

**GAT**

Grupo Português de Activistas  
sobre Tratamentos de VIH/SIDA  
Pedro Santos

# Acção & Tratamentos

Nº 10  
Maio • Junho 2008  
Distribuição gratuita



# CANNABIS e VIH/SIDA

## Índice

- pág. 3
  - Reuniões de activistas com farmacêuticas - o ECAB
  - Entrevista
- pág. 6
  - NEAT
  - Relatório do *EU HIV/AIDS Civil Society Forum*
- pág. 7
  - Fórum Nacional da Sociedade para o HIV/SIDA (FNCS)
- pág. 8
  - IHP + *International Health Partnership*
- pág. 9
  - UNITAID
  - A Catalunha autoriza...
- pág. 10
  - Comportamentos sexuais...
- pág. 11
  - Marcha Global da Marijuana
- pág. 12
  - Positivo•Período de Janela•Negativo
  - Preocupações com tratamentos para crianças
- pág. 13
  - Aumento significativo da tuberculose...
- pág. 14
  - Interação medicamentosa inesperada...
- pág. 15
  - Estudo Australiano sobre o cancro anal
- pág. 16
  - Contaminação do nelfinavir não está associada a risco de cancro
- pág. 17
  - A resposta clínica...
- pág. 18
  - Novo inibidor da protease...
- pág. 19
  - Glossário • Calendário de eventos
  - Missão do Acção & Tratamentos

### Ficha Técnica:

#### Director:

Pedro Silvério Marques

#### Conselho Editorial:

Conceição Barraca, Guilherme Bandeira de Campos, João Paulo Casquilho, Luís Mendão, Marco Pina e Silva, Maria José Campos, Ricardo Fernandes e Rui Elias

#### Colaboraram neste número:

Raquel Lucas, Joana Almeida

#### Distribuição:

Ana Pisco

#### Concepção Gráfica:

Modjo Design, Lda

#### Impressão:

DPI Cromotipo

Rua Passos Manuel, 78 A - B, 1150-260 Lisboa

#### Tiragem:

20 000 exemplares

#### ISSN:

1646-6381

#### Depósito Legal:

252028/06

#### Edição

GAT

Apartado 8216 • 1803-001 Lisboa

Tlm: 91 360 62 95

E-mail: gatcontactos@gmail.com

#### Capa:

Fonte AVAC

## Editorial

Precedido no dia 9 de Junho pelo Fórum Global de Líderes para o VIH/Tuberculose, iniciativa do enviado especial das Nações Unidas para a luta contra a Tuberculose, Dr. Jorge Sampaio, realizou-se nos dias 10 e 11, em Nova Iorque, o Encontro de Alto Nível para Avaliação do Progresso Alcançado na Implementação das Declarações de Compromisso e Política de VIH/SIDA 2001/2006.

Este encontro de alto nível foi considerado essencial para monitorizar os resultados, identificar obstáculos e propor soluções para que seja alcançado o compromisso central das Declarações mencionadas, a saber: a garantia, até 2010, do acesso universal à prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados para o VIH/SIDA.

A Sociedade Civil, na Declaração que aprovou por ocasião deste encontro, lamentou que 40 dos Estados Membros da ONU não tenham enviado os respectivos *Country Progress Report* (Relatórios com dados do progresso verificado) e as discrepâncias entre os dados dos relatórios governamentais e os dos relatórios internacionais ou dos "relatórios sombra" preparados pelas organizações da Sociedade Civil.

Lamentou ainda que, na maioria dos países, continuem a existir barreiras legais à implementação de políticas baseadas na evidência e continuem a ser desrespeitados os Direitos Humanos nos grupos mais atingidos pela epidemia.

A Declaração da União Europeia, habitualmente tida como a mais progressista, foi elaborada apenas por representantes dos governos, não tendo existido qualquer participação ou negociação com a sociedade civil. Clamorosamente, não faz qualquer referência às populações migrante e reclusa.

A Delegação Portuguesa era constituída pela Ministra da Saúde, Dra. Ana Jorge, pelos Coordenadores para o VIH e para a Tuberculose, Prof. Henrique Barros e Prof. Fonseca Antunes, por duas Organizações da Sociedade Civil, Liga Portuguesa contra a SIDA e GAT - representadas, respectivamente, por Eugénia Saraiva e Ricardo Fernandes - e ainda por Luís Mendão, como consultor na área das pessoas que vivem abertamente com o VIH/SIDA.

Apesar desta participação, a Sociedade Civil Portuguesa não esteve envolvida no processo que precedeu o Encontro e, já em Nova Iorque, foi muito escasso o tempo para trabalhar as posições oficiais nacionais.

Na sua intervenção em plenário, a Dra. Ana Jorge reconheceu o papel desempenhado pelas pessoas que vivem com VIH/SIDA e pela Sociedade Civil, reafirmou o apoio total de Portugal às Declarações subscritas e comprometeu-se a atingir os objectivos e as metas nelas propostas.

Reconheceu, também, a necessidade da existência de procedimentos standardizados na recolha e partilha de informação para permitir a criação de políticas de saúde pública baseadas na evidência.

A Ministra referiu ainda a atenção dada em Portugal ao direito à saúde dos migrantes e o alargamento do programa de troca de seringas ao meio prisional.

Consideramos muito importantes os compromissos e propostas governamentais assumidos pela Ministra da Saúde mas, porque temos experiência de propostas e compromissos nunca concretizados, há que fazer uma monitorização rigorosa da sua implementação. ■

Conselho Editorial

### Com o apoio:



### Com o apoio para distribuição:

JC Tibotec • Roche • Schering-Plough Farma, Lda • GILEAD

## Reuniões de activistas com farmacêuticas - o ECAB

Ricardo Fernandes

No fim-de-semana de 6 a 9 de Março, o ECAB (European Community Advisory Board) reuniu com a Tibotec, a Virco, a Panacos e a Schering para actualização e troca de informações acerca de fármacos em desenvolvimento e estudos a decorrer.

Tendo em conta que a Pfizer e a Schering estão a desenvolver inibidores de entrada (ou de CCR5) e que tem havido muita discussão sobre os testes que permitem saber, em cada pessoa, quais os co-receptores seleccionados pelo vírus (tropismo), o ECAB organizou uma sessão de formação com Anne-Mieke Vandamme, investigadora na área de Pesquisa e Desenvolvimento de Produto sobre Algoritmos Genotípicos /Fenotípicos para Previsão do Tropismo.

No âmbito desta formação, a Virco defendeu a utilização das bases de dados de genotipagem e fenotipagem existentes que, segundo a companhia, permitem obter informação fiável a baixo custo.

A Tibotec apresentou os resultados em relação à segurança e eficácia (às 48

semanas) e às características farmacocinéticas e farmacodinâmicas (às 24 semanas) dos estudos DUET1 e 2 com o TMC125 (INNTR).

Apresentou, também, uma nova formulação para o TMC278 (INNTR) que permitirá aplicar o fármaco mensalmente através de injeção.

A Panacos - uma farmacêutica de pequenas dimensões que tem investido na investigação de fármacos inovadores na área das doenças infecciosas graves - veio apresentar dados do seu Inibidor de Maturação, o Bevirimat.

O mecanismo de acção deste fármaco é diferente do dos fármacos habituais, já que o seu alvo é o Gag, o gene que codifica as proteínas estruturais do VIH, e que não varia muito de pessoa para pessoa. Apesar de se tratar de um fármaco inovador que despertou o interesse de todos, revelou alguma falta de eficácia. Para além disso, o tamanho da molécula tem dificultado a sua transformação num comprimido pelo que continua a ser administrado como solução líquida. Por último, a falta de dados existentes não permite

perceber de forma conclusiva por que razão algumas pessoas não respondem ao medicamento.

A Schering deu informação actualizada sobre os ensaios clínicos que decorrem com o Vicriviroc, um inibidor de entrada ainda em desenvolvimento, nomeadamente em relação às pessoas com resistências aos ARVs. Adicionalmente, falaram da possibilidade de efectuar um estudo com este fármaco em pessoas naives aos ARVs.

No que diz respeito aos testes de tropismo, a companhia expressou a necessidade de se desenvolver testes mais específicos e com resultados quantificáveis, bem como uma base de trabalho mais flexível e barata, permitindo a sua utilização em qualquer parte do mundo.

Relativamente à hepatite C, a farmacêutica informou já ter dados relativos ao Boceprevir (um inibidor da protease em estudo) em relação a pessoas recidivas, mas que só os apresentará na reunião anual da EASL - *European Association For The Study Of The Liver* (Associação Europeia para o Estudo do Fígado). ▀

## Entrevista

Luís Mendão

A entrevista teve um parto difícil, foi sucessivamente adiada, a última vez porque lhe roubaram a motorizada, com 2/3 das prestações ainda por pagar.

Chegar ao local da entrevista, um centro de apoio de uma associação num bairro periférico de Lisboa, foi uma odisseia. Vol-

tar para Lisboa, apanhar o comboio, enganar-me, 2º comboio, procurar um táxi durante uma hora.

O Paulo, chamemos-lhe assim, contrasta com a história que conta. Uma vida dura, um homem frágil, sensível, sem defesas.

**L.M.** - Como te chamas e que idade tens?

**P.** - Sou o Paulo e tenho 40 anos, nasci em Lisboa só estive com os meus pais até aos 4 anos, aí fui colocado num colégio de freiras, um inferno, com a minha irmã que tinha mais 4 anos que eu, estive lá até aos

13 anos... aos 13 anos fugi, vivi na rua, fui apanhado quase 1 ano depois e puseram-me numa casa de correcção em Caxias, outro inferno, depois consegui fugir aos 16 anos (1984) e fui directamente viver para o Casal Ventoso com medo de ser apanhado no meio das ruas de Lisboa e porque me sentia mais protegido.

**L.M.** - Quando é que foi a 1.<sup>a</sup> vez que consumiste drogas?

**P.** - Comecei a consumir drogas para aí aos 10/11 anos (snifava cola de contacto), charros foi para aí aos 13 anos, depois comecei com o cavalo aos 16 anos (logo injectado).

**L.M.** - Começaste a consumir heroína/cavalo como?

**P.** - No Casal. Com gajos aí 10 anos mais velhos que eu, na altura eles consumiam à minha frente, partilhavam tudo (ainda não se sabia nada da SIDA), e um dia em que fiz uma lavagem do algodão\* deles - na altura o pó era muito melhor que agora - experimentei e a partir desse dia não parei.

**L.M.** - Quanto tempo viveste no Casal?

**P.** - Vivi lá durante quase 9 anos, trabalhava lá a controlar quando é que a polícia entrava (era vigia), quando vinha a polícia avisava-os para se esconderem e depois ganhava ali o meu consumo (ganhava cerca de 80 pacotes por dia...eram 80 contos por dia que naquela altura era um balúrdio), depois era assim dormia à porta de uma cozinha, pois não tinha barraca, dormia em cartões, tapado com cobertores e quando estava a chover metia um plástico e ficava ali embrulhado toda a noite.

**L.M.** - Mas não ganhavas dinheiro?

**P.** - Não, não havia dinheiro, eles só pagavam em pó.

**L.M.** - Mas tu podias vender essa droga a outras pessoas não?

**P.** - Podia, mas, naquela altura, não vendia, consumia tudo. Consumia mais cocaína que heroína. Comecei com a heroína e depois foram as tais mistas chamadas *speed ball\**, mas sempre muito mais coca que cavalo numa média de 20 pacotes de coca para 1 de cavalo. Eu consumia heroína praticamente só para tirar a ressaca de manhã e à noite para dormir e depois, durante o dia, era só para tirar as ânsias da coca.

**L.M.** - Naquela altura havia muito tráfico no Casal Ventoso... existia alguma maneira de os *dealers* se entenderem ou haviam rivalidades?

**P.** - Não havia problemas entre os *dealers*, pois eles tinham locais específicos para venderem, eu por exemplo trabalhava para o F. que era a meio das escadas e quando o F. fechava a loja trabalhava para o Chico dos contentores que vendia mesmo ao lado dos contentores do lixo... eles tinham horas de venda, cada um tinha os seus horários de venda, os seus empregados, os seus vigias, os seus angariadores de clientes... aquilo era tudo muito organizado.

**Aos 16 anos, para não ser apanhado nas ruas de Lisboa, fui viver para o Casal Ventoso\***

**L.M.** - Tu nunca foste vendedor, eras só vigia, mas ainda assim tens alguma ideia de quantas pessoas compravam droga por dia?

**P.** - Tenho uma ideia que um dos patrões, o dos contentores, fazia cerca de 6.000 contos por dia naquela altura.

**L.M.** - E fisicamente como é que te aguentavas?

**P.** - Fisicamente aguentava-me mal, passava dias e dias sem tomar banho, andava dias e dias que a roupa nem enxugava no corpo e depois tinha alturas em que me deixava ir mais abaixo

e telefonava para o 115 da altura e dizia que estava um homem no chão que não se conseguia levantar... que era eu. Fazia parecer que era mais que aquilo que era para eles me levarem para o hospital e ficar internado... foi aí que eu comecei os internamentos, pois eu tive 4 internamentos naquela altura.

**L.M.** - E as relações com a família?

**P.** - Com a minha irmã desapareceram completamente mas com a minha mãe só desapareceram nessa altura do Casal, mas sempre que eu ia parar ao hospital a minha mãe ia visitar-me ...

**L.M.** - E relações ou namoradas, tiveste?

**P.** - Tive algumas. Como já tinha dito fui para o Casal muito cedo.... Antes disso tive aquelas namoradas de escola, como toda a gente tem, e depois, relações sérias, vivi com uma rapariga quase 3 anos, na altura já estávamos agarrados os dois.

**L.M.** - Quando é que foi que decidiste sair do Casal?

**P.** - Decidi sair do Casal num dos internamentos. Estava um rapaz de Carcavelos internado comigo, ele estava na cama ao lado da minha e a Directora do Centro Comunitário de Carcavelos a Dr.<sup>a</sup> M<sup>a</sup> João Fernandes e o padre daquela altura iam visitar aquele rapaz lá ao hospital e, como eu nunca tinha visitas a não ser, às vezes, a minha mãe aos fins-de-semana, eles acabaram por falar comigo e disseram-me que quando eu decidisse mudar de vida que fosse lá ter com eles a Carcavelos que eles me ajudavam.

**L.M.** - Como é que fazias a ressaca nos internamentos?

**P.** - No hospital eles davam-me medicação para a ressaca. Quando tive alta dessa vez fui a Carcavelos pedir ajuda ao Centro Comunitário e eles arranja-

ram-me um sítio onde ficar, uma estalagem onde vivi cerca de 9 anos.

**L.M.** - E, nessa altura, trabalhaste?

**P.** - Nessa altura tirei um curso de hotelaria e ainda trabalhei em hotelaria cerca de 6 anos. Trabalhei na Cooperativa dos Bancários, trabalhei no Algarve.

**L.M.** - Mas continuavas a consumir?

**P.** - Sim, continuava a consumir, sempre coca e cavalo. Eu só deixei de consumir, salvo erro, foi 2 anos depois de ter entrado para o programa de metadona no Hospital de Santa Maria. Enquanto estava no Centro Comunitário continuava a consumir, trabalhava e quando chegava ao fim do mês estoirava o dinheiro todo em coca e depois estava o resto do mês sem consumir. Nos 2 primeiros anos em que estive no programa de metadona larguei logo o cavalo mas ainda consumia coca. Depois fui para a lista de espera do CAT e entrei num programa de Subutex® e depois passei para o programa de metadona. Fui a 4ª pessoa lá a entrar para o programa de metadona.

**L.M.** - Quanto é que soubeste que eras seropositivo?

**P.** - Em 1987, descobri que era seropositivo no Hospital de Coimbra, estava na Remar, estava a ressacar e fui parar ao hospital e foi aí que descobri.

**L.M.** - Como é que foste parar à Remar?

**P.** - Foi daquelas desintoxicações.... Estávamos 4 ou 5 amigos e decidimos ir para cima e fomos para a Remar, mas eu estava muito fraco e houve um dia à noite em que um dos meus amigos roubou uma carrinha para me levar para o hospital da Lousã, porque eles na Remar não me queriam levar para o

hospital, pois eles lá são contra as medicações para a ressaca. Eles de lá transferiram-me logo para o hospital da Universidade de Coimbra e foi aí que descobri. Fiquei lá internado cerca de 3 meses. Saí do hospital, eles deram-me uma carrada de medicamentos e eu mal saí do hospital deitei tudo para o lixo. Naquela altura foi quando se começou a falar da doença e pouco se conhecia dela, a médica chegou-se ao pé de mim e disse-me você é seropositivo e aquilo para mim era como se fosse outra coisa qualquer e por isso não dei importância... depois andei desligado dos hospitais até 1993.

**L.M.** - E, durante esse tempo, por onde é que andaste?

**P.** - Andei por aí, andei pelo Alentejo, no Porto... andava por aí a fazer-me à vida. Depois, já em 1993, já estava no Casal de novo, tive um internamento grave e foi quando fui para o Egas Moniz e aí é que comecei a fazer terapêutica, mas também nem sempre a fazia... tomava uns dias e depois estava uma semana sem tomar... depois é que no Centro Comunitário começaram a fazer-me uns envelopezinhos com a medicação e aí eu comecei mesmo a tomar a medicação para o VIH há cerca de 12 anos como deve de ser.

**L.M.** - E a carga viral como está?

**P.** - Tenho a carga viral indetectável já há alguns anos e neste momento estou com cerca de 700 CD4, mas estive durante cerca de 10 anos com 2 CD4, na altura estive muito mal... tive uma intoxicação aos medicamentos e comecei a ficar todo roxo, estranhei e fui ao hospital e estive aí muito mal, depois tive também a toxoplasmose, e depois fui operado à cabeça e já tive tuberculose óssea. Tenho problemas de coração também, tenho uma válvula entupida. Mas hoje em dia faço a minha vida normal.

**L.M.** - Como é que é o teu dia-a-dia?


**P.** - De manhã venho para aqui para a Associação e almoço, estou aqui até mais ou menos às 3 ou 4 horas da tarde e depois vou para casa.

**L.M.** - Consumiste outras drogas?

**P.** - Não, nem por isso. Agora há essas drogas novas o *extasy*, mas eu nunca usei. Já no meu tempo existiam as *trips*, mas eu nunca experimentei... eram 2 mundos separados.

Eu fumo ganzas\*, e quando fumo ganzas aproveito para comer, pois as ganzas dão-me umas ânsias enormes de comer.

**L.M.** - Planos para o futuro?

**P.** - Eu gostava de arranjar um emprego, só que não consigo, tenho uma reforma de 230€, se não fosse a ajuda que eles aqui me dão morria à fome. É uma vida muito limitada. 

(\*) Ver Glossário.

## NEAT (*European Aids Treatment Network*)

Luís Mendão; Ricardo Fernandes

A NEAT - "Rede Europeia de Tratamentos da SIDA" é constituída por 44 parceiros de 16 países europeus e agrega cerca de 450 investigadores. Tem, ainda, 357 centros de investigação afiliados que reúnem cerca de 3 000 investigadores.

As actividades desta rede centram-se sobretudo em três áreas: integração da pesquisa europeia; ensaios clínicos e investigação clínica; educação e formação.

O NEAT tem como objectivos:

- Desenvolver abordagens estratégicas na investigação clínica do VIH/SIDA, complementares às conduzidas pela indústria far-

macêutica;

- Trabalhar com as autoridades reguladoras nacionais e europeias (EMEA) e harmonizar a eficácia e segurança da recolha de dados a nível europeu;

- Implementar as novas directivas da União Europeia sobre investigação clínica, optimizando recursos e infra-estruturas e disseminando tecnologias e normas éticas;

- Divulgar conhecimentos e recursos, bem como promover o treino e mobilidade dos cientistas a todos os níveis, fomentando assim a colaboração entre a Europa Central/Leste e a Europa Ocidental.

- Preparar o terreno para a criação da rede de pesquisa europeia que integre e coordene pro-

gramas de investigação comuns.

- Atrair co-financiamento público e privado, em colaboração com outras organizações da EU e agências de pesquisa.

Em Abril, juntamente com outras organizações nacionais e membros do EATG, alguns elementos do GAT reuniram com o NEAT em Paris para debaterem aspectos do primeiro ensaio clínico desta rede (o NEAT001). Este ensaio ainda é confidencial, pelo que não estamos autorizados a publicar mais informação sobre o estudo. ■

## Relatório do *EU HIV/AIDS Civil Society Forum*

Ricardo Fernandes

Realizou-se, em Bruxelas, nos dias 8 e 9 de Abril, a reunião do Fórum Europeu da Sociedade Civil para o VIH/SIDA (CSF). O Fórum é um órgão de consulta da Comissão Europeia, DG SANCO, para a implementação do "Plano de Luta contra o VIH/SIDA e países vizinhos, 2006/2007" (ver site [www.gatportugal.org](http://www.gatportugal.org)). O Fórum é constituído por representantes da sociedade civil dos países europeus e de países vizinhos da baía do Mediterrâneo. O GAT, através de Luís Mendão, é o representante da Sociedade Civil Portuguesa no Fórum.

Da agenda para a reunião constavam os seguintes pontos:

- Distribuição do relatório da reunião anterior (ver site [www.gatportugal.org](http://www.gatportugal.org));

- ECDC;
- Apresentação e discussão das linhas orientadoras suíças sobre infecciosidade e uso do preservativo;

- O financiamento dos programas VIH e das ONGs no Leste da Europa;

- *Follow-up* do plano de acção da UE;

- Prioridades para o Fórum;

- Aprovação/apresentação da carta sobre a violação dos direitos humanos dos homossexuais no Egipto;

- O problema da Tailândia.

Conclusões:

- O ECDC - *European Centre for Diseases Control* que será responsável pela monitorização dos compromissos da Declaração de Dublin e pelo desenvolvimento dos indicadores específicos,

anteriormente feita pela Organização Mundial de Saúde

- OMS em colaboração com a ONUSIDA, fez uma apresentação que foi muito contestada pela falta de envolvimento da comunidade na transferência desta monitorização;

- Em relação às novas *guidelines* suíças e depois de apresentados e discutidos os dados em que se baseia a possibilidade de não transmissão do VIH mesmo sem usar o preservativo, foram claramente reforçadas as condições em que tal hipótese se poderá encarar - casais estáveis, monogâmicos, em que o parceiro infectado apresenta consistentemente carga viral indetectável há pelo menos seis meses e não tem qualquer infecção sexualmente transmissível;

- O CSF concordou que com a saída dos países da Europa de

Leste da lista de países elegíveis para financiamentos do Global Fund, era da responsabilidade da União Europeia encontrar respostas sustentáveis para estes programas e organizações;

- Em relação ao plano de acção da UE, registou-se e lamentou-se que, por falta de atribuição de verbas por diversos governos nacionais, acções e metas do plano (*network* para a investigação de vacinas e microbicidas, atrasos na implementação dos programas de redução de riscos previstos para 2007 e na vigilância epidemiológica global, etc...), não tivessem sido iniciadas ou implementadas;
- Prioridades do Fórum:

- Colocar toda a pressão possível sobre a União Europeia e os governos nacionais para se aproximarem dos compromissos da Declaração de Dublin no que diz respeito ao acesso universal à prevenção, teste e tratamentos.
- Lutar pelo aumento do respeito dos direitos das pessoas que vivem com a infecção pelo VIH/SIDA e dos grupos mais

afectados a fim de se superar a estigmatização, a discriminação e a marginalização.

- Centrar a participação do CSF na UNGASS 2008 na procura do conhecimento da situação real em relação ao acesso universal.
- O CSF aprovou ainda uma proposta de Raminta Stuikyte e de Luís Mendão para colocar como prioritária a monitorização e promoção do acesso aos tratamentos para a hepatite C e co-infecção entre as pessoas que usam drogas, situação que é já dramática na Europa do Sul e o será, a breve prazo, na Europa de Leste e Ásia Central.

- No Egipto, ocorreram diversas detenções de homossexuais, que foram sujeitos ao teste do VIH sem consentimento. Aqueles que tiveram um resultado positivo foram internados compulsivamente e mantidos acorrentados à cama durante meses. Segundo o tribunal, estes homens constituíam um perigo para a saúde pública. Em carta enviada ao Ministro da Saúde do Egipto, o CSF, com o apoio de 117 grupos

de activistas, reafirmou ao senhor Ministro que prender arbitrária e discriminadamente e fazer o teste do VIH sem o consentimento livre e informado, constituem graves violações dos direitos humanos. A lei egípcia também viola o direito à privacidade;

- O CSF congratulou-se com a emissão de licenças compulsórias na Tailândia o que veio permitir a produção de genéricos de produtos patenteados. Dado que este país tem sofrido a pressão da União Europeia e dos EUA para desistir destas licenças, o CSF aprovou, também, que fosse enviada uma carta aos membros do PCB da ONUSIDA expressando o repúdio pela reabertura das guerras à política de licenciamento tailandesa e pedindo a defesa e prossecução de uma política fundada no conhecimento e no respeito dos direitos humanos. 

## Fórum Nacional da Sociedade para o VIH/SIDA (FNSC)

Esta estrutura de audição, consulta e intervenção junto da Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, criada em conformidade com o previsto no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA 2007 - 2010, iniciou a sua actividade em 30 de Novembro de 2007, contando com a presença de 17 organizações.

Na primeira reunião, foram eleitos os membros do Secretariado e criou-se o grupo de trabalho para elaboração do seu regulamento interno.


Pese embora este trabalho ainda não estar terminado, na prossecução dos seus objectivos, o Fórum já participou nas seguintes

actividades:

- *High-Level Meeting of United Nations*, em Nova Iorque, em Junho.
- 2º Congresso da CPLP no Rio de Janeiro, em Abril do corrente ano, durante o qual facilitou e promoveu a criação de uma rede de organizações da sociedade civil da CPLP - a **Rede+PLP** - e apoiou a elaboração da Carta de Princípios que foi apresentada no decurso do congresso.

Sem prejuízo da autonomia e independência de intervenção directa de cada uma das organizações e associações que a compõem, o FNSC tem como objectivo garantir a participação efectiva

da sociedade civil em todos os aspectos da resposta à epidemia, e, deste modo:

- Assegurar o contributo para o desenvolvimento, implementação, monitorização e avaliação das políticas VIH/SIDA;
- Estimular o trabalho em rede das organizações da sociedade civil. 

## IHP + *International Health Partnership* (Parceria Internacional para a Saúde)

Durante a última década, assistimos a um extraordinário crescimento no planeamento internacional da assistência à saúde. Um grande número de novos organismos multilaterais, iniciativas, fundações e organizações da sociedade civil estão hoje presentes na ajuda bilateral ao combate a doenças prioritárias, como o VIH/SIDA, a malária, a tuberculose e outras que podem ser prevenidas através de vacinas.

O *International Health Partnership* iniciou as suas actividades em Setembro de 2007, para responder aos desafios colocados pelos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

Estes objectivos implicam o envolvimento de todos os países signatários da *Millenium Declaration* (Declaração do Milénio) nas acções relacionadas com o alargamento e a utilização dos serviços de saúde e na apresentação de soluções para os problemas de saúde existentes a fim de garantir o acesso universal.

### Missão do IHP

- Resolver os problemas de saúde levantados pelos objectivos do milénio. Aumentar a eficácia do auxílio, melhorar as políticas, as estratégias e desempenho dos sistemas de saúde e mobilizar todos os actores, incluindo os não-estatais, para atingir os fins comuns de forma mais eficiente.
- Focar as acções nos diferentes países e nas suas características. Todas as actividades a desenvolver devem ter como base as estruturas, os mecanismos e os planos de saúde já existentes. Se for necessário, poderão ser apoiados por actividades desenvolvidas a nível regional e global.

- Adaptar as acções às contribuições recebidas pelo IHP (ex. Campanha Global para a Saúde focada nas mulheres e crianças, objectivos nºs 4 e 5 de desenvolvimento do milénio, a *Catalytic Initiative*, *Health Metrics Network*, *Global Health Workforce Alliance*, entre outros).

Da primeira fase, fazem parte do IHP + o Burundi, Camboja, Quénia, Moçambique, Nepal, Etiópia, Mali e Zâmbia. Estes países acordaram em beneficiar de uma relação mais estreita com os doadores e de uma coordenação com os parceiros internacionais, comprometendo-se a trabalhar para melhorar a saúde dos seus habitantes.

Na segunda fase, entrarão para esta parceria o Madagáscar, o Benim, o Burkina-Faso, o Gana, o Níger e a Nigéria.

Os países doadores e as agências subscritoras do IHP+ são: Reino Unido, Noruega, Canadá, Alemanha, Itália, França, Holanda, Portugal, Organização Mundial de Saúde, Comissão Europeia, Banco Mundial, ONUSIDA, UNFPA, GAVI Alliance, Fundação Bill and Melinda Gates, Banco Africano para o Desenvolvimento, Fundo Global de luta contra a SIDA, Tuberculose e Malária e o Grupo de Desenvolvimento das Nações Unidas.

### O IHP+ e as Organizações da Sociedade Civil (OSC)

Na primeira reunião de trabalho com as OSC dos países que aderiram na primeira fase, realizada no passado dia 23 de Maio, em Genebra, estiveram presentes mais de 70 representantes de países em desenvolvimento e desenvolvidos, europeus e

norte-americanos.

As OSC apresentaram as preocupações e críticas ao trabalho desenvolvido até agora, trocaram experiências, analisaram os progressos obtidos em cada país e definiram formas de conciliar estratégias para melhorar o seu envolvimento, a nível global e nacional, no IHP+ e contribuir e influenciar o sector de saúde do seu país.

As OSC aprovaram por unanimidade os três princípios básicos indispensáveis ao sucesso do IHP+:

1. A prestação universal dos cuidados primários de saúde tem de integrar, de forma complementar, tanto o fortalecimento e reforço dos Sistemas de Saúde como os programas de doenças prioritárias;
2. A necessidade de financiamento adicional: se o IHP + pretende verdadeiramente atingir os seus objectivos, os países do G8 , países doadores e governos devem aceitar contribuir com financiamentos suplementares - a coordenação mais eficaz e eficiente dos meios existentes, por si só, não será suficiente;
3. A inclusão, de uma forma aberta e transparente, das OSC e organizações de base comunitária em todo o processo de implementação da parceria é fundamental: o IHP+ acredita que os problemas no âmbito do sistema de saúde só poderão ser resolvidos incluindo as pessoas que utilizam o sistema e que prestam os serviços e cuidados de saúde. ■

Traduzido e adaptado por Rosa Freitas  
Fonte:  
[www.internationalhealthpartnership.org](http://www.internationalhealthpartnership.org)



## UNITAID

Há vários anos que a comunidade internacional procura novas fórmulas de assegurar o financiamento sustentável do desenvolvimento e do combate à fome e à pobreza. Fontes de financiamento inovadoras são necessárias para responder aos desafios globais que epidemias como o VIH/SIDA, a Malária e a Tuberculose colocam.

Em 2004, 44 países começaram a trabalhar para a implementação de mecanismos inovadores de financiamento.

Em 2006, França, Brasil, Chile, Noruega e Inglaterra decidiram facilitar a aquisição de medicamentos através de uma metodologia financiada de forma sustentada e segura - uma taxa aplicada aos bilhetes de avião foi considerada a maneira mais apropriada. A esta iniciativa, que funciona como uma central de

compras financiada por aquela taxa, foi dado o nome de UNITAID.

### E em Portugal, para quando a adesão a esta iniciativa?

A UNITAID foi inaugurada oficialmente a 19 de Setembro de 2006, em Nova Iorque, na abertura da sessão da Assembleia-geral das Nações Unidas, com o beneplácito do ex-Secretário Geral das Nações Unidas, Kofi Annan.

A taxa é aplicada a todas as companhias aéreas que partem dos países aderentes evitando-se, desta forma, distorcer a concorrência entre as companhias. O mecanismo é simples: a taxa do bilhete de avião é paga pelo passageiro quando este adquire o bilhete. Muitas vezes, é uma taxa adicionada às já existentes. As companhias

aéreas são responsáveis por declarar e recolher o dinheiro obtido. Os passageiros em trânsito estão isentos, para que os aeroportos dos países participantes não sejam colocados em desvantagem.

Actualmente já está em vigor nos seguintes países: França, Chile, Costa do Marfim, Congo, República da Coreia, Madagáscar, Mauritânia, Níger e Noruega. Neste último, parte da taxa de CO2 reverte também para a UNITAID.

Benin, Brasil, Burkina-Faso, Camarões, Chipre, Gabão, Guiné, Libéria, Mali, Marrocos, Namíbia, República Centro-Africana, Senegal, S. Tomé e Príncipe e Togo estão actualmente em processo de implementação da taxa. ■

## A Catalunha autoriza o uso terapêutico de um derivado da *cannabis*

Luís Mendão; Rosa Freitas

### O estudo foi um êxito.

A Catalunha, após a apresentação de um estudo sobre o programa piloto do uso terapêutico de um derivado da *cannabis*, com autorização de comercialização no Canadá, sob a designação de Sativex®, vai permitir o "uso compassivo" deste produto.

Na conferência de imprensa em que foi feito este anúncio, Marina Geli, Conselheira da Saúde na Catalunha, afirmou "Este é um estudo que demonstra que podemos ter esperança".

"Por enquanto pode ser utilizado, não como primeira prescrição, pois não está suficientemente demonstrada a sua utilidade co-

mo tal, mas através do uso compassivo, para as situações publicadas e que avalizam o estudo", explicou.

O Departamento de Saúde apresentou o programa piloto de uso terapêutico da *cannabis*, após um estudo que demonstrou que quase metade dos doentes que receberam o tratamento se mostraram satisfeitos e reconheceu uma melhoria do seu estado de saúde.

O programa tinha como objectivo principal avaliar a utilização terapêutica de um extracto cientificamente controlado de *cannabis*, respondendo à iniciativa da Associação Ágata, de

doentes com cancro na mama.

Segundo o departamento Catalão, o derivado de *cannabis* disponível é um extracto que se administra através de um pulverizador aplicado na mucosa bucal.

O estudo contou com 207 doentes com patologias diversas: dor neuropática em doentes com esclerose múltipla, dores neuropáticas de diversas etiologias, síndrome de anorexia-caquexia devida a cancro ou SIDA e pessoas com náuseas ou vômitos resultantes do tratamento com quimioterapia. ■

## Comportamentos sexuais e a infecção VIH/SIDA em Portugal

Raquel Lucas\*

Foram apresentados no passado dia 6 de Maio, no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, os principais resultados do inquérito às práticas e indicadores de risco na população portuguesa, concretamente os que dizem respeito à utilização de preservativo e à realização do teste da infecção VIH.

### Utilização de preservativo

Na amostra estudada, declararam ter usado preservativo alguma vez na vida 66% das mulheres e 83% dos homens. Já na última relação sexual apenas 20% das mulheres e 31% dos homens declaram tê-lo utilizado.

A utilização de preservativo ao longo da vida foi mais frequente entre as mulheres de 30 a 34 anos e entre os homens dos 20 aos 24. O seu uso aumenta significativamente com o nível de escolaridade, sendo próxima de 100% nos que têm o ensino superior completo.

Na primeira relação sexual, a utilização de preservativo está, nos dois géneros, associada à idade em que ocorreu, sendo mais frequente quando a primeira experiência ocorreu entre os 17 e os 18 anos e menos frequente quando esta ocorreu entre os 26 e os 29 anos. Entre os inquiridos cuja primeira relação sexual teve lugar antes dos 15 anos, as mulheres declararam ter usado preservativo de forma significativamente mais frequente do que os homens (44% e 23%, respectivamente).

Quando considerados apenas os inquiridos que referiram ter tido um ou mais parceiros no ano anterior ao inquérito, a utilização de preservativo foi mais frequente nos indivíduos que tinham tido 3 a 4 parceiros (90% nas

mulheres e 88% nos homens), quando comparada com a utilização pelos que tinham tido menor número de parceiros.

No entanto, entre as mulheres que declararam ter tido mais de 4 parceiros no ano anterior, apenas 24% utilizaram preservativo, uma proporção substancialmente menor do que a encontrada nos homens, 74%. A fracção dos participantes que referiu **uso consistente** (com todos os parceiros no ano anterior) aumentou com o número de parceiros referidos, tanto nas mulheres como nos homens.

A utilização de preservativo na última relação sexual foi mais frequente nos homens e, nos dois géneros, foi mais frequente nos inquiridos que referiram ter uma relação na qual não se sentiam comprometidos (64% nas mulheres e 72% nos homens) e menos frequente nos que declararam viver em casal (9% nas mulheres e 16% nos homens). Os inquiridos que referiram não ter prática religiosa declararam ter usado preservativo mais frequentemente na última relação, o mesmo se passando com aqueles que definiram a sua orientação sexual como homossexual.

A referência a problemas com o uso de preservativo não esteve associada à sua utilização. Os inquiridos que concordaram com a afirmação "O preservativo é muito caro" usaram-no na última relação de forma significativamente mais frequente.

### Teste para a infecção VIH

Entre os inquiridos, 44% já tinham feito pelo menos uma vez o teste para a infecção VIH e 42% indicaram a realização de

um exame médico geral, ou uma hospitalização, como motivo da realização do último teste. Apenas 8% declararam tê-lo feito por precaução em relação a riscos pessoais ou do parceiro.

Entre os inquiridos que nunca tinham feito o teste, 16% não admitiam vir a fazê-lo numa outra ocasião e, destes, 79% justificaram-no por não se considerarem em risco e 2% por não saberem onde fazê-lo.

Nos dois sexos, foi significativa a tendência para o aumento da proporção de indivíduos testados com o aumento da escolaridade. A realização regular do teste foi mais frequente entre os inquiridos que:

- Referiram ter uma relação descomprometida, comparativamente com os que declararam não ter uma relação regular.
- Tinham entre 30-40 anos (30-34, nas mulheres; 35-39 anos, nos homens).
- Classificavam a sua orientação como bissexual, nas mulheres (66% tinham sido testadas), e homossexual, nos homens (74% tinham feito o teste).
- Já tinham ouvido falar da infecção VIH muitas vezes e referiram conhecer pessoalmente alguém ou ter algum familiar/amigo que estivesse infectado pelo VIH ou que tivesse morrido com sida.

Dos inquiridos que referiram pedir a cada novo parceiro que fizesse um teste do VIH, 61% das mulheres e 48% dos homens tinham-no feito eles próprios.

Nos dois sexos, a probabilidade de ter feito o teste no ano anterior aumentou com o número de parceiros sexuais referidos nesse ano.

Globalmente, 7% das mulheres e 23% dos homens referiram

ter tido dois ou mais parceiros sexuais no ano anterior ao inquérito. Entre estes, não tinham usado preservativo com nenhum

dos parceiros, 28% das mulheres e 21% dos homens, tendo feito pelo menos um teste para a infecção VIH no ano anterior,

23% das mulheres e 19% dos homens. ▀

\*Serviço de Higiene e Epidemiologia. Universidade de Medicina do Porto

## Marcha Global da Marijuana

Luís Mendão; Rosa Freitas

No passado dia 3 de Maio, realizou-se em Lisboa e no Porto, em simultâneo com mais de 200 cidades em todo o mundo, a Marcha Global da Marijuana, manifestação anual em prol da legalização do cultivo, venda e consumo medicinal e recreativo da *cannabis*.

Em Lisboa, a Marcha, em que participaram pacificamente mais de 600 pessoas, saiu do Jardim das Amoreiras e terminou no Largo de Camões com declarações favoráveis à utilização regulamentada da *cannabis*.

O médico Bruno Maia (da Associação Médicos pela Escolha) e Luís Mendão (do GAT) manifes-

taram-se a favor do uso terapêutico da *cannabis*. Para este membro do GAT, é mesmo urgente proceder à regulamentação de todas as substâncias psicotrópicas ilegais, dado que o sistema actual viola as liberdades e direitos individuais e produz socialmente crime, prisão, doença e mortes.

Na sua intervenção, Miguel Portas, deputado do Parlamento Europeu, chamou a atenção para o facto de não haver sociedades livres de drogas, pelo que a solução é a sociedade aprender a viver com as drogas. Acrescentou ainda que "não há ninguém que possa dizer que um cigarro legalizado faz menos mal à saú-

de do que um ilegal". António Elói, do gabinete dos vereadores "Cidadãos por Lisboa", fez uma abordagem ecológica da liberdade, da ingestão de substâncias não controlada pelo Estado, incluído comer, beber, fumar, etc..

Pedro Pombeiro, porta-voz da Marcha em Lisboa e membro da "Com.Maria", afirmou que "a organização recusa a compra de marijuana a traficantes, pelo que defende que a liberdade de cultivar para auto-consumo permitirá às pessoas consumirem droga de boa qualidade, certificada e fiscalizada". ▀



## + Positivo

A realização, por iniciativa do Dr. Jorge Sampaio (Enviado Especial das Nações Unidas para a Luta contra a Tuberculose e Embaixador de Boa Vontade da CPLP para os Assuntos da Saúde), de um Fórum da Sociedade Civil da CPLP para questões de saúde, à margem da Cimeira de Chefes de Estado e de Governo da CPLP.

## ? Período de janela

A retoma pela UNITAID da proposta de criação de um "reservatório" de patentes (*Patent Pool*) para produção de medicamentos mais baratos para países em desenvolvimento).

## - Negativo

Não reconhecimento - no *Draft* da Directiva da EU sobre informação aos pacientes - das ONGs dirigidas por doentes como interlocutores privilegiados no acesso e divulgação de informação sobre medicamentos.

## Preocupações com tratamentos para crianças

Luís Mendão

**Vai ser retirada do mercado a cápsula de 100mg do efavirenze utilizada para ajustes de dose e, sobretudo, em pediatria, para tratar crianças com VIH.**

A Merck, Sharp & Dohme (MSD), a farmacêutica que comercializa em Portugal o efavirenze um dos anti-retroviral mais vendidos com a marca Stocrin® e a *Bristol-Myers Squibb* (BMS), que o comercializa sob a designação (Sustiva®) na maioria dos países europeus, anunciaram a retirada do mercado da cápsula de 100mg.

As companhias farmacêuticas dizem que, em alternativa, se podem usar outras formulações, duas cápsulas de 50mg e a solução oral.

A notícia chegou à comunidade através da Agência Europeia do Medicamento (EMA) que pediu o parecer do Grupo Europeu de Tratamentos VIH/sida (EATG), grupo que comunicou ser contrário a esta medida. Várias outras

organizações europeias, como a TRT-5 de França, FEAT e CACSIDA de Espanha também se opõem a esta decisão.

A EMA, no entanto, apesar de ter pedido aos dois detentores da AIM para reverem a sua decisão e esperar novas indicações em Setembro, lembra que não tem qualquer poder legal para os obrigar a manter uma determinada formulação.

O GAT associa-se ao pedido para que a BMS e MSD voltem atrás na decisão que prejudica os doentes e complica a prescrição de efavirenze.

Para além de discordarmos de que tenha sido tomada esta decisão sem ter sido ouvida a opinião dos médicos prescritores e das organizações de pessoas que vivem com VIH, as nossas preocupações fundamentais são:

- A solução oral tem um sabor que a grande maioria dos doentes não suporta

- O uso da formulação de 50mg aumenta o número de cápsulas com possíveis consequências negativas na adesão

- Os maiores utilizadores são as crianças e mulheres (quando usam doses inferiores aos 600mg/dia) cujos interesses as farmacêuticas geralmente desvalorizam

- A maioria das crianças que necessitam desta formulação encontra-se nos países pobres, mais uma vez prejudicados por estratégias de mercado pensadas só para países ricos.

A pediatra Isabel Soares, do Hospital Garcia de Orta e membro do Conselho Consultivo do GAT contactada por nós declarou que a formulação 100 mg é muito importante nos ajustes de dose nas crianças e adolescentes e que a solução oral não é uma alternativa viável. ■

## ■ Aumento significativo da tuberculose resistente à isoniazida no Reino Unido

A resistência aos fármacos contra a Tuberculose (TB) está a aumentar em todo o mundo. Desde 1987 que o número de casos de TB observados em Inglaterra, País de Gales e Irlanda do Norte tem aumentado significativamente, tendo-se registado mais de 8.000 casos só em 2006.

Na região de Londres, tem havido alguma evidência de transmissão de estirpes resistentes entre a população reclusa e entre os utilizadores de drogas.

Tem-se, também, registado um ligeiro aumento do número de casos de tuberculose multi-resistente (TB-MR), isto é, resistente a mais do que um fármaco, embora apenas se tenha verificado um caso de tuberculose extensamente resistente (TB-XR), ou seja, resistente a quase todos os fármacos.

Os investigadores pensam que a maioria dos casos de TB-MR observados no Reino Unido (RU) se deve à baixa adesão dos doentes ao tratamento e não à transmissão entre os indivíduos (\*).

Por estas razões, os investigadores da Agência de Protecção da Saúde do Reino Unido estudaram as tendências verificadas na resistência aos medicamentos anti-TB em Inglaterra, País de Gales e Irlanda do Norte, entre 1998 e 2005.

Foram analisados os resultados de 28.620 casos de TB confirmados por cultura (um exame laboratorial). Os doentes tinham uma idade média de 35 anos, 57% eram do sexo masculino,

69% nascera fora do Reino Unido, 24% tinha entrado no RU nos dois anos anteriores e 42% dos casos foram detectados em Londres.

### Resultados

A percentagem de casos de TB resistente a uma qualquer das substâncias utilizadas no tratamento de primeira linha aumentou de 5,6%, em 1998, para 7,5%, em 2005.

Analisados os números relativos a cada um dos fármacos individualmente, verificou-se que a resistência à isoniazida aumentou de 5% para 7,2%, em 2003, mantendo-se estável desde então.

Em Londres, o aumento da resistência à isoniazida foi particularmente notado e estatisticamente significativo, constituindo causas possíveis para este facto, quer a migração, quer o "desadequado controlo da transmissão" verificado na capital de Inglaterra.

A análise estatística detalhada mostrou que o aumento da resistência à isoniazida fora de Londres não tinha significado. Tendo-se efectuado um controlo para diagnóstico e tratamento prévios de TB, verificou-se que o aumento da TB-MR também não era estatisticamente significativo.

No que respeita à rifampicina, verificou-se um aumento ligeiro na resistência a esta substância, de 1% para 1,2%. Finalmente, em relação aos casos de TB-MR, registou-se um aumento mais discreto, de 0,8% para 0,9%.

Registou-se pouca evidência de

resistência a fármacos anti-TB de segunda e terceiras linhas, tendo-se verificado apenas um único caso de TB-XR (em 2003) num doente sem história prévia de TB.

Foram identificados seis grupos de doentes de TB-MR, envolvendo pouco menos de 20 de todos os casos de TB.

Um dos grupos, constituído por seis doentes, foi classificado como um "surto". Cinco dos doentes viviam na mesma área, todos pertenciam a uma minoria étnica, independentemente de terem nascido dentro ou fora do Reino Unido.

Quatro casos de TB-MR faziam parte de um surto de resistência à isoniazida em Londres, tendo-se desenvolvido resistência à rifampicina como resultado da baixa adesão aos tratamentos.

A resistência à isoniazida, um fármaco tuberculostático-chave na Inglaterra, País de Gales e Irlanda do Norte, tem aumentado de forma significativa nos últimos anos, de acordo com um estudo publicado no *British Medical Journal*, de 2 de Maio passado.

Já num outro grupo (de três ou quatro casos), era menos provável que a resistência à isoniazida tivesse tido origem no Reino Unido, visto que dois dos doentes (provenientes da Ásia) tinham chegado nos cinco anos anteriores.

Os três grupos restantes envolviam sempre apenas dois doentes e transmissão em contexto familiar.

(\*) Nota da Redacção: Ao contrário do que parece indicar o artigo, e tal como em relação à terapêutica anti-retroviral, as resistências aos medicamentos não se devem exclusivamente à baixa adesão dos doentes ou à transmissão entre os indivíduos de vírus resistentes, mas também, e frequentemente, à má prescrição dos fármacos.

## Causas e explicações

Os grupos etários mais jovens constituíam um factor de risco para o aparecimento de resistência a qualquer fármaco anti-TB. Em Londres, o risco de resistência à isoniazida era maior para os doentes negros das Caraíbas do que para os brancos.

Fora de Londres, os doentes africanos negros, os indianos, paquistaneses, chineses e do

Bangladesh encontravam-se associados quer à multi-resistência, quer à resistência isolada à rifampicina.

Os investigadores referem que o aumento da resistência à isoniazida está provavelmente relacionado com o aumento do número de doentes com TB-MR, provenientes da África sub-Sahariana e do sub-continento indiano. Contudo, os casos de resistência à isoniazida estão

principalmente associados ao "uso inadequado dos fármacos" e ao contexto prisional, não obstante reflectirem uma mudança na população do Reino Unido, resultante dos movimentos migratórios em curso. Até à data, foram identificados mais de 300 casos pertencendo a este surto, sobretudo no norte de Londres. A equipa de investigação acentua que o surto ainda continua, sugerindo que "as medidas de controlo são insuficientes". ■

## Interacção medicamentosa inesperada entre o Kaletra® e a rosuvastatina

De acordo com um estudo farmacocinético realizado em indivíduos VIH-negativos, uma interacção entre o lopinavir/ritonavir (Kaletra®) e a rosuvastatina (Crestor®) - um medicamento utilizado para baixar o colesterol) pode resultar no aumento para valores cerca de 5 vezes superiores ao normal, dos picos máximos de concentração da rosuvastatina.

Apesar dos níveis altos alcançados, esta interacção pode prejudicar a eficácia desta substância na diminuição dos níveis de colesterol no sangue.

As substâncias da classe das estatinas são frequentemente utilizadas para controlar os níveis elevados do colesterol-LDL. No que respeita à rosuvastatina, uma das estatinas mais eficazes e frequentemente utilizada, foi já demonstrada a sua eficácia e segurança no tratamento do aumento dos lípidos nas pessoas seropositivas para o VIH a fazer HAART.

Além disso, a sua metabolização quase não utiliza o circuito metabólico dos inibidores da protease - tendo-se, por isso, admitido que havia um baixo risco de interacção.

O estudo farmacocinético, aberto e de apenas um braço, decorreu

em homens e mulheres VIH-negativos, saudáveis, com idades compreendidas entre os 18 e os 60 anos, com função metabólica normal e com mais de 50 kg. Os resultados foram publicados no número de 15 de Abril do *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*.

O estudo decorreu em 3 fases. Na primeira, foram administrados aos participantes 20 mg diários de rosuvastatina durante sete dias. Na segunda (dias 8 a 17), os participantes interromperam a rosuvastatina e tomaram uma dose padrão de Kaletra®: dois comprimidos (400 mg lopinavir / 100 mg ritonavir) duas vezes por dia. Na terceira (dias 18 a 24), tomaram as duas substâncias. No final de cada fase, procedeu-se à realização de várias análises.

Das 20 pessoas que participaram no estudo, 15 completaram todas as fases, nove do sexo feminino.

Foi detectada uma subida de 4,7 vezes no valor da Cmax da rosuvastatina e de 2,1 vezes no valor da AUC da rosuvastatina quando administrada com o Kaletra®, mas não se identificou nenhum aumento na semi-vida da rosuvastatina.

A comparação das curvas de

concentração da rosuvastatina mostrou um aumento considerável nas primeiras sete horas, após as quais os níveis deste fármaco, com e sem Kaletra®, se tornavam semelhantes. Nenhum dos parâmetros relativos ao lopinavir e ao ritonavir foram significativamente afectados.

Dado que menos de 10% da rosuvastatina é metabolizada pela via do citocromo P450, e que estudos anteriores mostraram uma interacção reduzida, a razão para estes resultados não é inteiramente compreendida.

Além disso, apesar do aumento nas concentrações de rosuvastatina, observou-se um decréscimo da sua eficácia na diminuição dos lípidos: a redução do LDL-colesterol foi de 31% quando a rosuvastatina era utilizada de forma isolada, e de 26% quando era utilizada em combinação. O colesterol total também diminuía 27% com a rosuvastatina isolada, versus apenas 21% com a combinação.

Não sendo ainda conhecido o mecanismo responsável por esta interacção, os investigadores levantam a hipótese de, "muito provavelmente", se dever à acção do lopinavir e/ou ritonavir noutra enzima envolvida no metabolismo das estatinas, o polipéptido orgânico transportador

de anões 1B1, também conhecido como OAPTC ou OATP2.

Tal interacção impediria a rosuvastatina de alcançar o seu local de acção, o que conduziria ao aumento observado nas suas concentrações e à diminuição do seu efeito no decréscimo dos níveis de lípidos.

São, porém, necessários mais estudos sobre as interacções entre os IPs e a rosuvastatina, incluindo mais análises sobre a segurança e eficácia da rosuvastatina com o Kaletra. Até lá **a combinação da rosuvastatina com o lopinavir/ritonavir deve ser administrada com precaução (\*)**. ▀

Referências: Kiser JJ et al. Drug/drug interaction between lopinavir/ritonavir and rosuvastatin in healthy volunteers. *J Acquir Immune Defic Syndr* 47: 570-578, 2008

Tradução e adaptação de Marco Pina e Silva

## Estudo Australiano sobre cancro anal

De acordo com um estudo, publicado na edição de Abril da revista *Sexually Transmitted Infections*, numa coorte australiana de seropositivos para o VIH, foram detectadas, em cerca de dois terços das pessoas, células anormais no ânus e, em 84%, uma infecção anal causada por estirpes do vírus papiloma humano (VPH) associadas a um alto risco de cancro anal.

Os investigadores descobriram que a infecção com VPH de alto risco estava relacionada com a presença de células pré-cancerosas de grau indeterminado ou alto, mas com um significado potencial de alto grau de malignidade.

A neoplasia do ânus é uma doença grave associada a níveis elevados de morbilidade e de mortalidade. A prevalência do cancro anal entre os homens homossexuais parece ser semelhante à do cancro do colo do útero nas mulheres antes de ter sido introduzido o rastreio sistemático (aproximadamente 35 casos por 100.000). Têm sido observadas percentagens mais elevadas em mulheres VIH+, mas esta situação é, por enquanto, considerada rara.

Tanto o cancro anal como o do colo do útero têm sido relacionados com a infecção por determi-

nadas estirpes de VPH. O teste de Papanicolau é usado, por rotina, como rastreio de alterações pré-cancerosas do colo do útero. Mas não se sabe qual o papel do rastreio do cancro anal e se tal aumenta a taxa de sobrevivida.

Está, no entanto, bem estabelecido que o cancro anal localizado, detectado num estágio precoce, responde melhor ao tratamento do que num estágio mais avançado e alguns médicos e activistas dos tratamentos têm vindo a defender que os homossexuais deveriam ser rastreados para a existência de células anormais no ânus com exames semelhantes ao teste de Papanicolau.

Estudos realizados nos EUA sugerem que 93% dos homens homossexuais seropositivos para o VIH e 14% das mulheres infectadas por este vírus têm células anormais no ânus.

Os investigadores pretendiam verificar a percentagem de doentes seropositivos que apresentavam células anormais no ânus e que estavam infectados com estirpes de VPH de alto risco.

O estudo envolveu 126 doentes com idades compreendidas entre os 18 e 60 anos (média de idade, 45 anos), sendo a maioria homossexuais masculinos - 124 doentes (98%). Os participantes

apresentavam contagens de células CD4 acima das 300/mm<sup>3</sup>, sendo a média de 545 células/mm<sup>3</sup>. Dois terços tinham carga viral indetectável, um quarto, diagnóstico de SIDA, 25% antecedentes de tratamento anal médico ou cirúrgico e, 18%, sido submetidos a remoção de condilomas anais.

Foi possível obter os resultados da citologia anal de 113 doentes e, desses, 85 (67%) apresentavam células consideradas anormais. A maioria dos doentes, 106 (84%), tinha infecção anal com uma estirpe de VPH de alto risco e 79 destes doentes (74%) tinha células anais anormais.

Um total de 16 participantes (13%) apresentava células pré-cancerosas de alto grau (lesões epiteliais escamosas de alto grau) e em todos foi detectada infecção por estirpes de VPH consideradas de alto risco. Para além disto, em 13 doentes (10%) foram detectadas alterações celulares de significado indeterminado com possíveis alterações de alto grau de malignidade e 92% destes estavam igualmente infectados com as estirpes consideradas de alto risco.

Não se verificou qualquer associação entre a presença de células anais anormais e a idade,

(\*) Nota da Redacção: De acordo com alguns testemunhos individuais, fenómeno semelhante pode verificar-se com o uso de outras estatinas, nomeadamente a pravastatina, pelo que se devem tomar as mesmas precauções. O exercício aeróbico (cardio-fitness) e um regime alimentar adequado são ainda a melhor forma de controlar os lípidos.

a contagem de células CD4, a carga viral ou um diagnóstico prévio de doença definidora de SIDA. No entanto, a história prévia de tratamento de condilomas estava associada à presença de células anormais.

A análise estatística demonstrou que os doentes com estirpes de VPH de alto risco no ânus tinham maior probabilidade de apresentar células anais anormais e alterações celulares de alto grau ou potencialmente de alto grau.

Demonstrou-se a existência de uma associação estatisticamente significativa entre aquelas estirpes e as alterações celulares anais pré-cancerosas.

Os investigadores afirmam no seu artigo que "a presença de uma citologia anal anormal esteve associada de forma significativa à infecção anal por estirpes de VPH de alto risco". Mas acrescentam que "é de notar que as infecções anais com estirpes de VPH de alto risco eram igualmente comuns em pessoas onde não se detectaram anormalidades nos exames citológicos".

Os autores sugerem que programas de rastreio semelhantes aos usados na prevenção do cancro do colo do útero possam vir a beneficiar estes doentes com alterações anormais da citologia anal. Contudo, "é necessário perceber melhor a etiologia

e o papel deste tipo de intervenção nesta situação, antes de introduzir este tipo de programas de prevenção".

Aos doentes incluídos neste estudo foi dada a oportunidade de participarem num outro ensaio de investigação da potencial vacina terapêutica para a estirpe 16 do VPH. ■

Referência: Anderson J et al. Abnormal anal cytology in high-risk human papilloma virus infection in HIV-infected Australians. Sex Transm Infect, online edition, April 1st, 2008.

Traduzido e adaptado por Marco Pina e Silva.

## ■ A contaminação do nelfinavir não está associada a risco de cancro

De acordo com a empresa farmacêutica Roche, a contaminação do medicamento nelfinavir (Viracept®) com etilmetanosulfonato (EMS), verificada na Primavera de 2007 e que motivou a retirada do mercado deste medicamento, não parece atingir níveis que possam causar aparecimento de neoplasias.

Entre os meses de Março e Maio de 2007, a produção de comprimidos de nelfinavir foi acidentalmente contaminada com EMS, tendo a Agência Europeia do Medicamento (EMA) decidido ordenar a retirada de todas as embalagens de Viracept distribuídas mundialmente e a suspensão temporária da licença de comercialização.

A empresa farmacêutica detentora do medicamento iniciou, então, estudos para tentar determinar o risco relacionado com a exposição ao produto contaminante. Uma vez que este pode causar cancro nos humanos, os estudos realizados foram conduzidos em animais. Um painel de especialistas em toxicologia, consultado pela Roche, concordou que os estudos realizados foram bem conduzidos e permitem avaliar o risco em humanos. Os estudos permitiram determinar

o nível de exposição ao EMS que seria necessário para causar o aparecimento de cancro.

Uma interpretação cautelosa dos resultados sugere que os doentes que estavam medicados com nelfinavir foram expostos a níveis de EMS muito abaixo dos que potencialmente poderiam causar cancro, conclusão com a qual os toxicologistas concordaram.

A Roche tem promovido, em todo o mundo, diversas reuniões com a comunidade de pessoas infectadas pelo VIH e com médicos especialistas e os últimos resultados foram apresentados em Londres, no dia 2 de Junho, a um painel de representantes de ONGs e activistas de tratamentos e será analisado por um grupo *ad hoc* de especialistas de VIH dia 10 de Junho no dia 10 do mesmo mês.

Os resultados foram enviados à EMA que os irá analisar.

Já em 24/07/2008 o INFARMED através da Circular Informativa N.º 123/CD informou que a Agência Europeia de Medicamentos (EMA) confirmou não haver aumento do

risco de desenvolvimento de cancro em doentes que tomaram Viracept® (nelfinavir) contaminado. ■

**Os resultados foram finalmente tornados públicos na XVII Conferência IAS, na Cidade do México, e demonstram que o EMS - que se encontra em, pelo menos, 40 medicamentos - provoca danos no ADN a partir de uma concentração de 25 (em ratos mutantes) a 80 mg/kg/dia (em ratos normais), daí o seu carácter cancerígeno.**

**Estes estudos, cujas conclusões podem ser aplicadas aos seres humanos, vieram alterar, de forma substancial, as perspectivas que existiam entre cientistas, indústria e clínicos sobre os riscos de doses relativamente reduzidas deste produto e outros que provocam alterações nos genes e cromossomas.**

**Foi no entanto considerado que os níveis mais elevados a que se calcula que estiveram expostas as pessoas que tomaram o Viracept(r) contaminado foram muito abaixo daqueles níveis - cerca 0,055 mg/kg/dia.**



## A resposta clínica ao tratamento de primeira linha é semelhante entre subtipos B e não-B do VIH

A terapêutica anti-retroviral nas pessoas infectadas com VIH subtipo não-B sem tratamento prévio (naive) suprime a carga viral tão rapidamente como nas pessoas com VIH subtipo B, de acordo com a base de dados de resistências do VIH, do Reino Unido. Estas conclusões foram apresentadas na Conferência da Associação Britânica de VIH (BHIVA) que teve lugar em Belfast, na última semana de Abril.

Surpreendentemente, este estudo retrospectivo com mais de 2.000 doentes demonstrou que as pessoas infectadas com os subtipos A e C conseguiam obter carga viral indetectável (definida como inferior a 50 cópias/ml), num tempo mais curto que os doentes com subtipo B, num valor estatisticamente significativo, mesmo depois do ajuste para valores de carga viral basal e de outras variáveis, embora os investigadores não considerem este facto como clinicamente significativo.

Apenas alguns estudos anteriores tinham analisado a resposta à terapêutica de acordo com o subtipo do VIH, agrupando os subtipos não-B e comparando-os com o subtipo B. Dada a crescente diversidade de subtipos de VIH no Reino Unido - e mundialmente -, os investigadores pretenderam avaliar se a resposta à terapêutica de primeira linha diferia em função do subtipo e analisaram separadamente os subtipos mais frequentes no Reino Unido.

O estudo incluiu todos os doentes naive dos últimos 16 anos com um teste de resistências prévio ao início da terapêutica, que iniciaram pela primeira vez uma combinação com pelo menos 3 medicamentos anti-retrovirais e que tinham mais de 12

meses de seguimento. Os doentes com níveis de resistência intermédios ou altos a um ou mais dos medicamentos da combinação de primeira linha foram excluídos da análise.

**Este estudo não foi ajustado para a etnia ou comportamento de risco, limitação importante dada a forte associação entre estes factores e os subtipos. Das pessoas infectadas com subtipo B, 86% eram brancas e 90% eram homossexuais. A vasta maioria das pessoas infectadas com subtipos não-B era de origem africana e/ou heterossexuais.**

Para além da resposta na contagem de células CD4, foram analisados o tempo até atingir valores indetectáveis de carga viral e o tempo que mediou até ao reaparecimento de carga viral detectável ou *rebound*, sendo este definido como duas medições consecutivas superiores a 100 cópias/ml ou um valor superior a 1.000 cópias/ml após a alteração da terapêutica.

Dos 2.116 doentes incluídos, 1.550 (73%) estavam infectados com subtipo B, 272 (13%) com subtipo C, 66 (3%) com subtipo A, 57 (3%) eram portadores de um vírus recombinante CRF\_AG, 41 (2%) tinham subtipo D e 130 (6%) tinham vários outros subtipos.

Um total de 89% dos doentes infectados com subtipo B atingiu carga viral indetectável aos 12 meses, com um tempo médio de 3 meses.

Em contraste, 94% dos participantes infectados com subtipo C e 97% dos que tinham subtipo A atingiram carga viral indetectável aos 12 meses, com um tem-

po médio até à supressão viral de 2,3 e 2,1 meses, respectivamente.

Os outros subtipos analisados tinham respostas semelhantes ao subtipo B: 89% no grupo com subtipo recombinante AG, 90% no subtipo D e 91% nos outros subtipos, tendo atingido carga viral indetectável ao fim de 12 meses com um tempo médio até à supressão viral de, respectivamente, 2,8, 2,6 e 2,9 meses.

Verificou-se, ainda, uma associação significativa entre o subtipo de VIH e o tempo que demorou a obter carga viral indetectável, tendo a supressão sido mais rápida no subtipo A e no subtipo C, quando comparados com o subtipo B.

Além disto, nos 20% de doentes que apresentaram *rebound*, isto ocorreu com mais rapidez no subtipo C do que no subtipo B.

Contudo, a Dr.<sup>a</sup> Linda Harrison, do *MRC Clinical Trials Unit*, afirmou que, embora as diferenças fossem estatisticamente significativas, estas eram de apenas algumas semanas entre os mais rápidos e os mais lentos a atingir supressão viral, e que pareciam ter "pouco significado clínico" entre os diferentes subtipos de VIH.

Uma análise mais exaustiva, que realçou a possibilidade de dificuldades de adesão à terapêutica, levou os investigadores a concluir que esta falência virológica estaria "provavelmente, mais associada à adesão do que a outros factores".

Os autores não encontraram diferenças na contagem de células CD4 entre os diferentes subtipos após 3 meses de início de terapêutica anti-retroviral ou subse-

quentemente, embora os doentes infectados com subtipo B tivessem contagens de células CD4 de base mais elevadas que os outros subtipos. ▀

Referência:  
Harrison L et al. Effect of HIV-1 subtype on virological and immunological responses to first-line HAART. 14th Annual

Conference of the British HIV Association (BHIVA), Belfast. Abstract 10, 2008.  
Traduzido e adaptado por Maria José Campos

## Novo inibidor da protease em estudo para doentes com Hepatite C, genótipo 1

Luís Mendão; Maria José Campos

De acordo com resultados preliminares de um estudo de fase II, o boceprevir, um inibidor da protease para o VHC em desenvolvimento, em conjunto com o interferão alfa-2b (Pegintron®) e ribavirina (Rebetol®), em doentes naïve (sem tratamento anterior), provocou uma alta taxa de resposta virológica precoce (RVP).

Dos doentes que foram tratados com boceprevir, 79% alcançaram RVP, definida como carga viral indetectável à 12ª semana de terapêutica, em comparação com 34% dos que tomaram apenas Pegintron® e ribavirina.

Eis alguns excertos da informação da Schering sobre estes estudos.

"Estes resultados iniciais, apesar de preliminares, são muito encorajadores e mostraram que o boceprevir é um agente antiviral potente contra a Hepatite C", disse Paul Kwo, o investigador principal.

**A Hepatite C - genótipo 1 é a mais frequente em Portugal e a mais difícil de tratar, sendo os resultados dos tratamentos actuais os mais insatisfatórios, quer em termos de eficácia quer de efeitos indesejáveis.**

"Neste estudo, o boceprevir melhorou as taxas de RVP à 12ª semana na infecção VHC genótipo 1, em relação ao grupo de controlo."

O boceprevir está a ser avaliado, numa combinação com

Pegintron® e Rebetol® para o tratamento de doentes com infecção crónica com o Genótipo 1, em dois grandes estudos clínicos, de fase II, com mais de 800 doentes. Um dos estudos inclui doentes naïve e o outro envolve doentes que não responderam às terapêuticas de combinação prévias com peginterferão e ribavirina.

Nestes estudos com boceprevir, os sintomas adversos mais comuns são fadiga, dores de cabeça, náuseas e anemia. Não há um aumento de *rash* para além do que foi observado no estudo de controlo.

Os distúrbios gastrointestinais foram os sintomas adversos mais comuns que levaram à descontinuação do tratamento com boceprevir.

### Estudo em doentes sem experiência terapêutica prévia

No estudo em doentes naïve, designado por HCV SPRINT-1, o Boceprevir (800 mg, três vezes ao dia) está a ser avaliado em três regimes de tratamento:

- boceprevir em combinação com peginteron® (1.5 mg/kg uma vez por semana) e Rebetol® (800-1400 mg diários) durante 28 ou 48 semanas;
- 4 semanas de terapêutica de combinação com Peginteron® e Rebetol® nas doses descritas acima, adicionando em seguida boceprevir à combinação durante 24 ou 44 semanas;
- boceprevir em combinação com o Peginteron® e uma dose

baixa de Rebetol® (400-1000 mg diariamente) durante 48 semanas.

O *endpoint* primário deste estudo é a obtenção de resposta virológica sustentada [RVS, definida como carga viral indetectável, 6 meses após o fim do tratamento]. Os doentes a receber estes regimes de boceprevir alcançaram uma taxa de resposta virológica precoce superior a 54% em todos os braços do estudo em comparação com apenas 34% no braço de controlo.

**Para muitos doentes, as três tomas diárias podem constituir um problema sério de adesão.**

Entre 8 e 12,9% dos doentes nos braços que incluíam boceprevir tiveram de descontinuar o tratamento por reações adversas, contra apenas 5% de abandonos no braço de controlo.

Foram incluídos nos diversos centros - EUA, Canadá e Europa - em que o HCV SPRINT - 1 está a ser realizado, 595 doentes dos quais 491 nos braços com boceprevir. Do total de pessoas incluídas 7% têm cirrose. ▀

## GLOSSÁRIO

### Neoplasias:

Também designadas por "tumores". Consistem num qualquer novo crescimento anormal de um qualquer tecido do organismo. As neoplasias podem ser benignas ("não cancerosas", isto é, não invadem os tecidos vizinhos e não lançam metástases) ou malignas (ou "cancerosas", ou seja, crescem invadindo e destruindo os tecidos vizinhos e lançam metástases a distância).

### AUC - Area Under the Curve (área sob a curva):

Trata-se da medida da quantidade de uma substância administrada que atinge a corrente sanguínea, num dado período de tempo (o período de tempo habitualmente considerado é ou 24 horas, ou o intervalo entre as doses). A AUC é calculada colocando as várias medições, registadas ao longo do tempo estabelecido, num gráfico, de modo a formar uma curva. A área sob esta curva reflecte a exposição total à substância em causa, no período de tempo determinado.

### Subtipos b e não-b e recombinantes:

A identificação concreta das estirpes do VIH constitui um elemento importante no diagnóstico, na terapêutica e na prevenção desta infecção. A pandemia do VIH é composta por múltiplos subtipos dos vírus VIH-1 e VIH-2 (com uma larga predominância do primeiro) e por uma variedade de formas recombinantes inter-subtipos.

### Análise multivariável:

Conjunto de procedimentos estatísticos que envolve a observação e análise de mais do que uma variável estatística simultaneamente.

### Cmax:

Concentração máxima de uma substância, por exemplo, de um fármaco, no sangue.

### INNTR:

Inibidores Não-Nucleósidos da Transcriptase Reversa. Trata-se de uma das principais classes de fármacos usadas no tratamento da infecção pelo

VIH. Os fármacos deste grupo, tal como nome indica, ligam-se e desactivam a enzima Transcriptase Reversa (TR) do vírus VIH-1. Esta enzima é uma proteína de que o vírus precisa para fazer mais cópias de si próprio. Sem uma TR funcionante, a replicação viral é interrompida.

### Speed ball ou mista:

termo utilizado com frequência para o uso intravenoso de heroína ou morfina e cocaína juntas na mesma seringa. Trata-se de uma combinação com riscos elevados. A cocaína actua como um estimulante, aumentando a frequência cardíaca, mas os seus efeitos desvanecem-se mais rapidamente do que os quer da heroína, quer da morfina, que, por seu lado, abrandam a frequência cardíaca e provocam depressão respiratória, entre múltiplos outros efeitos.

## Calendário

### Maio

Harm Reduction 2008: IHRA's 19th International Conference,  
De 11 a 15, Barcelona, Espanha

25 Years of HIV PARIS  
Dia 19, Paris, França

Fourth VIRGIL Symposium on  
Antiviral Drug Resistance  
Dia 27, Lyon, França

### Junho

UNGASS 2008  
Nova Iorque, EUA  
De 10 a 11 de Junho

3rd National Conference on Peer  
Education, HIV and AIDS, Dia 18,  
Nairobi, Kénia

4th International Workshop on HIV  
and Hepatitis  
Dia 19, Madrid, Espanha

### Julho

Frontiers in Immunology Research  
2008 International Conference  
Dia 22, Florença, Itália

### Agosto

IAS XVII International AIDS  
Conference  
3 a 8, Cidade do México

## MISSÃO DO ACÇÃO & TRATAMENTOS

O Acção & Tratamentos é uma publicação do Grupo Português de Activistas sobre tratamentos de VIH/SIDA - Pedro Santos (G.A.T.) que tem como princípio orientador:

- O único modo de controlar a epidemia e diminuir o número de novas infecções é o acesso universal ao estado da arte em prevenção, cuidados de saúde e tratamentos, no respeito integral dos direitos humanos e com a participação activa das pessoas que vivem com VIH e SIDA.

O Acção & Tratamentos é uma publicação independente dos poderes públicos, da indústria farmacêutica e das associações médicas e tem por objectivos:

- Promover e defender o acesso à informação e à cidadania plena de todas as pessoas infectadas e afectadas e dos grupos em situação de maior vulnerabilidade à epidemia (reclusos, trabalhadores sexuais, consumidores de drogas, migrantes, jovens, mulheres e homens que têm sexo com homens).
- Fornecer e divulgar informação actualizada referente à infecção, nos seus aspectos epidemiológicos e terapêuticos.
- Promover a compreensão e adesão aos tratamentos e a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com o VIH/SIDA.
- Promover o debate e a reflexão em torno dos problemas da SIDA, analisar as políticas ou acções governamentais e das instituições públicas e privadas.

## CONTACTOS ÚTEIS

Os CAD - Centros de Aconselhamento e Detecção VIH/SIDA são centros de diagnóstico que permitem o acesso voluntário, confidencial e gratuito ao teste do VIH e funcionam nos seguintes locais:

### Distrito de Aveiro

Centro de Saúde de Aveiro  
Tel: 234 378 650

### Distrito de Beja

Gabinete de Apoio à Sexualidade  
Delegação de Beja do IPJ  
Tel: 284 314 900

### Distrito de Braga

CAD de Braga  
Tel: 253 271 684

### Distrito de Bragança

Instituto Português da Juventude  
Tel: 273 333 989

### Distrito de Castelo Branco

Centro de Diagnóstico Pulmonar  
Tel: 272 324 973/4

### Distrito de Coimbra

Edifício BCG  
Tel: 239 487 400

### Distrito de Évora

Hospital Espírito Santo de Évora  
Tel: 266 740 100 Ext:1188

### Distrito de Faro

CAD Fixo  
Extensão do Centro de Saúde  
Tel: 289 812 528  
CAD Móvel  
Tel: 289 812 528

### Distrito da Guarda

Centro de Saúde da Guarda  
Tel: 271 22 34 22

### Distrito de Leiria

Centro de Saúde Gorjão Henriques  
Tel: 244 816 483

### Distrito de Lisboa

CADs Fixos

Centro de Saúde da Lapa  
Tel: 213 930 151/2

Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso  
Tel: 213 031 427

Cad Móvel

Tel: 96 200 05 06

### Distrito de Portalegre

CAD Portalegre  
Tel: 245 302 200 - Extensão 407

### Distrito do Porto

CAD Porto  
Tel: 228 317 518

### Distrito de Santarém

Hospital Distrital de Santarém  
Tel: 243 300 232

### Distrito de Setúbal

Setúbal  
Extensão de Saúde de Vale de Cobre

Centro de Saúde de S. Sebastião

Tel: 265 708 000

Horário: 3ª feira, das 16h às 19h; 5ª feira, das 9h às 12h

Almada

Extensão de Saúde Rainha D. Leonor  
Tel: 212 728 808

Barreiro

Extensão de Saúde Eça de Queiroz  
Centro de Saúde do Barreiro  
Tel: 212 069 600

### Distrito de Viana do Castelo

Serviço de Saúde Pública do Alto Minho  
Tel: 258 807 247

### Distrito de Vila Real

CAD Vila Real  
Tel: 259 378 953

### Distrito de Viseu

Laboratório de Saúde Pública  
Teléf: 232 419 923  
Email: cad@srsviseu.min-saude.pt

# CONTA PARA DONATIVOS

## CGD - 0035 0802 00004464 230 30



Se desejar receber esta publicação pelo correio, gratuitamente, preencha, recorte ou fotocopie e envie para:  
Apartado 8216 • 1803-001 Lisboa.



Acção & Tratamentos

Nome

Morada

Código Postal  -

Telefone (opcional)

Se desejar receber em envelope confidencial, assinale com uma cruz

Informação

O SITE DO GAT

<http://www.gatportugal.org>

Notícias

Ensaios clínicos

Links

Tratamentos