



Relatório de reunião: Padrões de cuidados de saúde para o VIH e coinfeções na Europa

Resumo do relatório: Reunião Ministerial sobre VIH

Relatório de reunião: Padrões de cuidados de saúde para o VIH e coinfeções na Europa

Organizada pela European AIDS Clinical Society (EACS) em colaboração com o European AIDS Treatment Group, com a supervisão do Ministério da Saúde italiano.

25 e 26 de novembro de 2014, Roma, Itália

Introdução

A reunião internacional, *Padrões de cuidados de saúde para o VIH e coinfeções na Europa*, tinha como objetivo recolher informação sobre os cuidados clínicos para a infeção pelo VIH e hepatite C na Europa. A reunião centrou-se sobretudo nas apresentações tardias nos cuidados de saúde, acesso a estes e ao tratamento antirretroviral, bem como na retenção no tratamento nos países da Europa Ocidental e de Leste, avaliação das atuais tendências e gestão das infeções crónicas pela hepatite B e C, e ainda na coinfeção pelo VIH e hepatite C e VIH e tuberculose na Europa.

Espera-se obter um retrato completo sobre os cuidados para a infeção pelo VIH e hepatite C de modo a identificar as principais áreas de intervenção, reconhecer os desafios futuros no rastreio, monitorização e diagnóstico de pessoas que vivem com VIH, hepatite C ou hepatite B, integrando-os com os mais recentes avanços científicos para melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com VIH ou hepatites virais na Europa.

História natural, epidemiologia e apresentação tardia na região europeia

Professor Kholoud Porter, Medical Research Council Clinical Trials Unit, University London School of Medicine, Reino Unido & Professora Amanda Mocroft, University London School of Medicine, Reino Unido

Epidemiologia

Estima-se que 2,4 milhões de pessoas (os valores variam entre 2,1 e 2,7 milhões) vivam com VIH na região europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS), dos quais 1,5 milhões vivem na Europa de Leste. Em 2010, 76% de todos os novos diagnósticos na região ocorreram na Europa de Leste, 90% destes na Rússia e na Ucrânia. Três países (Estónia, Rússia e Ucrânia) relataram >20 infeções pelo VIH por 100 000 habitantes. Enquanto o número de pessoas a viver com VIH duplicou na Europa Ocidental e de Leste desde 1990, esse valor mais que triplicou na última década na Europa de Leste, a única região no mundo na qual a incidência do VIH continua a aumentar. Em 2010, de acordo com o indicado, 43% das novas infeções na Europa de Leste deviam-se a consumos de droga por via injetada, comparando com 4% na Europa Ocidental.

Apresentação tardia da infeção pelo VIH na região europeia

A apresentação tardia para cuidados de saúde e tratamento do VIH aumenta o risco de mortalidade, prolonga o período durante o qual o risco de transmissão é elevado, reduz a probabilidade de supressão viral em tratamento e está associada a maiores riscos de eventos não relacionados com SIDA, interações medicamentosas e hospitalização. Está também associada a um aumento substancial dos custos dos cuidados de saúde devido a um aumento da morbidade e hospitalização(1). Em 2009 foi adotada a nível europeu uma definição de apresentação tardia que consiste em:

- Apresentação tardia: Pessoas que se apresentam para tratamento com contagem de células CD4 <350 células/mm³ ou que se apresentam com um episódio definidor de SIDA, independentemente da contagem de células CD4;
- Apresentação tardia com doença avançada: Pessoas que se apresentam para tratamento com contagem de células CD4 <200 células/mm³ ou com um episódio definidor de SIDA, independentemente da contagem de células CD4(2).

Os dados de coorte longitudinais apresentam poucas alterações nas apresentações tardias na última década(3).

As mudanças na história natural da infeção pelo VIH nos últimos 20 anos em coortes europeias indicam um momento de início com carga viral mais elevada entre homens que têm sexo com homens e contagens de células CD4 inferiores após seroconversão, o que indica que quem contrair hoje a infeção pelo VIH atinge uma contagem de células CD4 de 500 em 2,5 anos de infeção, comparando com um intervalo de 4 anos há 20 anos(4). A carga viral inicial em seroconvertedores aumentou em aproximadamente 0,5 pontos entre 1990 e 2008, indicando um aumento de 44% da transmissibilidade em indivíduos que não estão sob terapêutica antirretroviral(5). Se analisadas, estas conclusões sugerem que os indivíduos que contraírem hoje a infeção pelo VIH podem ter uma maior probabilidade de transmitir a infeção e necessitarão mais rapidamente de tratamento antirretroviral, o que indica uma necessidade de melhoria na cobertura e frequência dos rastreios do VIH junto de populações-chave, de forma a minimizar as apresentações tardias.

Rastreio do VIH

Professora Amanda Mocroft, University College London School of Medicine, Reino Unido; Dr Deniz Gökingen, Ege University, Izmir, Turquia; Nikos Dedes, European AIDS Treatment Group, Grécia; Tamás Bereczky, European AIDS Treatment Group, Hungria.

A ausência de alterações nas apresentações tardias sugere que a melhoria da cobertura do aconselhamento voluntário e do rastreio não irá ter um efeito substancial, e que as estratégias de rastreio e aconselhamento, propostas por prestadores de cuidados de saúde, deverão ser alargadas de modo a chegarem até às pessoas que ainda não fizeram o teste. Vários locais oferecem a possibilidade de direcionar a oferta de testes de rastreio do VIH àqueles em situação de maior vulnerabilidade à infeção, incluindo medicina geniturinária, serviços de tuberculose, centros de reabilitação e serviços de cuidado pré-natal, bem como o alargamento dos serviços de rastreio de base comunitária para homens que têm sexo com homens e pessoas que injetam drogas. O rastreio orientado por doença indicadora tem também potencial para identificar pessoas não diagnosticadas em risco de apresentação com doença avançada. Um estudo europeu realizado em vários centros e que estudava o rastreio feito por doenças indicadoras (HIDES II) em 42 clínicas em 20 países europeus, com 9 471 adultos com idades entre os 18 e os 65, encontrou uma prevalência total de 2,5%. O estudo identificou 10 doenças associadas a uma prevalência do VIH > 0,1% (o nível que se crê ser custo-eficaz para testes propostos pelo prestador de cuidados de saúde)(6).

Doenças indicadoras do VIH associadas a prevalência > 0,1%

Coinfeção hepatite B e C	9.6%
Mononucleose	5.3%
Linfadenopatia	4.4%
Leucopenia	4%
Pneumonia	3.2%
Neuropatia	2.4%
Hepatite C	2.3%
Dermatite	2%
Hepatite B	1.2%
Cancro do colo do útero	1%

A adesão ao rastreio do VIH será provavelmente melhorada em todos os contextos através do aumento da sua disponibilização para além do contexto hospitalar e pelo recurso a testes de anticorpos rápidos e de alta qualidade. As campanhas dirigidas a públicos específicos têm demonstrado aumentar a adesão ao teste. Os testes propostos pelo prestador de cuidados de saúde em vários contextos hospitalares têm demonstrado aumentar a cobertura e adesão ao teste de anticorpos. Os serviços de rastreio do VIH devem disponibilizar um bom encaminhamento hospitalar para acompanhamento e tratamento, bem como garantir a confidencialidade e tratamento não discriminatório(7). As novas linhas orientadoras para o VIH foram publicadas pela International Union Against Sexually Transmitted Infections para uso em contexto geniturinários e cuidados primários onde poderá ser disponibilizado tratamento para infeções sexualmente transmissíveis (IST)(8). As linhas orientadoras foram criadas para abordar as diferentes práticas e organizações de sistemas de saúde na região europeia,

incluindo a ausência de orientações nacionais para o rastreio do VIH em alguns países. As antigas linhas orientadoras sobre aconselhamento e rastreio para a infeção pelo VIH podem ter enfatizado as consequências negativas de um diagnóstico da infeção em detrimento da comunicação dos benefícios de um diagnóstico e tratamento precoces. As orientações de 2014 recomendam o rastreio do VIH a todas as pessoas que se apresentem para cuidados geniturinários como parte do rastreio inicial, e para todos os doentes que se apresentem nos cuidados de saúde primários indicando elevada probabilidade de exposição à infeção pelo VIH. É aconselhado o rastreio anual, recomendando-se o rastreio mais frequente quando é reportado um risco de exposição continuada. A melhoria da frequência de rastreio requer um diálogo entre médico e doente e o desenvolvimento de uma relação de confiança que permita a este último revelar os riscos continuados de exposição ao VIH.

As linhas orientadoras enfatizam fortemente o uso de testes antigénio/anticorpos p24 de quarta geração. Estes testes reduzem o período janela em aproximadamente seis semanas. Os algoritmos de verificação variam entre si, mas as orientações nacionais para o seu uso recomendam sempre pelo menos um teste de confirmação usando um método diferente. Nos casos de suspeita de infeção primária onde a serologia é negativa, deve-se dar preferência a um teste RNA em relação a um teste de ácido nucleico (NAAT). As linhas orientadoras consideram também o uso de testes rápidos através do uso de sangue ou fluido oral, quer este seja feito por um profissional de saúde ou pelo próprio. Estas notam uma redução da sensibilidade na fase inicial da infeção pelo VIH e quando usado com outras amostras que não as de sangue.

Uma grande barreira à implementação de novas orientações relativas ao rastreio do VIH é a ausência de formação e consciencialização entre profissionais de saúde, sobretudo aqueles que não são especialistas nesta área.

Pontos-chave para discussão:

- A EACS deve pensar se o aconselhamento para o teste deve ser parte da sua agenda de orientação clínica;
- Os profissionais de saúde devem ser encorajados a pedir mais informações aos seus doentes sobre o seu historial de rastreio do VIH;
- É necessária mais informação sobre os modelos bem-sucedidos de rastreio comunitário e estes devem ser disponibilizados a nível nacional, de modo a aumentar a cobertura do rastreio do VIH entre populações chave.

Ultrapassar os obstáculos ao rastreio do VIH

Um grande número de pessoas a viver com VIH continua a desconhecer estar infetada: a proporção daqueles que continuam

por diagnosticar varia entre 20% na Dinamarca, Suécia e Eslováquia, 30% no Reino Unido, França e Alemanha, até pelo menos 50% na Polónia e Letónia. Os homens heterossexuais, as pessoas idosas, os migrantes e as pessoas que residem em áreas com menor prevalência da infeção têm uma maior probabilidade de continuarem por diagnosticar. As pessoas heterossexuais com origem na África subsaariana obtêm mais frequentemente um diagnóstico tardio do que qualquer outro grupo na União Europeia, se tivermos em conta a categoria de exposição (61% em 2012)(9).

Obstáculos ao rastreio do VIH

Doente	Profissional de saúde	Estrutural
<ul style="list-style-type: none"> • Perceção de risco reduzido; • Ausência de informação sobre VIH e disponibilização do tratamento; • Medo de uma infeção pelo VIH e as suas consequências para a saúde; • Medo da revelação do estatuto serológico (receios em relação ao estigma, discriminação e rejeição de pessoas próximas); • Negação; • Dificuldade de acesso a serviços, sobretudo em populações migrantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não considera que o doente se encontre em situação vulnerável à infeção; • Tempo insuficiente; • Processo de consentimento é complexo; • Ausência de conhecimento/formação; • Estereótipos – receio de parecer estar a discriminar; • Requerimento de aconselhamento antes do teste; • Problemas de reembolso ou ausência de incentivos de reembolso. <p>Também na Europa de Leste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corrupção, incluindo pagamento de serviços a profissionais de saúde; • Elevada prevalência de atitudes discriminatórias para com populações chave, com o apoio das autoridades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de políticas nacionais sobre rastreio do VIH • Ausência de serviços adaptados às populações-chave, como para homens que têm sexo com homens, pessoas que usam drogas, migrantes africanos; • Sistemas de regulação e licenciamento que impedem os profissionais de saúde de disponibilizar o teste; • Regulamentos que impedem o uso de testes fora de meio laboratorial; • Ausência de legislação anti discriminação; • Criminalização de pessoas que usam drogas por via injetada, trabalhadores do sexo e homens que têm sexo com homens. <p>Também na Europa de Leste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sociedade civil enfraquecida; • Ausência de pressão política para disponibilização de serviços para VIH; • Oposição política a populações chave a todos os níveis; • Não adesão generalizada às orientações internacionais e padrões de boas práticas.

Na Europa de Leste, os obstáculos ao rastreio do VIH devem ser considerados no contexto das diferenças entre os sistemas de saúde e uma extensa história de controlo autoritário e normativo dos comportamentos individuais e autonomias a nível estatal e hospitalar.

Possíveis soluções:

- As campanhas nos *media* podem ter impacto a curto prazo nas atitudes em relação ao rastreio;
- A redução do estigma sobre o rastreio e diagnóstico da infeção pelo VIH pode ser abordada a nível institucional através da "normalização" das práticas de teste e da introdução do rastreio universal;
- A formação dos profissionais de saúde pode aumentar as taxas de rastreio do VIH e melhorar as atitudes destes em relação à infeção pelo VIH e a sua confiança ao realizar um teste;
- O consentimento informado por escrito foi identificado como um obstáculo ao rastreio, o consentimento informado verbal é uma alternativa aceitável e resulta numa maior adesão;
- Ao invés do aconselhamento, as pessoas com resultados negativos poderão receber breves informações sobre VIH após o teste;
- As estratégias locais têm melhores resultados;

- O rastreio de base comunitária deve ser parte de uma estratégia geral e razoável.

Pontos-chave para discussão

- Importância do desenvolvimento de modelos locais e divulgação de informação sobre modelos locais de sucesso, ao invés de importar modelos de outros sistemas de saúde que podem não ser facilmente adaptados às circunstâncias locais. Devem ser financiados e avaliados projetos experimentais;
- Aumento das parcerias entre a comunidade e profissionais de saúde;
- Aumento da divulgação de informação sobre as atuais orientações para o rastreio do VIH e boas práticas em vários idiomas, sobretudo russo.
- Envolvimento com associações de especialistas em doenças indicadoras, de modo a promover o rastreio do VIH entre os seus membros a nível nacional e europeu.
- Aumentar a pressão para uma vigilância dirigida a grupos específicos que possa fornecer mais dados sobre a prevalência a nível local e entre as populações-chave, de modo a influenciar o desenvolvimento de políticas e avaliação de riscos na prática clínica.
- É necessário um maior foco na disponibilização de serviços de rastreio para populações-chave, sobretudo na Europa de Leste, em conjunto com disposições mais rigorosas que protejam a confidencialidade e os direitos humanos.
- É importante criar uma cultura de confidencialidade entre funcionários e utentes dos serviços de rastreio, em locais de reduzida e de elevada prevalência, para que seja possível recorrer aos mesmos sem receio de que possa existir um desrespeito da confidencialidade.

Melhorar o acesso ao tratamento antirretroviral

Martina Brostrom, ONUSIDA, Suíça; Cristiana Oprea, Hospital Victor Babes, Bucareste, Roménia; Andrea Antinori, IRCSS - INMI L. Spallanzani, Roma, Itália; Professor Andrzej Horban, Hospital para Doenças Infecciosas, Varsóvia, Polónia; Teresa Branco, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Lisboa, Portugal.

O tratamento antirretroviral conduziu a um grande aumento da esperança de vida entre pessoas que vivem com VIH e reduziu o peso da morbilidade e mortalidade em todas as regiões. Foi associada a uma redução da transmissão da infeção pelo VIH a uma maior cobertura do tratamento a nível nacional(10). A ONUSIDA apoiou um novo objetivo pós-2015 para a cobertura do tratamento antirretroviral que reconhece a importância de se atingirem elevados níveis de diagnóstico de infeção pelo VIH, encaminhamento para tratamento e supressão viral de forma a reduzir a transmissão da infeção, a morbilidade e mortalidade. O novo objetivo pretende diagnosticar 90% das pessoas a viver com VIH, garantir que 90% das pessoas diagnosticadas recebem tratamento antirretroviral e que 90% das pessoas sob tratamento têm a carga viral suprimida. Se este objetivo for atingido até 2020 irá resultar num total de 90% de diagnósticos entre pessoas que vivem com VIH, 81% destas sob tratamento e 73% com carga viral suprimida.

A região europeia está a ficar para trás em relação a países onde abordagens inovadoras à disponibilização de testes e tratamento, a par de compromissos políticos ao mais alto nível, resultaram numa elevada cobertura do tratamento, apesar dos recursos limitados para a área da saúde.

Tratamento antirretroviral na Europa de Leste

Um inquérito sobre acesso ao tratamento na Europa de Leste e Ásia Central, conduzido por Cristiana Oprea em nome da EACS, encontrou diferenças substanciais entre países com rendimentos semelhantes em termos de cobertura do tratamento, disponibilização da terapêutica e continuidade do fornecimento da medicação.

Principais conclusões de países com rendimentos médios a inferiores

À exceção da Ucrânia, os países nesta faixa de rendimentos têm baixa prevalência da infeção pelo VIH e na maior parte dos casos encontram-se dependentes de financiadores internacionais para poderem disponibilizar tratamento antirretroviral. A epidemia do VIH aparenta estar concentrada entre as pessoas que usam drogas por via injetada e heterossexuais. A cobertura do tratamento antirretroviral é baixa, geralmente inferior a 20%, e a terapêutica é disponibilizada por infeciologistas. Na maior parte dos casos, os regimes antirretrovirais seguem as orientações da EACS ou OMS, mas as combinações de dose única e os novos antirretrovirais permanecem indisponíveis. A Ucrânia é a principal exceção: 47% dos doentes sob terapêutica de primeira linha estão sob um regime baseado no nelfinavir (o nelfinavir é um inibidor da protease não potenciado que foi retirado do mercado europeu em 2008 e que já não é recomendado por nenhuma das orientações internacionais). Na maioria dos países desta faixa de rendimentos ocorreram ruturas de stock de medicamentos antirretrovirais nos últimos dois anos.

Principais conclusões de países com rendimentos médios a altos (incluindo Europa Central e Sudeste)

Todos os países nesta faixa de rendimentos têm uma prevalência bastante baixa (<0,1%). Nos países de rendimentos médios-altos da região encontram-se várias epidemias concentradas, entre HSH na Hungria e Sérvia e entre pessoas que usam drogas injetáveis no Azerbaijão e na Roménia. Recomenda-se o início do tratamento antirretroviral (TAR) com 350 células CD4/mm³, embora a Hungria e a Roménia tenham alterado a contagem para 500 células CD4/mm³. A cobertura da TAR varia entre 30% no Cazaquistão, 45% na Bielorrússia e 69% na Roménia. A maior parte dos regimes terapêuticos preferidos refletem as orientações da EACS, embora os regimes sejam mais limitados nos países do sudeste europeu. Os novos agentes e combinações de dose única não estão disponíveis na maioria dos países. Nos últimos dois anos foram reportadas ruturas de stock na Albânia, Macedónia, Sérvia e algumas regiões da Roménia.

Principais conclusões de países com rendimentos elevados (Rússia e Europa Central)

A prevalência do VIH é baixa em países com rendimentos elevados, à exceção da Federação Russa (1%). A prevalência do VIH é elevada entre pessoas que usam drogas injetáveis na Rússia e Polónia, entre HSH na Croácia, República Checa e Eslováquia. Recomenda-se o início da TAR às 500 células CD4/mm³, exceto na Rússia, onde se recomenda que esta seja iniciada às 200 células CD4/mm³. A cobertura do tratamento é equivalente aos níveis da Europa Ocidental (>60%) em todos os países, à exceção da Rússia (20-34%). Os regimes terapêuticos mais recomendados seguem as orientações da EACS, embora esta informação não esteja disponível no caso da Rússia. Na maior parte dos países estão disponíveis e dá-se preferência no tratamento de primeira linha aos novos agentes e combinações de dose fixa. Só a Rússia reportou rutura de stock nos últimos dois anos.

Tratamento antirretroviral na Europa Ocidental

As atuais orientações da EACS recomendam o tratamento para todos os doentes com contagens de células CD4 inferiores a 350 e recomendam também que se considere o tratamento para doentes cujas contagens variem entre 350 e 500. Enquanto se aguardam os resultados de um ensaio clínico randomizado sobre o início precoce de TAR, os dados observacionais de coorte fornecem evidências inconsistentes sobre os efeitos de uma toma precoce da TAR na morbidade e mortalidade. Uma contagem de células CD4 mais elevada no início da toma da TAR está associada a uma maior probabilidade de normalização dessa mesma contagem(11) e a duração e magnitude de uma viremia não controlada (cópias de carga viral/anos) está associada a um aumento da taxa de eventos definidores de SIDA(12). A supressão viral foi associada a um risco extremamente baixo de transmissão por via sexual na coorte do estudo PARTNER, enfatizando-se o benefício preventivo do tratamento com qualquer contagem de células CD4(13).

Os médicos que prescrevem TAR deparam-se com um aumento das pressões orçamentais em muitas zonas europeias para que se limitem os gastos com TAR e que se considere os custos de agentes individuais. Uma análise do custo eficácia no contexto do sistema de saúde espanhol identificou o abacavir, lamivudina e efavirenze como sendo mais custo eficazes que o tenofovir, emtricitabina e efavirenze ou tenofovir, emtricitabina e rilpivirina(14). A introdução de antirretrovirais genéricos após a expiração das patentes entre 2014 e 2018 irá provavelmente fazer com que se tenham os custos em consideração no momento da prescrição.

Melhorar a retenção e qualidade dos cuidados

Professora Cristina Mussini, Universidade de Modena, Itália; Professor Jens Lundgren, Universidade de Copenhaga, Dinamarca.

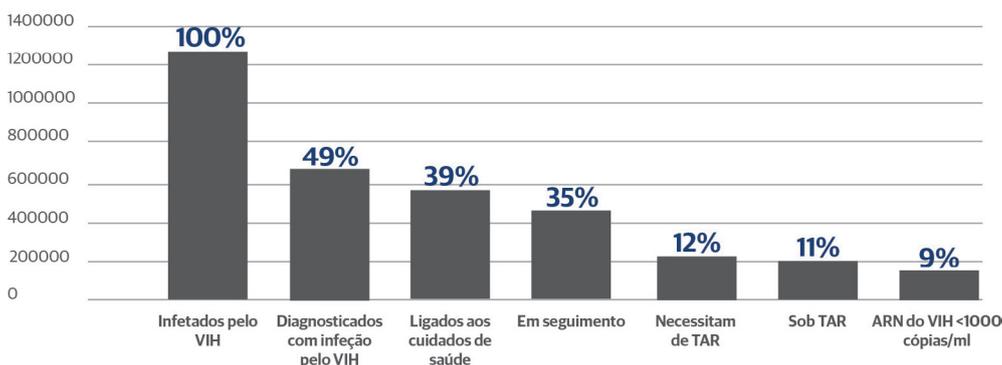
Comparação das cascatas do tratamento em países de rendimento elevado(15)

	Pessoas a viver com VIH	Diagnósticos	Ligação aos cuidados de saúde	Em seguimento	Sob TAR	Adesão	<50
Austrália	27,674	86%	78%	76%	66%		62%
Dinamarca	6,500	85%	81%	75%	62%		59%
Reino Unido	98,400	n/a	79%	70%	67%		58%
Holanda	25,000	n/a	73%	68%	59%		53%
França	149,000	81%	n/a	74%		60%	52%
Canadá (CB)	72,000	71%	67%	57%	51%	44%	35%
Estados Unidos da América	1,148,000	82%	66%	37%	33%		25%

Nota: discrepâncias nos dados disponibilizados indicam diferenças nos critérios nacionais de vigilância. Para o Canadá, as percentagens da cascata foram retiradas de um estudo na Colúmbia Britânica e foram aplicadas ao número total de pessoas a viver com VIH no país.

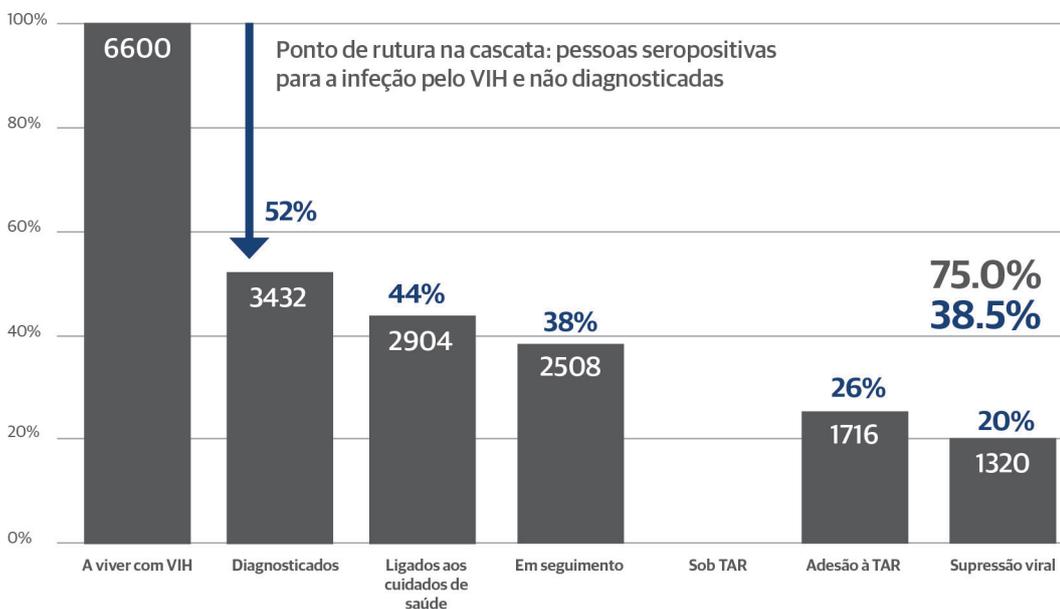
Número de doentes

A cascata do tratamento para o VIH na Rússia, 2013



Apesar de alguns pontos fracos nos diagnósticos da infeção pelo VIH, estão a ser obtidas taxas bastante elevadas de supressão viral em doentes diagnosticados e sob tratamento na Europa Ocidental; evidências de Itália indicam que estar sob terapêutica antirretroviral está associado a uma redução significativa do risco de não retenção nos cuidados de saúde, ao passo que os migrantes se encontram mais vulneráveis a essa situação. Barreiras linguísticas e culturais e as pressões da recessão económica aumentam a probabilidade de um migrante se perder no seguimento ou a ser forçado a deslocar-se para procurar trabalho. Os migrantes representavam 40% dos diagnósticos do VIH na União Europeia entre 2007 e 2011, 92% destes na Europa Ocidental(16). Na Europa de Leste, a ausência de serviços de rastreio adequados às populações-chave, a par do estigma e da discriminação legal, resultam em baixas taxas de diagnóstico. A ausência de informação sobre VIH e tratamento, os critérios de eleição para tratamento altamente restritivos e a reduzida disponibilidade do tratamento por motivos financeiros contribuem para as taxas extremamente baixas de supressão viral observadas na Europa de Leste.

Cascata do tratamento para o VIH - Geórgia



Melhorar a qualidade dos cuidados de saúde para a infeção pelo VIH na Europa de Leste poderia evitar pelo menos 80 000 mortes por ano. É necessária a concentração nos elementos essenciais: a disponibilização da terapêutica antirretroviral e tratamento para a tuberculose, de acordo com as orientações internacionais, é essencial e o tratamento para a hepatite B e C é importante. De acordo com os recursos disponíveis, também é desejável o rastreio e gestão das comorbilidades associadas ao estilo de vida e falência de órgãos. Isto representa uma abordagem de saúde pública.

As pessoas que consomem drogas por via injetada precisam de modelos de cuidados que abordem todas as suas necessidades de saúde num único local, ao invés de modelos de cuidados de saúde que os obriguem a deslocar-se a vários serviços que disponibilizem tratamento para consumo de drogas, VIH, cuidados gerais de saúde e tuberculose. Muitos utilizadores de drogas consideram difícil manter relações estáveis com vários prestadores de cuidados de saúde e precisam de ter acesso a serviços de base comunitária que prestem cuidados através da colaboração com equipas de peritos. Na Europa Ocidental

foram desenvolvidos vários modelos de cuidados partilhados para pessoas que usam drogas por via injetada e o modelo de cuidados partilhados é recomendado pela Organização Mundial de Saúde.

A terapêutica de substituição opiácea (TSO) é um elemento particularmente importante nos cuidados de saúde das pessoas que consomem drogas por via injetada. Ao estabilizar os consumos problemáticos e ao envolver as pessoas que usam drogas nos serviços, contribui-se para uma melhor retenção nos cuidados de saúde. A proporção de pessoas que usam drogas por via injetada sob TSO é extremamente baixa na maioria dos países da Europa de Leste (<5% na Rússia, Bielorrússia e Ucrânia) se comparada com a Europa Ocidental (50 - 60% no Reino Unido, Holanda e Itália).

Na Europa Ocidental e Central, a expansão e simplificação da terapêutica antirretroviral resultou num elevado número de doentes sob terapêutica antirretroviral estável e a longo prazo. Aproximadamente 70% dos participantes da coorte sob TAR na região tinha atingido carga viral indetetável com o mesmo regime ao longo de pelo menos 12 meses em 2013 (comparado com aproximadamente 40% na Europa de Leste). A melhoria da estabilidade da saúde entre uma população cada vez maior de pessoas que vivem com VIH implica menos visitas a hospitais, descentralização de alguns aspetos dos cuidados de saúde para a medicina geral e familiar e a necessidade de modelos de mudança de responsabilidades para enfermeiros e farmácias. Contudo, estes modelos não serão aplicáveis a todas as realidades, e à medida que os cuidados de saúde para o VIH são reestruturados para acomodar as mudanças na população de pessoas que vivem com VIH e a pressões orçamentais, é importante garantir que a qualidade não será comprometida e que se manterá a flexibilidade necessária para lidar com as mudanças nas necessidades de uma coorte de pessoas a envelhecer. Os especialistas continuarão responsáveis pelo acompanhamento dos doentes, mas os sistemas de registos médicos e sistemas de gestão informática, a par da identificação eletrónica única e acompanhamento comunitário de doentes perdidos para seguimento, poderá ajudar na descentralização dos cuidados de saúde enquanto otimiza a retenção.

Estratégias para a melhoria dos cuidados de saúde na Europa de Leste

- EACS e outros grupos profissionais têm um importante papel a desempenhar na diplomacia na área da saúde entre a União Europeia e os Estados da Europa de Leste;
- Um maior envolvimento com os profissionais de saúde da região, através de convites e apoio em reuniões internacionais, irá facilitar debates sobre boas práticas entre pares;
- A aceitação de práticas de redução de riscos na Europa Ocidental foi um processo que demorou vários anos, pelo que devemos ser persistentes no diálogo com peritos;
- Nos últimos anos, alguns países que podem ter proximidade com os países da Europa de Leste em termos de cultura política (China e Vietname, por exemplo) adotaram políticas de redução de riscos. O que podemos aprender com estas mudanças políticas e como podemos envolver estes países no diálogo entre peritos a nível científico e político?;
- O diálogo político será essencial de modo a garantir liderança política na Europa de Leste. O apoio de Ministros da Saúde em países presentes no G8 e o diálogo entre agências multilaterais e Ministérios da Saúde irão continuar;
- Nos países com menor prevalência, a EACS tem um papel importante a desempenhar na elevação dos padrões através da formação, redes de investigação e visitas internacionais, e ao defender as boas práticas através do envolvimento de Ministérios da Saúde que poderão desconhecer as orientações recentes.

Coinfeções

VIH e tuberculose

Dr. Enrico Girardi, National Institute for Infectious Disease L Spillanzi, Roma, Itália; Dr. Daria Podlakareva, Universidade de Copenhaga, Dinamarca.

Em 2012 as taxas de notificação de tuberculose eram entre cinco a dez vezes superiores na Europa de Leste que na Europa Ocidental e uma alarmante proporção de casos recém-diagnosticados eram multirresistentes (32 a 35% na Bielorrússia em 2010-2012 e 14,4% na Rússia em 2010)(17-19). Uma comparação regional ao tratamento para a tuberculose em pessoas que vivem com VIH entre a Europa de Leste e a Europa Ocidental, Europa do Sul e América Latina demonstrou que os doentes da Europa de Leste tinham uma maior probabilidade de receberem o tratamento para a TB de modo presuntivo do que em qualquer outra região e uma menor possibilidade de passar por procedimentos de diagnóstico, incluindo testes de resistências a medicamentos, que na Europa Ocidental e do Sul(20). Entre aqueles que fizeram testes de resistências na Europa de Leste, 40% tinha TB multirresistente comparado com <5% na Europa Ocidental e 64% dos doentes que fizeram esses testes receberam tratamento com quatro medicamentos ativos, tal como recomendado pela OMS. De modo semelhante, a comparação inter-regional demonstrou que a mortalidade por TB entre pessoas que vivem com VIH era substancialmente mais elevada na Europa de Leste que no resto da Europa (33% vs 8-14% em 12 meses)(21). O elevado risco de morte por TB entre as pessoas que vivem com VIH na região está muito associado à multirresistência e à disseminação da doença(22). As variações

regionais nas práticas de tratamento para a TB contribuirão provavelmente para estes resultados, sobretudo na hospitalização dos doentes durante a fase de indução intensiva (aumento de risco de infecção nosocomial), ausência de terapêutica de substituição opiácea que conduz a uma pior adesão entre as pessoas que usam droga, ausência de integração de serviços de VIH, TB e narcologia, na existência de um formulário de medicamentos para o tratamento de segunda linha para a TB limitado e ausência de testes de resistências a medicamentos(20). A discussão de consenso identificou as seguintes medidas prioritárias que se consideram necessárias para reduzir o peso da TB em pessoas que vivem com VIH na região:

- Implementação consistente das melhores práticas para o controlo da infecção em locais com TB e VIH e o reforço da procura de novos casos entre as populações chave;
- Disponibilização do diagnóstico rápido da TB e testes de resistências para a mesma infecção;
- Tratamento empírico e adequado para a TB e subsequente retratamento orientado por resultados do teste de resistências a medicamentos;
- Disponibilização ilimitada de todos os medicamentos para a TB, sobretudo novos produtos como a bedaquilina e o desenvolvimento de regimes de tratamento de curta duração;
- Tratamento adequado para a infecção pelo VIH e cobertura ilimitada da TAR;
- Os peritos devem apoiar políticas de drogas baseadas na evidência que incluam uma recomendação sobre o uso da buprenorfina ou outras formas de TSO para além da metadona (devido à interação com a rifampicina);
- Melhoria da vigilância e vontade política para agir com base em dados e necessidades de saúde pública.

Hepatite C e coinfeção pelo VIH

Dr. Antonella d'Arminio Monforte, University of Milan, Itália; Dr Karine Lacombe, Hôpital St Antoine, Paris; Dr Sanjay Bhagani, Royal Free Hospital, Londres, Reino Unido.

A prevalência da hepatite C em pessoas que vivem com VIH está associada a um historial de consumo de drogas por via injetada, residência em países com elevada prevalência do vírus da hepatite C (VHC), historial de exposição a hemoderivados antes de 1991 e, mais recentemente, exposição sexual entre homens que têm sexo com homens (HSH). A prevalência de anticorpos do VHC entre pessoas que vivem com VIH é mais elevada na Europa de Leste (57%), Europa Central (34%) e Europa do Sul (28,8%) e é bastante concentrada em populações urbanas(23). Os genótipos 1 e 3 são os mais prevalentes (53% e 29% respetivamente) em pessoas coinfectadas(24, 25). A prevalência do VHC entre pessoas que usam drogas por via injetada decresceu ao longo do tempo, mas a epidemia do VHC entre HSH associada a sexo desprotegido, sexo em grupo e injeção de estimulantes emergiu na Europa Ocidental(26, 27). O rastreio do VHC em pessoas coinfectadas mantém-se variável apesar das orientações da EACS para que todas as pessoas que vivem com VIH façam o rastreio para anticorpos do VHC (anualmente no caso dos HSH) e que se faça o teste de RNA VHC em casos não justificados de aumento das enzimas hepáticas(28). Na ausência de diagnóstico e tratamento, o risco de progressão da doença hepática em pessoas que vivem com a coinfeção pelo VIH e VHC é mais elevada que na população em geral. A proporção de pessoas coinfectadas que receberam tratamento para a hepatite C permanece muito baixa (<5% por ano no coorte EuroSIDA)(23). Embora o tratamento antirretroviral eficaz reduza o risco de progressão da fibrose em pessoas com coinfeção pelo VIH e VHC, os doentes com F4 continuam em elevado risco de descompensação, sobretudo quando a contagem de plaquetas é baixa (<105)(29-31). Evitar a descompensação e transplante hepático é particularmente importante em pessoas com coinfeção cujos resultados após o transplante sejam negativos se comparados com os de doentes monoinfetados (32). As pessoas coinfectadas devem ser consideradas um grupo de alta prioridade para tratamento com antivirais de ação direta (DAA), tal como recomendado nas orientações de 2014 da American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD)(33).

Obstáculos ao tratamento para a hepatite C (34, 35)

Obstáculos de doentes	Obstáculos de profissionais de saúde
<ul style="list-style-type: none">• Ausência de informação;• Preocupação relativa aos efeitos secundários e eficácia do tratamento;• Populações social e economicamente marginalizadas;• Estigma.	<ul style="list-style-type: none">• Ausência de orientações para o tratamento;• Falta de conhecimento sobre o impacto do VIH na progressão da doença hepática associada ao VHC;• Pouca colaboração entre especialistas em infeciologia e hepatologia;• Perceção de que doentes coinfectados são mais propensos à não adesão e reinfeção;• Preocupação com a eficácia e tolerabilidade do tratamento;• Preocupação com a complexidade das interações entre medicamentos;• Custo do tratamento.

O tratamento com regimes antivirais de ação direta sem interferão resultou em taxas de cura acima de 80% em ensaios clínicos em pessoas coinfectadas, incluindo pessoas com cirrose e anteriores respondedores nulos com infeção pelo genótipo 1a (36-39). Algumas combinações de antivirais de ação direta sem interferão têm poucas interações com os medicamentos antirretrovirais. As orientações da EACS recomendam o tratamento para pessoas coinfectadas com fibrose F2 - F4 com 2 ou 3 antivirais de ação direta ou interferão peguilado/ribavirina e 1 antiviral de ação direta (que não o telaprevir ou boceprevir). Os doentes com cirrose compensada devem ser tratados na especialidade(28). Os custos representam o maior obstáculo ao tratamento para a hepatite C em todos os países europeus. A modelagem dos custos em França demonstrou que o tratamento de 56 000 doentes com fibrose F2 - F4 com sofosbuvir e daclatasvir (+/- ribavirina) custaria entre 2,3 e 3,1 mil milhões de euros num período de três anos(40).

Os ativistas europeus apelaram a um plano de ação estratégica ao nível da União Europeia que aborde o diagnóstico e tratamento do VHC e um modelo de definição de preços que permita o acesso universal ao tratamento sem as atuais restrições orçamentais. Também apelaram ao acesso compassivo sem restrições aos antivirais de ação direta até terminarem as negociações sobre preços, bem como à criação de orientações nacionais sobre rastreio e tratamento que se foquem nas necessidades clínicas e não no custo do tratamento(41).

A OMS está a desenvolver uma estratégia global para o setor da saúde sobre hepatites virais e irá conduzir consultas a nível europeu ao longo do 1Q de 2015.

O debate sobre consenso identificou as seguintes medidas prioritárias para ação em relação à coinfeção pelo VHC:

- O tratamento abaixo do padrão é inaceitável;
- É necessário o apoio das sociedades clínicas na advocacia contra os preços inaceitavelmente elevados;
- As flexibilidades dos acordos TRIPS estão disponíveis para permitir que os países procurem licenças compulsórias por razões de saúde pública;
- As orientações devem ser atualizadas mais frequentemente para que tenham em conta a rapidez do desenvolvimento de medicamentos e as melhorias nos padrões de tratamento.
- São muitas as lições a retirar da experiência do VIH para uma resposta de sucesso na área das hepatites virais na Europa;
- É urgente e necessária mais investigação para se poder caracterizar os doentes em situação de maior risco de descompensação;
- São necessários mais dados sobre as complicações não hepáticas da hepatite C em doentes coinfectados.

Referências

1. Waters L, Sabin CA. Late HIV presentation: Epidemiology, clinical implications and management. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2011;9(10):877-89.
2. Antinori A, Coenen T, Costagliola D, Dedes N, Ellefson M, Gatell J, et al. Late presentation of HIV infection: A consensus definition. *HIV Med.* 2011;12(1):61-4.
3. Mocroft A, Lundgren JD, Sabin ML, Monforte A, Brockmeyer N, Casabona J, et al. Risk factors and outcomes for late presentation for HIV-positive persons in Europe: Results from the collaboration of observational HIV epidemiological

- research europe study (COHERE). *PLoS Med.* 2013;10(9):e1001510.
4. Touloumi G, Pantazis N, Babiker AG, Walker SA, Katsarou O, Karafoulidou A, et al. Differences in HIV RNA levels before the initiation of antiretroviral therapy among 1864 individuals with known HIV-1 seroconversion dates. *AIDS.* 2004; 20;18(12):1697-705.
 5. Pantazis N, Porter K, Costagliola D, De Luca A, Ghosn J, Guiguet M, et al. Temporal trends in prognostic markers of HIV-1 virulence and transmissibility: An observational cohort study. *Lancet HIV.* 2014 /12/1;1(3):e119-26.
 6. Kutsyna G. Which conditions are indicators for HIV testing across Europe? results from HIDES II. HepHIV 2014 conference; 5-7 October; Barcelona; 2014.
 7. Lazarus JV, Jurgens R, Weait M, Phillips A, Hows J, Gatell J, et al. Overcoming obstacles to late presentation for HIV infection in Europe. *HIV Med.* 2011;12(4):246-9.
 8. Gokengin D, Geretti AM, Begovac J, Palfreeman A, Stevanovic M, Tarasenko O, et al. 2014 european guideline on HIV testing. *Int J STD AIDS.* 2014;25(10):695-704.
 9. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2012. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2013.
 10. Hill A, Pozniak A, Heath K, Raymond A, Ford N. Higher antiretroviral treatment coverage is associated with lower adult HIV infection rates: Analysis of 51 low and middle-income countries. 20th International AIDS Conference; 20-25 July; Melbourne, Australia; 2014.
 11. Palella F, Armon C, Chmiel J, et al. Higher CD4 at ART initiation predicts greater long term likelihood of CD4 normalization [abstract 560]. Special issue: Abstracts from the 2014 Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. *Top Antivir Med.* 2014; 22 (e-1):272.
 12. an der Heiden M, Zoufaly A, Sabin C, et al. The clinical impact of viral load copy years in antiretroviral-naïve HIV seroconverters [abstract 291]. Special Issue: Abstracts from the 2014 Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. *Top Antivir Med.* 2014; 22 (e-1): 128.
 13. Rodger A, Bruun T, Cambiano V, et al. HIV transmission risk through condomless sex if HIV+ partner on suppressive ART: PARTNER study [abstract 153LB]. In Special Issue: Abstracts from the 2014 Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. *Top Antivir Med.* 2014; 22 (e-1): 24.
 14. Blasco AJ, Llibre JM, Arribas JR, Boix V, Clotet B, Domingo P, et al. Analysis of costs and cost-effectiveness of preferred GESIDA/national AIDS plan regimens for initial antiretroviral therapy in human immunodeficiency virus infected adult patients in 2013. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2013 Nov;31(9):568-78.
 15. Raymond A et al. Large disparities in HIV treatment cascades between eight European and high-income countries: analysis of break points. International Congress of Drug Therapy in HIV Infection, abstract O-237, Glasgow, 2014.
 16. European Centre for Disease Prevention and Control. Thematic report: Migrants, monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2012 progress report. Stockholm: ECDC; 2013.
 17. Skrahina A, Hurevich H, Zalutskaya A, Sahalchik E, Astrauko A, van Gemert W, et al. Alarming levels of drug-resistant tuberculosis in Belarus: Results of a survey in Minsk. *Eur Respir J.* 2012;39(6):1425-31.
 18. Skrahina A, Hurevich H, Zalutskaya A, Sahalchik E, Astrauko A, Hoffner S, et al. Multidrug-resistant tuberculosis in Belarus: The size of the problem and associated risk factors. *Bull World Health Organ.* 2013;1;91(1):36-45.
 19. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2014. Stockholm: ECDC; 2014.
 20. Efsen AM, Schultze A, Post F, Panteleev A, Furrer H, Miller R, et al. Major challenges in clinical management of TB/HIV co-infected patients in Eastern Europe compared with Western Europe and Latin America. *J Int AIDS Soc.* 2014;17(4 Suppl 3):19505.
 21. Podlekareva DN, Mocroft A, Post FA, Riekstina V, Miro JM, Furrer H, et al. Mortality from HIV and TB coinfections is higher in Eastern Europe than in Western Europe and Argentina. *AIDS;*23(18):2485-95.
 22. Post FA, Grint D, Werlinrud AM, Panteleev A, Riekstina V, Malashenkov EA, et al. Multi-drug-resistant tuberculosis in HIV positive patients in Eastern Europe. *J Infect.* 2014; 68(3):259-63.
 23. Peters L, Mocroft A, Lundgren J, Grint D, Kirk O, Rockstroh J. HIV and hepatitis C co-infection in Europe, Israel and Argentina: A EuroSIDA perspective. *BMC Infect Dis.* 2014;14 Suppl 6:S13,2334-14-S6-S13.
 24. Esteban JI, Saulea S, Quer J. The changing epidemiology of hepatitis C virus infection in Europe. *J Hepatol.* 2008 Jan;48(1):148-62.
 25. Soriano V, Mocroft A, Rockstroh J, Ledergerber B, Knysz B, Chaplinskas S, et al. Spontaneous viral clearance, viral load, and genotype distribution of hepatitis C virus (HCV) in HIV-infected patients with anti-HCV antibodies in Europe. *J Infect Dis.* 2008;198(9):1337-44.
 26. Urbanus AT, van de Laar TJ, Stolte IG, Schinkel J, Heijman T, Coutinho RA, et al. Hepatitis C virus infections among HIV-infected men who have sex with men: An expanding epidemic. *AIDS* 2009;23(12):F1-7.
 27. Schmidt AJ, Rockstroh JK, Vogel M, An der Heiden M, Baillet A, Krznanic I, et al. Trouble with bleeding: Risk factors for acute hepatitis C among HIV-positive gay men from Germany—a case-control study. *PLoS One.* 2011;6(3):e17781.
 28. European AIDS Clinical Society: European guidelines for treatment of HIV-infected adults in Europe, version 7.1 [Internet].

- Brussels: European AIDS Clinical Society; 2014 [updated November; cited 21 January 2015]. Available from: www.eacsociety.org/guidelines/eacs-guidelines/eacs-guidelines.html
29. Macias J, Berenguer J, Japon MA, Giron JA, Rivero A, Lopez-Cortes LF, et al. Fast fibrosis progression between repeated liver biopsies in patients coinfecting with human immunodeficiency virus/hepatitis C virus. *Hepatology*. 2009;50(4):1056-63.
 30. Macias J, Marquez M, Tellez F, Merino D, Jimenez-Aguilar P, Lopez-Cortes LF, et al. Risk of liver decompensation among HIV/hepatitis C virus-coinfecting individuals with advanced fibrosis: Implications for the timing of therapy. *Clin Infect Dis*. 2013;57(10):1401-8.
 31. Lo Re V, 3rd, Kallan MJ, Tate JP, Localio AR, Lim JK, Goetz MB, et al. Hepatic decompensation in antiretroviral-treated patients co-infected with HIV and hepatitis C virus compared with hepatitis C virus-monoinfected patients: A cohort study. *Ann Intern Med*. 2014;160(6):369-79.
 32. Duclos-Vallee JC, Feray C, Sebah M, Teicher E, Roque-Afonso AM, Roche B, et al. Survival and recurrence of hepatitis C after liver transplantation in patients coinfecting with human immunodeficiency virus and hepatitis C virus. *Hepatology*. 2008;47(2):407-17.
 33. Recommendations for testing, managing, and treating hepatitis C [Internet]. USA: AASLD, IDSA; 2014 [updated 19 December 2014; cited 21 January 2015]. Available from: www.hcvguidelines.org/.
 34. Papatheodoridis GV, Tsochatzis E, Hardtke S, Wedemeyer H. Barriers to care and treatment for patients with chronic viral hepatitis in Europe: A systematic review. *Liver Int*. 2014;34(10):1452-63.
 35. Treloar C, Rance J, Dore GJ, Grebely J, ETHOS Study Group. Barriers and facilitators for assessment and treatment of hepatitis C virus infection in the opioid substitution treatment setting: Insights from the ETHOS study. *J Viral Hepat*. 2014;21(8):560-7.
 36. Molina J, Orkin C, Iser D, et al. All-oral therapy with sofosbuvir plus ribavirin for the treatment of HCV genotypes 1, 2, 3 and 4 infection in patients co-infected with HIV (PHOTON-2). 20th International AIDS Conference; 20-25 July; Melbourne, Australia; 2014.
 37. Lawitz E., et al. Efficacy and safety of MK-5172 and MK-8742 +/- ribavirin in hepatitis C genotype 1 infected patients with cirrhosis or previous null response: Final results of the C-WORTHY study (parts A and B). [abstract 196]. American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) Liver Meeting, Boston. 2014.
 38. Osinusi A, Townsend K, Nelson A, Kohli A, Gross C, Polis MA, et al. Use of sofosbuvir/ledipasvir fixed dose combination for treatment of HCV genotype-1 in patients coinfecting with HIV. *J Hepatol* 2015;60(1):S7.
 39. Sulkowski M, Eron J., D. Wyles D, et al. TURQUOISE-I: Safety and efficacy of ABT-450/r/ombitasvir, dasabuvir, and ribavirin in patients co-infected with hepatitis C and HIV-1. 20th International AIDS Conference; 20-25 July; Melbourne, Australia; 2014.
 40. Deuffic-Burban S., Obach D., Canva-Delcambre V., et al. Projecting the budget impact of interferon (IFN)-free directacting antiviral (DAA)-based regimens for hepatitis C treatment in France: A model-based analysis (ANRS 95141). [abstract 1749]. Special issue: The 65th Annual Meeting of the American Association for the Study of Liver Diseases: The Liver Meeting 2014, volume 60, issue supplement S1, pages 1040A-1048A, October 2014.
 41. Sitges VII declaration [Internet]. Brussels: European AIDS Treatment Group; 2014 [updated 17 November 2014; cited 21 January 2015]. Available from: www.eatg.org/gallery/171311/Sitges%20VII%20Declaration.pdf

Resumo do relatório: Reunião Ministerial de Alto-Nível sobre VIH

28-29 de novembro de 2014, Roma, Itália

Introdução

A reunião Ministerial sobre VIH resultou de uma iniciativa da Presidência italiana da União Europeia (UE), que terminou a 31 de dezembro de 2014, desenhada para renovar o compromisso da UE em combater a infeção pelo VIH e SIDA na região europeia, após 10 anos da Declaração de Dublin sobre VIH. Na reunião estiveram presentes instituições da UE, Ministérios da Saúde e principais *stakeholders* que incluíram OMS-Europa, Fundo Global contra a SIDA, Tuberculose e Malária, Sociedade Clínica Europeia sobre SIDA e representantes da sociedade civil, com a presença do Fórum Europeu da Sociedade Civil sobre VIH/SIDA e o European AIDS Treatment Group, para discutir em conjunto prioridades e principais preocupações.

Vytenis Andriukaitis, Comissário Europeu para os Assuntos de Saúde e Segurança Alimentar, abriu a reunião com uma forte demonstração de compromisso para com a luta contra a discriminação, inclusão social e ação para travar a infeção pelo VIH nas populações mais afetadas.

O Comissário apontou a existência de grandes diferenças e a necessidade de a União Europeia ultrapassar as desigualdades na área da saúde dentro da UE, cooperação com os países vizinhos e a necessidade de trabalhar a área das coinfeções.

10 anos de epidemia do VIH na Europa: relatório ECDC-OMS

Nedret Emiroglu, OMS-Europa, Copenhaga, Dinamarca; Marc Sprenger, European Center for Disease Control, Estocolmo, Suécia.

A Declaração de Dublin (2004) definiu a ambição de travar e reverter o aumento do número de diagnósticos da infeção pelo VIH na região europeia. Contudo, em toda a região europeia, o diagnóstico da infeção pelo VIH aumentou em 80% entre 2004 e 2013. Este aumento atribui-se fortemente ao aumento substancial de novas infeções pelo VIH na Europa de Leste. Desde 2004, que a taxa de novos diagnósticos pelo VIH por 100 000 habitantes na Europa Ocidental e Central permanece estável (6,5 por 100 000 em 2004 e 6,2 por 100,000 em 2013). Na Europa de Leste, a taxa de novos diagnósticos por infeção pelo VIH aumentou em 126% desde 2004, para aproximadamente 28 por 100 000 habitantes em 2013. Pela Europa de Leste, 136 000 pessoas foram diagnosticadas com infeção pelo VIH em 2013 e, destes, 29 157 foram diagnósticas na UE e EEA. Cinquenta e nove por cento de todos os diagnósticos de infeção pelo VIH na região europeia ocorreram na Federação Russa em 2013, 13%, na Ucrânia e 20% na Europa Ocidental e Central.

Diagnósticos do VIH, 2013, exposição por categorias (UE/EEE)		Alteração ao longo da última década
HSH	42%	+33%
Heterossexual	21%	-14%
Heterossexual (de países com epidemia do VIH generalizada)	11%	-61%
Pessoas que usam drogas injetáveis	5%	-36%
Transmissão mãe-filho	<1%	-37%
Via de exposição desconhecida	20%	n/a

Há um aumento sustentado da epidemia nos HSH em quase todos os países. Na União Europeia, os homens que têm sexo com homens são o grupo mais importante para intervenções de prevenção e o aumento de novos casos na Europa Central é notável. Apesar de os novos casos diagnósticos de infeção pelo VIH terem descido na população migrante de países com epidemias generalizadas, não há informação que permita analisar esta descida, bem como não há informação sobre a infeção entre os migrantes mais recentes da América Latina e Ásia e sobre transmissão dentro desta comunidade. Os diagnósticos diminuíram substancialmente em pessoas que usam drogas por via injetada, contudo, observaram-se surtos em alguns países.

Em comparação, o diagnóstico da infeção pelo VIH aumentou entre pessoas que usam drogas injetadas (+49%), heterossexuais (+195%) e outros/indeterminados (+160%) na Europa de Leste desde 2004. Naqueles com via de transmissão conhecida, 50% eram heterossexuais e 45% pessoas que usam drogas injetadas. É necessário melhorar a qualidade dos dados sobre VIH entre o grupo HSH na Europa de Leste.

As **mortes relacionadas com SIDA na UE/EEE** desceram em 75% desde 2004, para aproximadamente 1 000 por ano, enquanto o número de pessoas a receber tratamento antirretroviral quase que duplicou, passando de 174 273 em 2004 para 333 699 em 2013.

O **custo do tratamento antirretroviral** continua a ser um desafio para alguns países da região devido a pressões orçamentais, aumento do número de diagnósticos e custo dos medicamentos antirretrovirais. A média dos custos varia substancialmente até em países com rendimentos semelhantes; a média anual do custo do tratamento antirretroviral é de 10 000 euros na Holanda e de 17 500 euros na Alemanha. Na Europa Central e Sul, o custo anual varia entre os 7 142 euros em Espanha para os 10 000 euros na Polónia. Nos países Bálticos, o custo anual é de 3 834 euros na Estónia e na Lituânia de 7 240 euros. Muitos países no Sudeste e Leste Europeu, que têm dependido do Fundo Global para a compra de medicamentos, enfrentarão enormes desafios quando esta entidade deixar de os apoiar financeiramente.

Os países da região Europeia indicam fortes variações nas **medidas de cobertura de prevenção e diagnóstico**. A cobertura na área da redução de riscos para pessoas que usam drogas por via injetada é monitorizada através da estimativa da percentagem de pessoas que usam drogas sob tratamento de substituição opiácea (TSO) e número de seringas distribuídas por pessoa que usa drogas por via injetada. Foram relatados níveis muito baixos de TSO (<5% cobertura) na Ucrânia, Letónia, Moldávia, Azerbaijão e Cazaquistão. A cobertura acima dos 60% foi referida por apenas seis países: Dinamarca, Finlândia, Luxemburgo, Malta, Holanda e Espanha. A distribuição de seringas foi baixa na maioria dos países. Apenas cinco países alcançaram cobertura acima de 200 seringas por pessoa por ano (Croácia, Estónia, Cazaquistão, Noruega e Espanha) (12 estados da UE não reportaram dados).

O número de **testes do VIH** (medido pela estimativa de proporção da população rastreada em 2013) foi consistentemente baixo em populações chave. Apenas seis países referiram uma cobertura superior a 50% entre HSH em 2013, e apenas quatro relataram uma cobertura superior a 50% entre pessoas que usam drogas por via injetada (15 países da UE não reportaram dados).

O **diagnóstico tardio** permanece um problema crítico na região. Na Europa de Leste e Ásia Central, 49% das pessoas são diagnosticadas com contagem de células CD4 abaixo das 350 células/mm³. O diagnóstico tardio é também uma área crítica na população migrante com fraco acesso aos serviços de saúde.

Os **migrantes em situação irregular** estão numa situação de particular desvantagem em relação ao rastreio, prevenção, tratamento e cuidados de saúde. Não têm acesso ao tratamento antirretroviral em 12 estados da UE, maioritariamente nos países da Europa Central. Na realidade, os migrantes em situação irregular enfrentam barreiras práticas no acesso ao teste e ao tratamento na maioria dos países.

O **European Center for Disease Control (ECDC) identificou cinco prioridades de ação** na região europeia para reverter o aumento do número de diagnósticos da infeção pelo VIH.

1. **Prevenção direcionada para as populações-chave em escala apropriada** – homens que têm sexo com homens, pessoas que usam drogas por via injetada, migrantes, reclusos e trabalhadores do sexo. Há variações na cobertura de intervenções de redução de risco mesmo no espaço da União Europeia.
2. **Maior cobertura e frequência no rastreio do VIH** de forma a reduzir o diagnóstico tardio. O rastreio deve ser de base comunitária e os governos devem procurar métodos inovadores para aumentar o número de pessoas que fazem o teste, bem como direcionar ações para populações-chave do que para a população geral. Atualmente, o rastreio do VIH é consistentemente baixo em todas as populações-chave.
3. **Aumentar a cobertura do tratamento antirretroviral na Europa de Leste e fazer com que o tratamento antirretroviral e cuidados de saúde sejam acessíveis à população migrante em situação irregular no espaço da União Europeia.** Os programas nacionais devem melhorar as taxas de diagnóstico e de supressão viral de forma a alcançar em pleno o impacto do tratamento como prevenção. Atualmente, as taxas do diagnóstico permanecem baixas, mesmo nos países com melhor desempenho.
4. **Aumentar o financiamento**, especificamente para a sociedade civil e respetivos serviços de prevenção chave e redução de riscos.
5. **Forte liderança política**, tanto a nível nacional como europeu, de forma a mobilizar o financiamento e mudança de atitudes face à infeção pelo VIH.

Pontos-chave de discussão

- Início precoce do tratamento antirretroviral como um importante passo na redução da transmissão da infeção pelo VIH.

- Maximizar o seu potencial requer liderança política de forma a aumentar a sua cobertura na Europa de Leste.
- Há a necessidade de dados de qualidade sobre o tamanho da população chave na União Europeia e Europa de Leste e de melhorar a capacidade de supervisão epidemiológica de forma a caracterizar o fardo do VIH em populações chave bem como trajetórias locais da epidemia do VIH.
- É necessário maior envolvimento das organizações lésbicas, gay, bissexuais e trans (LGBT) na prevenção do VIH para mobilizar a atenção política para a crise do VIH entre os HSH na Europa Ocidental e de Leste.

Como garantir que ninguém fica para trás

Licia Brussa, International Committee on the Rights of Sex Workers in Europe; Ton Coenen, AIDS Fonds; Simone Marcotullio, NADIR, Italy; Pedro Marques, SER+ Associação Portuguesa para a Prevenção e Desafio à Sida, Portugal

Intervenções altamente eficazes e custo-eficazes não são postas em prática na Europa devido a razões económicas e ideológicas em várias áreas da saúde cruzadas. O custo da inatividade terá como resultado o aumento das despesas na saúde e a uma perda a longo prazo do potencial económico devido à perda de anos-vida perdidos de produtividade entre a população jovem afetada pelo VIH. As epidemias na região Europeia são do tipo concentradas e focadas em populações-chave que enfrentam discriminação e barreiras nos cuidados de saúde.

Há a necessidade de objetivos mais ambiciosos e um importante investimento estratégico na saúde pública na Europa de Leste por parte da União Europeia. Para atingir estes investimentos, é necessário revigorar o ativismo e desenvolver uma nova geração de ativistas para a levar adiante e aumentar as conquistas da sociedade civil na área do VIH ao longo dos últimos 30 anos. Em particular, é necessário envolver o movimento LGBT nesta causa de forma a alcançar uma mudança no compromisso político.

Pessoas que injetam drogas

É necessário um compromisso político para manter e alargar os programas de redução de riscos a fim de sustentar a redução observada da transmissão da infeção pelo VIH e a prevalência do VIH entre as pessoas que injetam drogas na Europa Ocidental, e manter a prevalência baixa entre as pessoas que injetam drogas na Europa Central. É necessário mais investimento na área da redução de riscos para a população migrante na região Europeia; a evidência da Grécia demonstra que a epidemia entre as pessoas que injetam drogas pode aumentar rapidamente quando as medidas de redução de riscos deixam de ser adequadas ou quando não chegam a novas populações migrantes. Números elevados de detenção de pessoas que usam drogas e ausência de estratégias de redução de riscos em meio prisional contribuem para a elevada prevalência do VIH no grupo de pessoas que injetam drogas.

Trabalhadores do Sexo

Uma variedade de políticas e leis na região Europeia impedem os trabalhadores do sexo de aceder a serviços de prevenção do VIH e de saúde sexual adequados. As leis impedem também que os trabalhadores do sexo controlem a sua situação de trabalho e forcem-nos a trabalhar em espaços pouco seguros e clandestinos. Boas práticas de prevenção do VIH para os trabalhadores do sexo e espaço para intervenções de saúde pública para melhorar a saúde sexual dos trabalhadores do sexo estão a ser corrompidas por um crescente tráfico, exploração de mulheres e equidade de género entre os decisores políticos. A cobertura mínima de um pacote de intervenções de prevenção do VIH para os trabalhadores do sexo é muito baixa na Europa de Leste. Apenas 3% dos trabalhadores do sexo na Rússia e Ucrânia têm acesso a um pacote mínimo de intervenções de prevenção.

Homens que têm sexo com homens

A prevalência do VIH continua a aumentar na Europa Ocidental e Central devido aos baixos níveis de investimento na área da prevenção direcionada a homens gay e a fatores sindémicos. Tais incluem elevados níveis de consumo de álcool e drogas, depressão e atitudes sociais negativas face à homossexualidade. A histórica ausência de estratégias de prevenção do VIH e promoção de saúde sexual direcionada para o grupo HSH que vive com VIH também contribui para a contínua transmissão da infeção pelo VIH e níveis altos de infeções sexualmente transmissíveis entre HSH que vivem com VIH.

Cascata do tratamento na Europa

Martin Donoghoe, WHO Europe; Enrico Girardi, National Institute for Infectious Diseases L. Spallanzani, Italy; Nikos Dedes, European AIDS Treatment Group

Um terço das pessoas que vivem com VIH na região Europeia não sabe o estatuto serológico para a infeção pelo VIH e não beneficia da terapêutica antirretroviral. Aproximadamente 50% das pessoas são diagnosticados tardiamente (diagnóstico

com contagem de células CD4 abaixo das 350 células/mm³). O diagnóstico de SIDA triplicou na Europa de Leste desde 2004, enquanto durante o mesmo período diminuiu em 60% na Europa Ocidental e Central. A melhoria da taxa de diagnóstico, ligação aos cuidados de saúde, início do tratamento e retenção nos cuidados de saúde são essenciais para a redução da morbilidade e mortalidade relacionadas com a SIDA na região.

A cobertura antirretroviral de pessoas elegíveis (CD4 <350) permanece extremamente baixa na Europa de Leste; apenas 35% das pessoas elegíveis estavam a receber tratamento antirretroviral em 2012, uma das mais pequenas proporções no mundo. A baixa cobertura do tratamento tem também consequências na prevenção.

Comparação da cascata do tratamento na Europa e Ásia Central

	Estimativa do VIH	Diagnóstico	Ligação aos cuidados de saúde	Retenção nos cuidados de saúde	Sob ARV	Supressão viral
França	149,000	81%	n/a	74%	16%	52%
Arménia	3700	44%	n/a	28%	16%	14%
Azerbaijão	9200	47%	n/a	28%	14%	10%
Bielorrússia	24000	50%	n/a	41%	18%	13%
Geórgia	4900	52%	44%	38%	26%	20%
Quirguistão	7600	67%	n/a	28%	12%	?
Rússia	1,360,000	49%	38%	35%	11.5%	9% (<1000)
Ucrânia	237,000	86%	59%	?	?	17%

Melhorar as taxas de diagnóstico da infeção pelo VIH é o primeiro passo para reduzir a apresentação tardia dos doentes, diagnósticos de SIDA e mortes na região Europeia.

Melhorar a cobertura do tratamento antirretroviral (TAR) é também essencial. É importante que os políticos e governos percebam os benefícios da saúde pública e a economia da TAR. A TAR é uma das poucas intervenções médicas que não é apenas custo-eficaz mas geradora de poupança. Mesmo quando considerada estritamente em termos de custos no sistema de saúde, a TAR evita os custos de hospitalização. Quando considerada em termos de impacto na esperança de vida, a TAR detém uma coorte de jovens adultos que podem ser economicamente produtivos durante uma vida normal se tratados de forma otimizada. Quando considerada em termos de benefício preventivo, a TAR tem o potencial de evitar infeções subsequentes durante o período de vida de uma pessoa e de evitar futuros custos de tratamento. Este "efeito multiplicador" não é captado na maioria das análises custo-eficazes e necessita urgentemente de ser considerado em países onde a prevalência do VIH continua a aumentar. Há ainda a necessidade de os ativistas desenvolverem um cenário mais robusto sobre estimativas de custo para demonstrar a potencial poupança de custos da TAR em países onde a cobertura é subótima.

Acesso a medicamentos inovadores

John Ryan, European Commission, Directorate General for Health and Consumer Safety, Luis Mendão, GAT e EATG

O acesso equitativo a medicamentos inovadores para o tratamento da hepatite C foi levantado pelo governo Francês durante o European Union Council of Health Ministers em 2014 e é agora sujeito a discussões no Council Working Party e na rede de autoridades competentes. A Comissão Europeia não tem competência legal para regular os preços dos medicamentos; é da responsabilidade dos estados membros. Contudo, há vários instrumentos na UE que podem ser utilizados para melhorar o acesso:

- A comissão pode melhorar a troca de informação em relação aos preços pagos pelos medicamentos nos estados membros de forma a melhorar a transparência, o que ajudará individualmente os estados membros a alcançar melhores preços e preços mais consistentes e previsíveis.
- A nova *Joint Procurement Mechanism*, estabelecida pela Cross Border Decision on Serious Health Threats, pode ser utilizada para alcançar economias de escala na compra. A Cross Border Decision menciona especificamente a infeção pelo vírus da hepatite C. Quatro estados podem iniciar um procedimento e o envolvimento no procedimento é voluntário e aberto a todos os estados que tenham assinado o uso deste mecanismo. Dezoito estados já assinaram, dois estavam previstos assinar em dezembro de 2014 e mais cinco em 2015.

Foi proposta a criação de um mecanismo da União Europeia para a avaliação de tecnologias em saúde. Atualmente, os estados europeus conduzem 28 avaliações independentes sobre o mesmo produto. A Comissão Europeia está a pressionar para futuras ações conjuntas sobre Avaliação de Tecnologias em Saúde.

O preço dos novos agentes antivirais de ação direta (AAD) para a hepatite C coloca desafios significativos para os sistemas de saúde na região Europeia. Apesar de serem custo-eficazes e de o custo de vida útil menor que os tratamentos antirretrovirais, os custos do tratamento com AAD é inacessível até mesmo para os sistemas de saúde mais ricos dos estados da UE, devido ao elevado número de pessoas que precisam do tratamento. O preço dos AAD e de outros medicamentos inovadores ameaçam colocar em risco o futuro dos sistemas de saúde europeus. Se os sistemas de saúde não conseguem pagar o crescente custo dos medicamentos, a rentabilidade futura da indústria farmacêutica na Europa está comprometida e a existência futura de uma indústria farmacêutica na área da investigação na região é posta em causa. O preço do modelo atual é insustentável e a indústria precisa de trabalhar com os contribuintes e os grupos de doentes para desenvolver um modelo de preço "ganho-ganho" que permita o acesso e a inovação.

Financiar a resposta à infeção pelo VIH na região Europeia

Christoph Benn, Global Fund

O Fundo Global contra a SIDA, Tuberculose e Malária contribuiu com 1,4 mil milhões de dólares americanos para a região da Europa de Leste e Ásia Central (EEAC) desde 2004, financiando o tratamento antirretroviral pelo valor cumulativo de 85,000 pessoas desde 2004. O compromisso de mais 680 milhões de dólares americanos para a região para o período 2014-16 (28% para a Ucrânia, 10% para o Uzbequistão e 9% para a Geórgia) está garantido com o objetivo de estabelecer a prevalência do VIH e conter a propagação da TB multirresistente e extensivamente resistente. A manutenção do apoio político do financiamento de programas para a infeção pelo VIH e TB na região EEAC é um desafio devido à força do compromisso político em relação à alocação de fundos focados sobretudo na pobreza, em especial, entre os ministérios dos negócios estrangeiros e de desenvolvimento da Europa do Norte. De forma a construir um apoio político para uma resposta programática reforçada na EEAC, é necessário mais advocacia a nível nacional como a nível bilateral.

Pontos de discussão:

- Houve consenso geral de que a Alemanha, Reino Unido e países nórdicos têm de ser pressionados para mudar as suas políticas de financiamento para a EEAC;
- Respostas multissetoriais são parte integrante no sucesso da resposta à infeção pelo VIH na África subsaariana e é necessário avançar para um modelo semelhante de forma a trabalhar o VIH e TB na Europa de Leste, envolvendo os Ministérios da Justiça e do Interior.

Conclusões chave da conferência

Os participantes da conferência concordaram que um compromisso político renovado a nível Europeu é necessário e uma versão *draft* do texto da declaração sobre VIH e SIDA apresentada pela presidência Italiana precisa de mais discussão. A presidência Italiana está empenhada em apresentar as conclusões da reunião de alto nível para discussão futura entre os estados membros da UE, de forma a acordar sobre um conjunto de metas atualizadas assentes na Declaração de Dublin. A declaração será seguida pela presidência da Letónia e Luxemburgo, tendo a Comissão disponibilizado apoio no processo. Foi também sugerido convidar as próximas Presidências e outros estados membros interessados em se juntar ao *External Advisory Board*.

A necessidade de uma ação Europeia

1. **O VIH e as comorbilidades**, especialmente a tuberculose, hepatites virais e outras infeções sexualmente transmissíveis **continuam a representar um grande desafio para a saúde pública, direitos humanos e equidade na Europa**. Contrariamente à tendência de diminuição, novas infeções pelo VIH estão a aumentar, em especial, na Europa de Leste e Ásia Central e por toda a região entre populações-chave: pessoas que usam drogas por via injetada e seus parceiros sexuais, homens que têm sexo com homens, pessoas transgénero, migrantes e minorias étnicas, trabalhadores do sexo e reclusos.
2. **Metas ambiciosas e ações necessárias**: Até 2020, a Europa deve assegurar cobertura de pacotes na área da prevenção que sejam compreensivos, integrados e centrados nas pessoas, tratamento e cuidados de saúde para a infeção pelo VIH e comorbilidades para cada população-chave e trabalhar em necessidades específicas para subgrupos, de acordo com as orientações da OMS.

3. **A Europa de hoje tem o conhecimento e recursos para alcançar a meta de acabar com a epidemia da SIDA.** É necessário liderança política ativa e vigilância a nível nacional e Europeu para assegurar que as políticas baseadas na evidência são implementadas, que o objetivo e os recursos são sustentáveis, direcionados e na escala necessária.

Populações-chave

1. Muitos países da UE/EEE travaram com êxito a epidemia do VIH entre as pessoas que usam drogas através da implementação de medidas de redução de riscos direcionadas e compreensivas. É necessária uma atenção contínua e determinação para evitar a deterioração dos investimentos na redução de riscos e o progresso já alcançado é essencial para erradicar o VIH entre as pessoas que usam drogas.
2. Aumentar o apoio para uma resposta à crescente epidemia do VIH entre as pessoas que usam drogas e seus parceiros sexuais, em particular, na Europa de Leste e Ásia Central, e **assegurar a implementação total de programas de redução de riscos abrangentes** (incluindo introdução às terapêuticas de substituição opiácea) **para as pessoas que usam drogas por via injetada, incluindo nos estabelecimentos prisionais na Europa.**
3. A Europa tem epidemias concentradas, que requerem **liderança política para ultrapassar o estigma e discriminação** vividos pelas pessoas que vivem com VIH e por populações-chave. É necessário **aumentar os recursos** para que respondam às necessidades das populações chave mais afetadas e de saúde pública de forma a reduzir as mortes relacionadas com SIDA.
4. São necessárias **iniciativas inovadoras** e urgentes para enfrentar as epidemias do VIH, VHC e outras infeções sexualmente transmissíveis entre os homens que têm sexo com homens e o elevado e desproporcionado número de novas infeções, ainda a aumentar, entre a população migrante em alguns países.
5. Os governos e outros atores devem assegurar que **as pessoas que vivem com VIH e populações-chave estão no centro da resposta à infeção pelo VIH e coinfeções.** Há a necessidade urgente de investir na sua capacitação para que possam participar significativamente em todas as fases de investigação, planeamento e avaliação.

Acesso ao tratamento

1. **Acesso universal aos serviços de saúde deve ser assegurado para todos**, independentemente da residência ou seguro de saúde.
2. **O elevado custo do tratamento**, medicamentos e diagnósticos para a infeção pelo VIH e comorbilidades representa uma **forte barreira** para o benefício em pleno do tratamento antirretroviral, como ferramenta única que permite prevenir doenças associadas à infeção pelo VIH, evitar morte relacionada com SIDA e prevenir novas infeções pelo VIH.
3. **Os governos e a UE devem encontrar formas de alcançar o acesso equitativo e sustentável para os medicamentos e diagnósticos da infeção pelo VIH e comorbilidades**, incluindo a tuberculose e hepatites virais, assegurar sistemas nacionais de saúde sustentáveis. Tal poderá ser feito através da cooperação em estratégias para a gestão eficaz das despesas farmacêuticas, incluindo questões relacionadas com preços comportáveis, uso de medicamentos genéricos, licenciamento compulsório, dispositivos médicos e pequenos mercados.