

# **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](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 temente 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.

### **1.1.2 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]

## **1.2 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 polémica. Com efeito, o parecer suíço ultrapassa esta afirmação e expressa que o carácter 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.<sup>42</sup> 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 preservativo<sup>43</sup>. 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.<sup>44</sup>

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.<sup>45</sup> 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.<sup>46</sup> 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

<sup>44</sup> 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.

<sup>45</sup> 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.

<sup>46</sup> 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 feação 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.<sup>47</sup>

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 tranquilas 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/mm<sup>3</sup>, notadamente numa ótica de diminuição do risco de transmissão sexual do HIV. »<sup>48</sup>

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.

<sup>47</sup> Cf. *supra*, note 40

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

<sup>49</sup> 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\\_1\\_interet\\_du\\_traitement.pdf](http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/Avis_sur_1_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 »<sup>50</sup>, 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 uma 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 impacto 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:

enfazando 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 devera 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 recommandações de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmissão do vírus de l'immunodéficience humaine (HIV). Circulaire n°DGS/DHOS/DRT/DSS/2003/165 do 2 avril 2003 relative aux recommandações de mise en oeuvre d'un tratamento antirétroviral après exposição au risque de transmissão

do HIV. Circulaire n° DGS/VS2/DH/DRT/99/680 do 8 décembre 1999 relative aux recommandações à mettre en oeuvre devant un risque de transmissão do VHB et do VHC par o sang et les liquides biologiques. Yeni P [dir.], *Recommodações do groupe d'experts, rapport 2008*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences, Ministère de a 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 tratamento antirétroviral en amont d'une prise de risque prévisible. Les recherches sur o développement de microbicides contenant des antirétroviraux procèdent de a même logique d'effet préventif à destinação des personnes non infectées. Ces usages do tratamento, à a fois parce qu'ils ne sont pas encore validés et parce qu'ils relèvent d'une logique différente en visant a prevenção primaire chez des personnes indemnes, ne font pas l'objet do 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 Transmissão of Human Immunodeficiency Vírus 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 transmissão 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 o HIV.

[6]Castilla J, Del Romero J, Hernando V, Marincovich B, García S, Rodríguez C. *Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmissão of HIV*. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2005 Sep 1 ;40(1):96-101. Porte sur 393 couples sérodifférents, l'homme ou a femme étant a personne infectée, couples enrôlés no a cohorte entre 1991 et 2003.

[7]Fang CT, Hsu HM, Twu SJ, Chen MY, Chang YY. *Decreased HIV transmissão 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 transmissão of HIV among HIV-discordant couples in rural Rakai, Uganda*. Sixteenth Conference on Retrovíruses and Opportunistic Infecções, Montreal, abstract 52a, 2009. Sullivan, P. et al. *Reduccion of HIV transmissão risk and high risk sex while prescribed ART : results from discordant couples in Rwanda and Zambia*. Sixteenth Conference on Retrovíruses and Opportunistic Infecções, 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 syphillis and HIV seroincidence among men who have sex with men in San Francisco, 1998-2002*, Conference on Retrovíruses and Opportunistic Infecções, Boston, apresentação 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 combination 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 a nct 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 a nct 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. Implicações for HIV prevenção programs*, J Acquir Defic Syndr, 2005 Aug 1 ;39(4):446-53.]. En outre, o risque de transmissão est majoré pendant les premiers mois de l'infeção [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 transmissão per coital act, by stage of HIV-1 infeção, in Rakai, Uganda*, J Infect Dis. 2005 May 1 ;191(9):1403-9.] et lors de a primo infeção [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 Infeção Study Group, *High rates of forward transmissão events after acute/early HIV-1 infeção*, J Infect Dis. 2007 Apr 1 ;195(7):951-9.].

[23]Conseil naçãoal do AIDS. *Rapport suivi de recommandações sur l'évolution do dispositif de dépistage de l'infeção par o HIV en France.*, 16 novembre 2006.

[24]Audição CNS. Ce calcul, proposé par D. Costagliola (Inserm), tient compte d'une part do nombre estimé de personnes infectées ignorant leur statut sérologique et d'autre part do 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 recommandações actuelles en a 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 naçãoal do AIDS. *Avis suivi de recommandações sur a politique de lutte contre l'epidemia d'infeção à HIV en Guyane*, 21 fév. 2008. *Avis suivi de recommandações sur a lutte contre l'epidemia d'infeção à HIV aux Antilles*, 26 juin 2008.

[27]Wilson DP, a w MG, Grulich AE, Cooper DA, Kaldor JM. *Relação between HIV viral load and infectiousness : a model-based analysis*. a nctet. 2008 Jul 26 ;372(9635):314-20. o risque de transmissão en cas de carga viral indétectable sans protecção par an sur a base de 100 relações 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 naçãoal do AIDS. Communiqué de presse do 30 janvier 2008.

[29]Yeni P [dir.], *Recommandações do groupe d'experts, rapport 2008, op. cit.*, p. 78 : Suivi de l'adulte infecté. Et page 28 : « L'interprétação des données est difficile. L'intérêt individuel ne pourra être déterminé qu'à l'issue d'un essai actuellement en cours. Les modélisações do bénéfice collectifs montrent pour certaines a fin de l'epidemia. o dépistage précoce est donc un élément clé. L'utilisação do tratamento peut donc apparaitre comme pertinente. Actuellement, seul o 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-infeccção results in supressão 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 : a tency without on-going cellular infecções*. 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*. a nct. 2001 Nov 10 ;358(9293):1593-601.

[36] Cu-Uvin S, Snyder B, Harwell JI, Hogan J, Chibwesa C, Hanley D, Ingersoll J, Kurpewski J, Mayer KH, Caliendo AM. *Associação between paired plasma and cervicovaginal a vage 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 vírus viral load in blood plasma and semen : review and implicações of empirical findings*. Sex Transm Dis. 2008 Jan ;35(1):55-60.

[39] L'étude HTPN 052 est conduite sur environ six ans no différents pays, notamment o Brésil, l'Inde, a Thaïlande, o Zimbabwe, o Malawi, l'Afrique do Sud. [www.hptn.org/research\\_studies/hptn052.asp](http://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'épidemia est amplement démontré. Pour autant, l'abstinence est un comportement qui existe de fait et dont l'impact sur a dynamique de l'épidemia n'est pas négligeable : selon l'étude VESPA, menée en France en 2003, a população des personnes atteintes par o HIV se caractérise, par rapport à a população

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.

page [1](#) | [2](#) | [3](#) | [4](#) | [5](#)

## Sommaire

- [PARTIE I Performances des traitements pour prévenir la transmission : bénéfices potentiels et \(...\) \[page 2\]](#)
- [I.1 Le traitement peut constituer un outil puissant de contrôle de l'épidémie \[page 2\]](#)
- [I.1.1 L'intérêt du traitement pour réduire l'épidémie : fondements scientifiques \[page 2\]](#)
- [I.1.2 le contexte français \[page 2\]](#)
- [I.2 Cependant, le traitement ne peut garantir une totale absence de risque de \(...\) \[page 2\]](#)
- [PARTIE II Un changement de paradigme : évoluer vers une nouvelle approche de la lutte contre \(...\) \[page 3\]](#)
- [II.1 Une responsabilité nouvelle des pouvoirs publics réaffirmant le respect des droits des \(...\) \[page 3\]](#)
- [II.2 Refonder le pacte préventif : renforcer la capacité des individus à exercer leur \(...\) \[page 3\]](#)
- [Recommandations \[page 4\]](#)
- [1. Aux pouvoirs publics \[page 4\]](#)
- [2. Aux professionnels de santé \[page 4\]](#)
- [3. Aux associations \[page 4\]](#)
- [Remerciements \[page 5\]](#)

## Tradução disponível

- [en] [Opinion and recommendations regarding the potential for treatment as an innovative tool for fighting the HIV epidemic](#)

## Télécharger en PDF

[Avis suivi de recommandations sur l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections par le VIH](#)

[PDF - 208.7 ko]

## Mots-clés

- [Avis](#)
- [Prise en charge globale](#)
- [Plan du site](#)
- [Mentions légales](#)
- [Creative Commons](#)
- [RSS](#)