta Coordenação Estadual vem manifestar sua preocupação com vários aspectos que envolvem a questão:

1) É sabidamente reconhecido o combate ao preconceito, estigma e discriminação, ao longo da história da Aids em nosso Estado, no país e no mundo como importante ferramenta no controle da epidemia. Assim sendo, esta Coordenação se soma a todos os envolvidos da área da saúde, da justiça e do ativismo social, sejam pessoas vivendo ou não com HIV/Aids, para alertar sobre os riscos trazidos pela criminalização, no sentido do acirramento dessa discriminação. Tal preocupação se justifica na medida que o deslocamento do debate e da atenção às pessoas portadoras do HIV do âmbito da saúde para o âmbito da justiça, quando não é pautado pela defesa dos direitos dos cidadãos, em nada contribui para o fortalecimento de respostas efetivas à epidemia. Pelo contrário, pode levar a retrocessos e perdas.

2) Nas relações interpessoais não consensuais como o estupro, a violência doméstica, a exploração sexual, a pedofilia e outras formas de coação, o crime já está caracterizado e definido no âmbito do direito. Os danos envolvidos nessas situações (ferimentos, transmissão de doenças, gravidez indesejada ou sofrimento mental) serão um agravante a esse crime e as penas já estão estabelecidas na legislação vigente.

3) Na saúde, é dever dos profissionais, em suas mais variadas esferas e níveis de responsabilidade e gestão, fornecer à população orientações e informações corretas, claras e atualizadas e disponibilizar o acesso aos meios cientificamente reconhecidos de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde, dentro dos princípios da cidadania, da ética, do sigilo e da equidade, respeitando a vontade soberana dos indivíduos. É o acesso a esses

recursos que permite à população exposta a tomada de decisão, a superação de vulnerabilidades e a adoção de práticas seguras.

4) Em se tratando da transmissão e exposição ao HIV, naquelas relações consensuais (onde não está presente o uso da violência em qualquer uma de suas formas), criminalizar o processo saúde-doença e estabelecer limites para a intencionalidade, o autoconhecimento, o nível de informação dos envolvidos é o caminho mais curto para o preconceito, o estigma e a discriminação.

Por fim, esta Coordenação manifesta seu apoio às iniciativas de revisão da legislação vigente no que tange à menção dos processos saúde – doença como agentes passíveis de serem utilizados com intenções criminosas, uma vez que é preciso atualizá-la à luz dos novos conhecimentos e reafirma seu parecer contrário a qualquer movimento no sentido da criminalização da transmissão/exposição ao HIV.

São Paulo, 16 de julho de 2009

Dra. Maria Clara Gianna Garcia Ribeiro

Diretor Técnico de Departamento de Saúde

Coordenador do Programa Estadual DST/AIDS



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS
SAF SUL, TRECHO 02, BLOCO F, TORRE 1, EDIFÍCIO PREMIUM, SALA 12
70070-600 - Brasília - DF
Tel. (61) 3306-7137 a 7139**

NOTA TÉCNICA Nº 350/2009/D-DST-AIDS-HV/SVS/MS

Assunto: Nota técnica sobre a criminalização da transmissão sexual do HIV

1. O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais vem a público manifestar a preocupação de que a criminalização da transmissão sexual do HIV constitua um retrocesso na política brasileira de enfrentamento da epidemia da aids, podendo contribuir para o aumento do estigma e preconceito.
2. O Programa das Nações Unidas para HIV/Aids (UNAIDS) posicionou-se por meio de documento em que afirma que “não existem dados que demonstrem que a aplicação generalizada da lei criminal à transmissão do HIV sirva para se fazer justiça ou para prevenir a transmissão¹. O Brasil ratifica a posição do UNAIDS.
3. O UNAIDS afirmou, no relatório sobre a epidemia mundial de aids, de 2009², que as novas infecções pelo HIV reduziram 17% nos últimos oito anos. Os esforços empreendidos pelo acesso universal à prevenção, tratamento, atenção e apoio relacionados ao vírus da aids estão tirando a resposta à epidemia do isolamento. Desde 2001, ano que foi assinada a Declaração de Compromisso das Nações Unidas sobre HIV/Aids, o número de novas infecções na África Subsaariana diminuiu cerca de 15%, o que representa aproximadamente 400 mil infecções a menos em 2008. Na Ásia oriental, as novas infecções pelo HIV diminuíram quase 25% e na Ásia meridional e sub-oriental 10% durante o mesmo período.
4. No Brasil, estima-se que 630 mil pessoas vivam hoje com HIV. Destes, cerca de 250 mil não conhecem seu *status* sorológico. Diversas ações no Sistema Único de Saúde estão sendo desenvolvidas para ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV.
5. A presença do vírus da aids no organismo é detectável com a realização de testes para o HIV, disponíveis no Sistema Único de Saúde. Inegavelmente, houve um aprimoramento na sensibilidade destes testes, contudo, deve-se considerar a existência da ‘janela imunológica’ (intervalo entre a infecção e a detecção de anticorpos anti-HIV no sangue) que, pode estender-se por mais de trinta dias, período esse sendo esse período de alto risco de transmissibilidade.
6. Até o início de 1990, o diagnóstico para aids era considerado uma sentença de morte. Com a introdução da terapia antirretroviral de alta potência (TARV), aliada ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, a aids tornou-se uma doença tratável e com características de cronicidade³. Atualmente cerca de 200 mil pessoas estão em uso de terapia anti-retroviral no país. Estudo recentemente realizado no Brasil⁴ demonstra que o tempo de sobrevivência de pacientes diagnosticados com aids vem apresentando um aumento substantivo.

¹Criminalization of HIV Transmission. Policy Brief, 2008. http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080731_jc1513_policy_criminalization_en.pdf.

² Situação da Epidemia da Aids, 2009. <http://www.unaids.org>

³ Recomendações para terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV, 2008. Ministério da Saúde, Brasil.

7. As pessoas em uso de TARV têm o risco geral de transmissão do HIV reduzido em 92%. Estudo realizado no período de um ano demonstrou que o risco de um indivíduo em tratamento transmitir o HIV, em relações heterossexuais, é de 0,46 para cada 100 pessoas e, na ausência de tratamento, é de 5,64, no mesmo período⁵.

8. No âmbito da política brasileira, ações de assistência e prevenção são integradas, e sendo a promoção ao uso do preservativo um dos métodos mais eficazes para a prevenção da transmissão do HIV, constitui importante recomendação do Ministério da Saúde para a adoção de práticas sexuais mais seguras. Para ampliar o acesso ao preservativo, o governo brasileiro tem distribuído cerca de 500 milhões de unidades por ano.

9. Segundo pesquisa do Ministério da Saúde, 77% da população brasileira entre 15 e 64 anos é sexualmente ativa. Destas, 96% sabem que o preservativo é o método mais seguro para a prevenção ao HIV. Entretanto, somente 20,6% fizeram uso regular do preservativo em todas as relações sexuais, nos últimos 12 meses.

10. O Ministério da Saúde tem trabalhado no desenvolvimento de novas estratégias de intervenção, focadas na co-responsabilidade, na orientação e aconselhamento em saúde sexual e reprodutiva do casal, que visam não somente a prevenção da transmissão do HIV, mas também, a prevenção de outras doenças sexualmente transmissíveis⁶.

11. Apesar dos avanços científicos e da ampliação do acesso à informação, prevenção, diagnóstico e tratamento, e do fato de todas as pessoas sexualmente ativas estarem potencialmente expostas ao HIV, independentemente de sexo, cor, orientação sexual ou profissão, a persistência do estigma e discriminação em relação às pessoas que vivem com HIV constitui sério obstáculo ao enfrentamento da epidemia.

12. Em 1996, a ONU adotou as “Diretrizes Internacionais sobre HIV/aids e Direitos Humanos”⁷ (E/CN.4/1997/37) e afirmou que “o respeito aos direitos humanos exige que as pessoas que vivem com HIV/aids não estejam submetidas a penalização ou outras medidas coercitivas, unicamente com base em seu *status* sorológico”.

13. O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, fundamentado nos princípios do sigilo, da confidencialidade e dos direitos humanos, entende que processos que envolvam a criminalização da transmissão sexual do HIV podem desencadear decisões e entendimentos generalizados, comprometendo a resposta à epidemia.

Brasília, 27 de novembro de 2009.

Mariângela Batista Galvão Simão

Diretora

⁴ Guibu IA, Barros MBA, Cordeiro MRD *et al.* Estudo de Sobrevida de Pacientes de Aids no Brasil, Fase I - 1998-1999 - Região Sul e Sudeste. In Boletim Epidemiológico DST/AIDS, ano V, no 01 - 27^a à 52^a semanas epidemiológicas – julho a dezembro de 2007 e 01^a à 26^a semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2008. Ministério da Saúde. SVS. PN DST- AIDS. ISSN 1517 1159.

⁵ Attia S, Eggera M, Müller M *et al.*, 2009. Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis. AIDS, 23 (11): 1397-1404.

⁶ Ministério da Saúde. Prevenção Positiva. Brasília, 2007.

⁷ International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights, 2006. Consolidated Version. http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-internguidelines_en.pdf