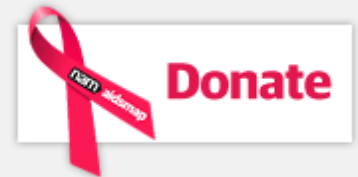




Sexta-feira, 27 de Fevereiro de 2015

Conteúdos

- | Dois regimes sem interferão têm elevada taxa de cura entre pessoas que vivem com VIH
- | Financiamento do PEPFAR para intervenções com base na abstinência não teve impacto
- | Nova formulação do tenofovir igualmente eficaz mas mais segura
- | Cascatas de tratamento em países africanos
- | Nenhuma transmissão da infeção pelo VIH em estudo entre casais gay
- | Circuncisão reduz incidência do VIH no Uganda
- | Inquérito: diálogo sobre VIH
- | Apoie o nosso trabalho



Dois regimes sem interferão têm elevada taxa de cura entre pessoas que vivem com VIH



David Wyles e Susanna Naggie oradores do CROI 2015. Fotografia de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com.

Um conjunto de dois fármacos, num regime de 12 semanas sem interferão ou ribavirina, curou o vírus da hepatite C (VHC) em mais de 95% de pessoas que vivem com VIH e que são co-infetadas pelo VHC, de acordo com dois estudos apresentados no CROI esta semana.

O primeiro regime é com sofosbuvir e ledipasvir (co formulação *Harvoni*®), produzido pela Gilead. O segundo com sofosbuvir (*Sovaldi*®) e daclatasvir (*Daklinza*®), com o último

medicamento produzido pela Bristol-Myers Squibb. Ambos ledipasvir e daclatasvir são inibidores NS5A.

Em ambos os estudos, a taxa de resposta em pessoas que vivem com VIH e co infetadas pelo vírus da hepatite C foi tão elevada como nas pessoas mono infetadas pelo vírus da hepatite C em outros ensaios. Tal apoia as recentes orientações para o tratamento da hepatite C que recomenda que todas as pessoas que vivem com VIH quer sejam seronegativas para o VIH devem ser tratadas da mesma forma que para a hepatite C.

No tratamento com sofosbuvir e ledipasvir (*Harvoni®*), 335 pessoas com co infeção participaram no estudo aberto, não randomizado. O ensaio teve critérios de inclusão amplos e incluiu, comparativamente a outros estudos, os grupos mais difíceis de tratar como pessoas não respondedoras e com cirrose hepática. Quase todos os participantes tinham o genótipo 1, mais de metade era experimentada no tratamento e três quartos tinham a variante desfavorável do gene IL28B. Estavam todos sob tratamento antirretroviral e a maioria tinha carga viral indetetável.

Os participantes tomaram um comprimido/dia durante doze semanas, com acompanhamento posterior adicional de doze semanas para avaliar a resposta virológica sustentada (RVS12). No geral, a taxa RVS12 foi de 96%, semelhante às pessoas mono infetadas. Ter feito anteriormente tratamento, cirrose ou ter a variante de resistência NS5A fez pouca diferença na taxa de cura.

Contudo, as taxas de RVS12 foram ligeiramente mais baixas nos participantes de etnia negra. Tal não tinha sido observado nos estudos com pessoas mono infetadas. Uma explicação possível, que será posteriormente estudada, é a influência da genética na resposta aos fármacos quando se utiliza ledipasvir e antirretrovirais em simultâneo.

No tratamento com sofosbuvir (*Sovaldi®*) e daclatasvir (*Daklinza®*), 151 pessoas não previamente tratadas com co infeção foram randomizadas ou para receber oito ou doze semanas de tratamento, enquanto 52 pessoas experimentadas no tratamento tomaram-no durante doze semanas. Quase todos os participantes estavam sob tratamento antirretroviral e tinha carga viral indetetável.

Enquanto dois terços tinha o genótipo 1a da hepatite C, as pessoas com genótipo 2 e 6 foram incluídas – uma vantagem do daclatasvir é de que é ativo contra múltiplos genótipos enquanto o ledipasvir é principalmente ativo contra o genótipo 1.

Os participantes que foram randomizados para tomar um comprimido/dia durante oito semanas tiveram resultados mais fracos (RVS12 de 76%), mas o tratamento de doze semanas correu bem – RVS12 de 96% em pessoas que nunca tinham feito tratamento e 98% em pessoas experimentadas no tratamento. As taxas foram semelhantes entre os genótipos.

Ambos os regimes do estudo foram, no geral, seguros e bem tolerados.

Links relacionados:

[Consulte a notícia na íntegra no *aidsmap.com*](#)

[Veja o webcast da apresentação de Susanna Naggie](#)

[Veja o webcast da apresentação de David Wyles](#)

Financiamento do PEPFAR para intervenções com base na abstinência não teve impacto

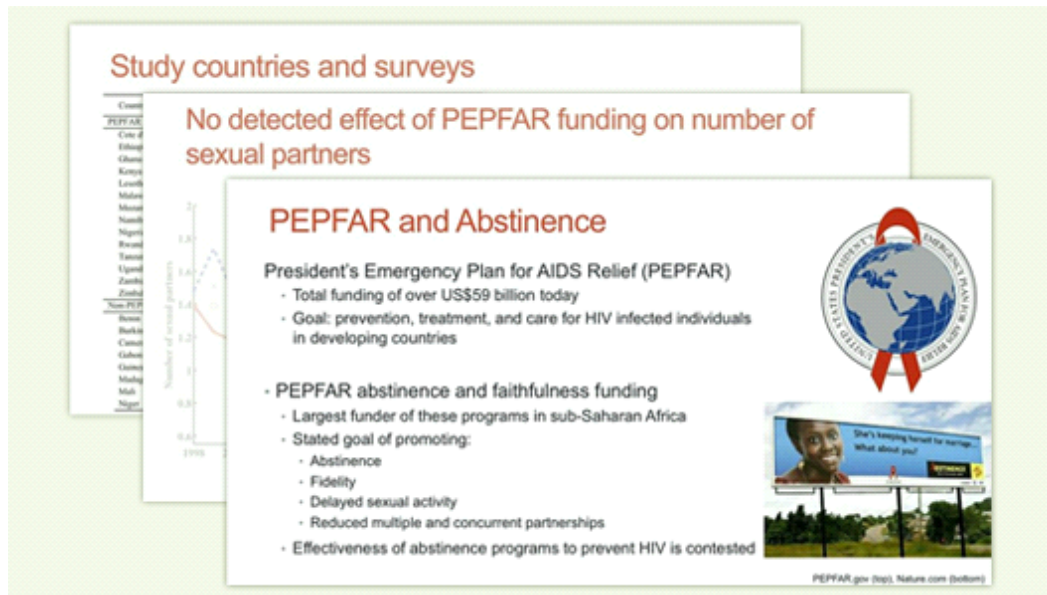


Imagem da apresentação de Nathan Lo, no CROI 2015.

Quase US\$1.3 mil milhões gastos em programas financiados pelos E.U.A. para promover a abstinência e fidelidade não obtiveram nenhum impacto significativo no comportamento sexual em 14 países, **segundo demonstrado numa análise preliminar sobre comportamentos sexuais.**

O *President's Emergency Plan for AIDS Relief* (PEPFAR) foi lançado em 2004 com a **obrigação por parte do Congresso** para que uma proporção fixa de financiamento PEPFAR para a área da prevenção fosse gasto em programas que promovessem a abstinência sexual, atrasar o início da atividade sexual e a fidelidade. Os programas apoiados por este fundo promovem ainda a redução do número de parceiros. Mas embora possa haver razões epidemiológicas para se pensar que **adiar o início de relações sexuais possa reduzir as infeções pelo VIH**, em especial em mulheres mais jovens, há evidência limitada sobre se estas intervenções são eficazes em alcançar estes objetivos.

Os investigadores compararam tendências nos comportamentos sexuais através de questionários demográficos e de saúde em 14 países recetores do PEPFAR e mais oito países africanos onde o financiamento do PEPFAR não determinou o conteúdo de intervenções de prevenção do VIH.

Apesar de ter havido uma tendência de os homens terem menos parceiros sexuais em ambos os conjuntos de países, os investigadores não conseguiram identificar qualquer impacto associado ao financiamento do PEPFAR. A alocação de montantes mais elevados através do PEPFAR em países específicos não parece ser associada a diferenças nos comportamentos sexuais.

Links relacionados:

Consulte a notícia na íntegra no aidsmap.com

Veja o webcast da apresentação

Nova formulação do tenofovir igualmente eficaz mas mais segura



Paul Sax orador do CROI 2015. Fotografia de Liz Highleyman, hivandhepatitis.com.

O tenofovir alafenamida (TAF), uma nova formulação que contém menores níveis de concentração no sangue mas que alcança níveis superiores nas células, é tão eficaz como a atual versão disponível, tenofovir disoproxil fumarato (TDF). Além disso, tem menos efeitos prejudiciais para os rins e ossos em comparação com TDF.

O tenofovir disoproxil fumarato (Viread®) é um dos medicamentos antirretrovirais mais usados. É um dos componentes da co formulação do Truvada® e do regime de um comprimido/dia *Atripla*®, *Eviplera*®/*Complera*® e *Stribild*®. O TDF é altamente potente e geralmente seguro e bem tolerado, mas pode causar renais e ósseos em alguns doentes.

O TAF é um novo pró-fármaco que administra o agente ativo, tenofovir difosfato, mais eficazmente nas células infetadas pelo VIH. O TAF produz níveis intracelulares adequados com doses mais baixas, o que se traduz em menor concentração do mesmo no plasma sanguíneo e menos exposição a nível renal, óssea e outros órgãos ou tecidos.

Considerando que mais barato, as versões genéricas do tenofovir disoproxil fumarato serão disponibilizadas brevemente em muitos mercados ocidentais, o TAF será um produto exclusivo da Gilead e protegido por patente.

Os dados apresentados compararam a co formulação do *Stribild*® (elvitegravir, cobicistat, emtricitabina e TDF) com alternativa de co formulação substituindo o TDF pelo TAF. Cerca de 1 700 pessoas não tratadas previamente fizeram parte de estudos na Europa, América do Norte, América Latina e Ásia.

Após 48 semanas, os dois regimes terapêuticos tiveram elevada eficácia e semelhante, demonstrando que a co formulação com TAF não é inferior. As taxas de supressão viral foram superiores a 90% em ambos os braços do estudo, independentemente da idade, género, raça, VIH-1 ARN e contagem de células CD4 dos participantes. Menos de 1% tinha evidência de mutações de resistência primária em cada braço.

No geral, as taxas de efeitos secundários e efeitos secundários graves não diferiram.

Os efeitos secundários relacionados com a função renal foram examinados em detalhe. Em comparação com o TDF, o TAF não teve interrupções devido a efeitos secundários nos rins, teve uma diminuição significativamente mais baixa do eGFR e significativamente menor menos proteinúria, albuminúria e proteinúria tubular.

Em relação à saúde óssea, o TAF teve significativamente menor impacto na densidade mineral óssea (26% de perda em pelo menos 3%, comparado a 45% no grupo do TDF) e na densidade óssea do quadril (17% de perda em pelo menos 3%, comparado a 50% no grupo TDF).

A co formulação estudada foi submetida a reguladores nos E.U.A. e Europa para licenciamento.

A Gilead está ainda a desenvolver uma co formulação do TAF e emtricitabina, para substituir

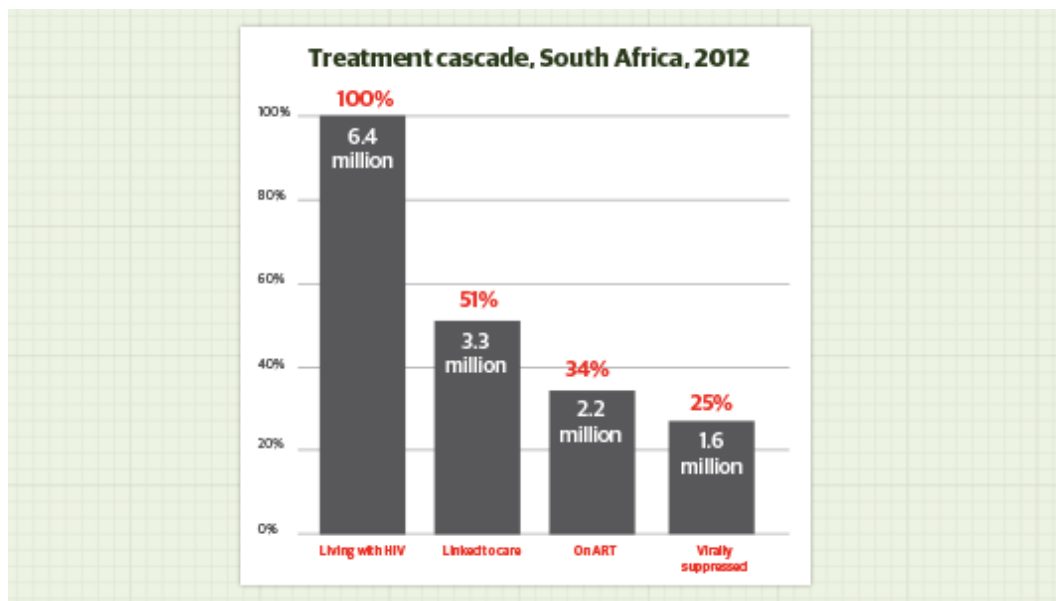
o *Truvada*®. Tal poderá ser considerado para o uso da profilaxia pré-exposição (PrEP).

Links relacionados:

Consulte a notícia na íntegra no aidsmap.com

Veja o webcast da apresentação

Cascatas de tratamento em países africanos



A África do Sul tem o maior programa de tratamento antirretroviral do mundo, mas uma análise da cascata de tratamento demonstra ser necessário um maior foco na melhoria do **envolvimento nos cuidados de saúde – sobretudo entre homens e pessoas jovens**. Tal será necessário se o país quiser maximizar os benefícios preventivos do tratamento antirretroviral.

Dos 2,5 milhões de homens a viver com VIH na África do Sul, apenas 39% estão nos cuidados de saúde, 27% sob terapêutica antirretroviral e 19% com supressão viral.

Dos 3,9 milhões de mulheres, 58% estão nos cuidados de saúde, 38% sob terapêutica antirretroviral e 28% com supressão viral.

As pessoas jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos tinham uma probabilidade bastante menor de estar sob tratamento e com supressão viral que os adultos mais velhos, apesar de taxas semelhantes de encaminhamento para cuidados de saúde.



David Maman, orador no CROI 2015. Fotografia de Liz Highleyman, hivandhepatits.com.

Um segundo estudo, que se baseou em dados de três comunidades do Quênia, Malawi e África do Sul, sugere que para maximizar os benefícios preventivos, os esforços para aumentar a cobertura do tratamento devem focar-se naqueles com carga viral mais elevada – sobretudo as pessoas que já são elegíveis para tratamento de acordo com as atuais linhas orientadoras.

Cerca de 19 000 pessoas participaram em questionários domésticos, com pouco mais de 4 000 com um resultado positivo para a infeção pelo VIH. A maioria das pessoas com resultados positivos era elegível para tratamento de acordo com as linhas orientadoras nacionais, embora tal variasse de país para país, devido a diferentes critérios de inclusão (60% no Quênia, 69% na África do Sul e 80% no Malawi).

Os investigadores centraram-se nas cargas virais daqueles que não estavam sob terapêutica antirretroviral. Menos de um quarto dessas pessoas com contagem de células CD4 entre 500 e 750 células/mm³ tinham carga viral muito elevada (superior a 100 000 cópias/ml), associada a um risco muito elevado de transmissão vertical.

De forma oposta, mais de metade das pessoas que não estava sob terapêutica antirretroviral e que tinha contagem de células CD4 inferiores a 350 células/mm³ tinha carga viral muito elevada.

Isto sugere que para maximizar os *benefícios preventivos* do tratamento, os esforços para aumentar a cobertura do tratamento devem focar-se naqueles que já são elegíveis para o mesmo de acordo com as atuais linhas orientadoras. Isso teria um maior impacto que aumentar a contagem CD4 a partir da qual se pode iniciar o tratamento.

De qualquer modo, **um estudo apresentado no CROI no dia anterior**, demonstra que iniciar o tratamento com contagem de células CD4 superiores a 500 células/mm³ em locais de recursos limitados tem benefícios para a saúde individual.

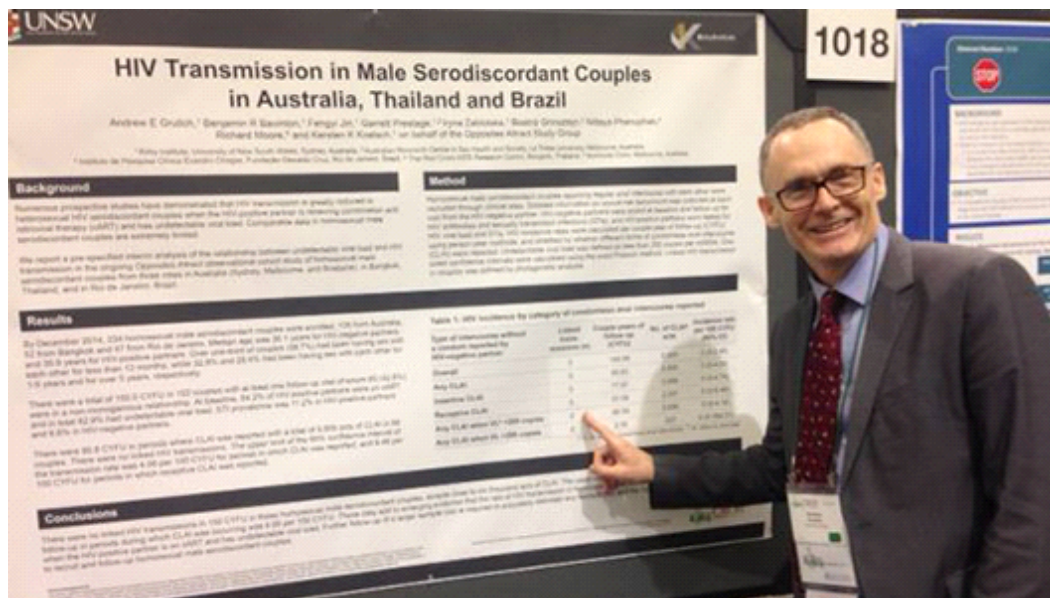
Links relacionados:

[Leia a notícia na íntegra no aidsmap.com](#)

[Veja o webcast da apresentação do estudo da África do Sul](#)

[Veja o webcast da apresentação do inquérito de três países](#)

Nenhuma transmissão da infecção pelo VIH em estudo entre casais gay



Andrew Grulich no CROI 2015. Fotografia do The Kirby Institute (<http://kirby.unsw.edu.au>).

Uma primeira análise de um estudo entre casais gay com estatuto diferente para o VIH (casais serodiscordantes) na Austrália não observou até ao momento nenhuma transmissão do parceiro que vive com VIH ao outro parceiro. Os dados observacionais do estudo Opposites Attract vão ao encontro da análise interina do estudo PARTNER, estudo de maiores dimensões e que foi lançado no CROI há um ano. O PARTNER não reportou casos de transmissão em 16 400 episódios de relações sexuais anais (incluindo episódios com uso do preservativo) em homens gay.

O recrutamento para o novo estudo começou no final de 2013 em três cidades australianas (Sidney, Melbourne e Brisbane), e inclui agora Banguocoque na Tailândia e Rio de Janeiro no Brasil. A maioria dos parceiros seropositivos para o VIH está sob tratamento e tem carga viral indetetável.

Durante o primeiro ano do estudo, 152 casais forneceram dados. Reportaram um total de 5 905 episódios de relações sexuais anais. Nenhuma transmissão entre casais (ligação de transmissões) foi observada no estudo.

Devido aos números relativamente reduzidos de inscritos até ao momento, existe alguma incerteza em relação a estas conclusões. Embora não tenham ocorrido transmissões, tal não significa necessariamente nenhuma possibilidade de transmissão. Os investigadores calcularam que nesta população, provavelmente o limiar mais elevado para a possibilidade de transmissão durante relações sexuais sem o uso do preservativo com um parceiro que vive com VIH (independente da carga viral) é de 4%. O valor provavelmente mais elevado quando o parceiro seronegativo foi recetivo é de 7%

Mas, tal como no estudo PARTNER, estas estimativas irão provavelmente aproximar-se a zero à medida que os investigadores recolherem mais dados.

Links relacionados:

[Leia a notícia na íntegra no aidsmap.com](#)

Circuncisão reduz incidência do VIH no Uganda

A inclusão da circuncisão masculina em contexto hospitalar na zona rural de Rakai, distrito do Uganda, está a ter um impacto substancial nas novas infeções pelo VIH entre os homens. Os dados provêm de um dos locais que conduziu um ensaio controlado e randomizado sobre circuncisão e demonstrou que esta pode fazer a diferença fora de um ensaio clínico.

A proporção de homens não muçulmanos circuncidados aumentou de 9% em 2007 na altura dos ensaios randomizados para 26% em 2011. Após o ajustamento para outros fatores que poderiam ter impacto na transmissão do VIH (tal como um maior uso da terapêutica antirretroviral), cada aumento de 10% na cobertura da circuncisão foi associado a uma redução de 12% da incidência do VIH entre homens.

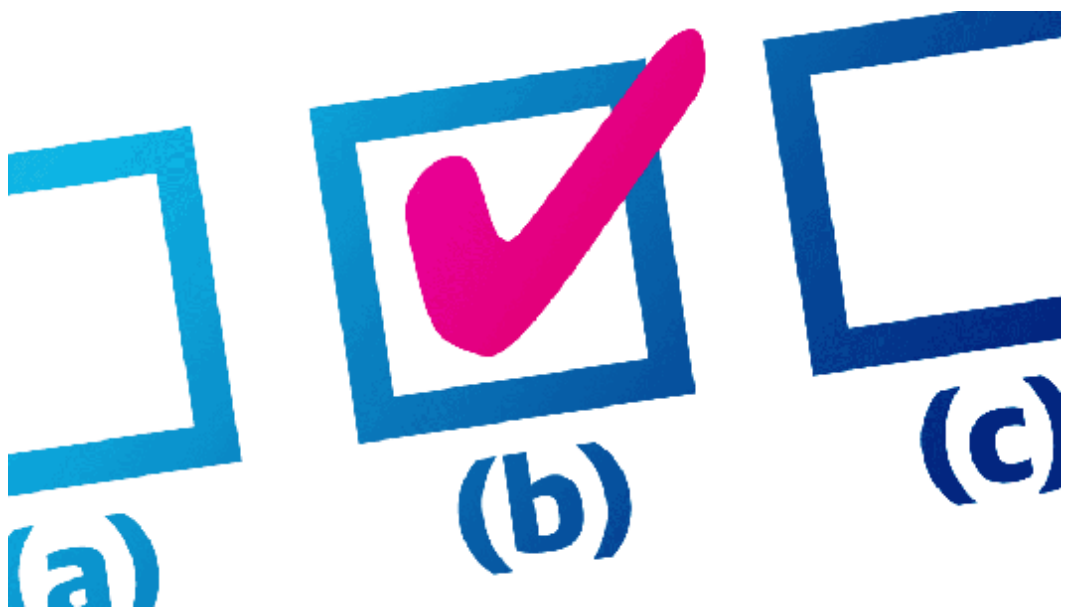
Mas, até ao momento, a incidência entre mulheres não diminuiu.

Links relacionados:

[Leia a notícia na íntegra no aidsmap.com](#)

[Veja um webcast da apresentação](#)

Inquérito: diálogo sobre VIH



Trabalha em cuidados de saúde **na Europa**, vive com a infeção pelo VIH, ou ambos? Ajude-nos a compreender a comunicação entre profissionais de saúde e pessoas que vivem com VIH na Europa.

Estão a decorrer dois inquéritos anónimos *online*, um para **peçoas que vivem com VIH** e outro para **profissionais de saúde**. Ambos os inquéritos estão disponíveis em inglês, francês, italiano, português, russo e espanhol.

Os inquéritos pretendem perceber o que se passa nas consultas infecciologia, como a que questões os doentes e os profissionais de saúde dão prioridade.

Se um dos inquéritos se aplicar ao seu caso, agradeceríamos a sua ajuda.

Links relacionados:

Participe no inquérito online a profissionais de saúde na Europa

Participe no inquérito online para pessoas que vivem com VIH na Europa

Apoie o nosso trabalho

A NAM continua a ser
uma grande fonte de
informação científica
correta e credível.
Isto é algo raro.

Devemos apoiá-la.



Esta mensagem, enviada por um apoiante, fez-nos sorrir! Como organização de solidariedade, necessitamos de donativos e agradecemos todos os que recebemos, sejam pequenos ou grandes.

Acreditamos veementemente que uma informação independente, clara e baseada em evidência científica está no centro do fortalecimento da capacidade das pessoas para tomarem decisões sobre a sua saúde e viver durante mais tempo, vidas felizes e com mais saúde.

Se quiser apoiar o nosso trabalho através de um donativo, poderá fazê-lo *online* através da página www.aidsmap.com/donate.

Muito obrigado.

Links relacionados:

www.aidsmap.com/donate


GA


Membro da Coligação
Internacional Sida

- Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos VIH/SIDA



Acompanhe a NAM pelo Facebook: esteja actualizado com todos os projectos, recentes resultados e novos desenvolvimentos que estão a acontecer no mundo da NAM.

 Siga a NAM pelo Twitter para aceder às notícias dos nossos editores, que irão acompanhar os principais temas da conferência à medida que vão sendo divulgados. As nossas notícias têm ligação em www.twitter.com/aidsmap_news e, também, através de mensagens pelo www.twitter.com/aidsmap.

 Siga todas as notícias da conferência ao [subscrever o nosso formato RSS](#).



A NAM é uma reconhecida organização de base comunitária, com sede no Reino Unido. Proporciona informações ao mundo para pessoas que vivem com a infecção pelo VIH e profissionais desta área.

Faça um donativo, marque a diferença em www.aidsmap.com/donate

Para mais informações, por favor entre em contacto com a NAM:

Telefone: +44 (0)20 7837 6988

Fax: +44 (0) 20 7923 5949

E-mail: info@nam.org.uk

Site: www.aidsmap.com

NAM Publications

Registered office: Acorn House, 314-320 Gray's Inn Road, London, WC1X 8DP

Company limited by guarantee. Registered in England & Wales, number: 2707596

Registered charity, number: 1011220

Para cancelar a subscrição, por favor visite a nossa página: <http://www.aidsmap.com/page/1492854/>