ISSN-1646-6

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

Acção & Tratamentos

Nº
Julho • Agosto 2
Distribuição grat

Carta do Rio de Janeiro
DECLARAÇÃO do MILÉNIO
DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO SOB
"CRISE GLOBAL - ACÇÃO GLOBAL"
Declaração de Maputo
DECLARAÇÃO DE LISBOA
OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO
Declaração de Brasília
Declaração de Dublin
Declaração de Vilnius
APELO À ACÇÃO
Carta do Rio de Janeiro
DECLARAÇÃO DE LISBOA
DECLARAÇÃO do MILÉNIO
Declaração de Brasília
Declaração de Maputo
OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉ
DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO SOBRE VIH/SIDA
"CRISE GLOBAL - ACÇÃO GLOBAL" de 2001
Declaração de Dublin
DECLARAÇÃO POLÍTICA SOBRE VIH/SIDA DE 2006
APELO À ACÇÃO
Declaração de Vilnius
Carta do Rio de Janeiro
DECLARAÇÃO do MILÉNIO
DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO SOBRE
"CRISE GLOBAL - ACÇÃO GLOBAL" de
DECLARAÇÃO DE LISBOA

Índice

pág. 3
Apelo à Acção

pág. 4
VII Conferência de Chefes de Estado e de Governo da CPLP

pág. 6
Os pareceres dos peritos em VIH e as decisões dos tribunais

pág. 7
Carta aberta do GAT sobre troca de seringas nas prisões em Portugal

pág. 8
Reflexões sobre o estado da situação de drogas em Portugal

pág. 9
- Evolução do programa de troca de seringas nas prisões espanholas
- Entrevista

pág. 12
- SCARVOJ
- Positivo • Período de Janela • Negativo

pág. 13
Orientações terapêuticas nacionais

pág. 14
- O raltegravir - primeiro inibidor da integrase
- O maraviroc - primeiro inibidor do CCR5

pág. 15
Etravirina - Um novo ITRNN

pág. 16
Proteger sem estigmatizar

pág. 18
Declaração de Cambridge sobre realização de ensaios clínicos em casos de TB MDR

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:
Ana Abecasis, Ana Isabel, Ana Pisco, Anne-Mieke Vandamme, Nuno Fernandes, Rosa Freitas
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

Editorial

Mais uma declaração. Mais um Fórum. Mais uma Rede. Tudo como dantes?

A realização de um Fórum da Sociedade Civil para as Questões de Saúde durante VII Conferência de Chefes de Estado e de Governo da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) por iniciativa e proposta do Dr. Jorge Sampaio permitiu juntar um conjunto alargado de representantes da sociedade civil dos países de língua portuguesa vocacionados para a área da saúde pública bem como representantes oficiais e membros dos Governos da CPLP, do Secretariado Executivo da CPLP, a União Africana, a OMS, o Fundo Global para o VIH, TB e Malária, a ONUSIDA, a UNITAID e a STOP TB Partnership. Foi uma oportunidade para as Organizações da Sociedade Civil (OSC) fazerem chegar ao Conselho de Ministros da CPLP a sua disponibilidade, vontade e empenhamento na área da saúde, nomeadamente nas políticas e programas de controlo e tratamento do VIH, Tuberculose e Malária.

Infelizmente do esforço e disponibilidade demonstrada resultou, apenas, uma modesta declaração, sem que o Concelho de Ministros tenha, explicitamente, acolhido as solicitações mais relevantes do Fórum da Sociedade Civil.

Declaração que se veio juntar ao carrossel de declarações que, desde a UNGASS em 2001, têm vindo a ser produzidas por qualquer organização multilateral que se preze, cada vez com menos força, com objectivos mais modestos e metas mais longínquas.

Perdeu-se uma oportunidade para:
• criar junto do Secretariado Executivo da CPLP, com carácter consultivo e em representação da sociedade civil, um Comité de acompanhamento das políticas de saúde da CPLP;
• desenvolver mecanismos de apoio e facilitação ao trabalho das redes da sociedade civil para as questões de saúde e ao reconhecimento do seu papel, designadamente na formulação e monitorização do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS/CPLP);
• mobilizar recursos sustentáveis ao serviço da CPLP, designadamente através de um Fundo Especial Saúde da CPLP, com vista a tornar possível o cumprimento dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio para a saúde;
• institucionalizar, à margem das Conferências de Chefes de Estado e de Governo, com carácter ordinário, um Fórum Civil para as questões da saúde da Sociedade Civil dos países de língua portuguesa.

À Sociedade Civil - entendida no conceito onusino alargado - e às suas organizações caberá então - *mas sem as competências e funções de acompanhar e assistir os órgãos de decisão da CPLP na preparação das suas tomadas de posição sobre questões de saúde pública* - aceitar o repto de criar a rede da sociedade civil da CPLP para as questões da saúde; promover o desenvolvimento de modelos de participação das OSC nos planos de acção para a saúde e a institucionalização do seu relacionamento com a CPLP; reforçar a visibilidade das organizações da sociedade civil e a sua importância estratégica na concretização dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio para a saúde; constituir um Grupo de pontos focais encarregues de coordenar a estruturação das redes nacionais em cada um dos países da CPLP; coordenar a actuação da sociedade civil na área da saúde; valorizar a sua intervenção no apoio e na prestação de cuidados de saúde às pessoas infectadas e afectadas e às comunidades em que se inserem e facilitar e fortalecer a cooperação e a troca de experiências e capacidades técnicas entre as OSC dos países da CPLP e entre estas e os respectivos Governos.

Por muito boa vontade que tenhamos, não se vê como possam ser atingidos estes objectivos quando o Conselho de Ministros recuou no que lhe foi pedido.

Temos sérias dúvidas que, sem a visibilidade que a liderança e o apadrinhamento político e social do Presidente Jorge Sampaio deu a esta iniciativa, os membros e instituições académicas, fundações, organizações laborais, sindicais e empresariais mantenham algum empenhamento na criação e funcionamento da nova rede.

Temos a certeza que só com a continuação da sua liderança e com a mobilização contínua e sustentada das organizações das comunidades afectadas em todos os países da CPLP - tenham ou não estado em Lisboa - se poderão atingir os objectivos acordados no "Apelo à Acção".

Conselho Editorial

Com o apoio:

Alto Comissariado da Saúde

Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida

Com o apoio para distribuição:

JC Tibotec • Roche • Schering-Plough Farma, Lda

"Apelo à Acção"

Jorge Sampaio

Comunicação do Dr. Jorge Sampaio, Enviado Especial das Nações Unidas para a Luta contra a Tuberculose e Embaixador de Boa Vontade da CPLP para a Saúde, aos Chefes de Estado e de Governo da CPLP, feita em Lisboa, na sequência do documento com o mesmo nome aprovado no Fórum da Sociedade Civil da CPLP para as questões de Saúde.

"Excelências
Minhas Senhoras e Senhores

• Quero, antes de mais, agradecer penhoradamente a oportunidade que me foi concedida para usar da palavra nesta Cimeira, na minha qualidade de Embaixador de Boa Vontade da CPLP para as Questões de Saúde, missão que Vossas Excelências decidiram confiar-me na VI Conferência de Chefes de Estado e de Governo, realizada em Bissau em 2006.

• Como saberão, teve ontem lugar o primeiro Fórum da Sociedade Civil da CPLP para as questões de Saúde, uma iniciativa que entendi por bem promover, na sequência, aliás, de uma sugestão conjunta de um grupo de cidadãos brasileiros e portugueses.

• O apoio que, desde a primeira hora, o Governo português, como anfitrião da VII Conferência, manifestou a esta iniciativa, bem como o seu endosso por parte dos restantes países e do Secretariado Executivo da CPLP, para além da intensa colaboração e assistência que, por todos e a vários níveis, nos foi proporcionada, justificam a imodéstia de proclamar alto e bom som que o Fórum foi um grande sucesso.

• A qualidade dos trabalhos realizados, a intensidade dos debates e o teor do documento final, a que os participantes entenderam chamar Apelo à Acção, são disso clara manifestação.

• É, pois, para mim uma grata honra apresentar a esta distinta assembleia o Apelo à Acção que resultou do primeiro Fórum da Sociedade Civil da CPLP para as questões de saúde, fazendo-me porta-voz das preocupações e anseios nele expressos.

• Permitam-me que, do Apelo à Acção, destaque aqui os seus quatro pontos cardeais, porque traduzem afinal o núcleo duro dos objectivos que nortearam os trabalhos do Fórum e, naturalmente, também as solicitações da sociedade civil da CPLP nele representados, a saber:

- Criação de uma rede da sociedade civil da CPLP para as questões da saúde, coordenada por Pontos Focais que, em cada um dos países se encarregarão de coordenar a actuação da sociedade civil, bem como facilitar e fortalecer a cooperação e a troca de experiências e capacidades técnicas entre as sociedades e os respectivos Governos.
- Criação de um comité de acompanhamento das políticas de saúde da CPLP, em que tenham assento, em representação da sociedade civil, os Pontos Focais que acabei de referir.
- Mobilização conjunta de recursos sustentáveis ao serviço da CPLP, designadamente através de um Fundo Especial Saúde da CPLP.
- De futuro, realização de fóruns da sociedade civil em paralelo às Cimeiras de Chefes de Estado e de Governo da CPLP.

Excelências

• Não creio que seja necessário alongar-me sobre a bondade das propostas e considerações do Apelo à Acção, tão seguro estou da sua plena pertinência e oportunidade e confiante de que Vossas Excelências lhe reservarão um acolhimento favorável.

• De facto, parece-me hoje óbvio que a sociedade civil na multiplicidade das suas componentes é um aliado e parceiro insubstituível dos Governos no combate aos exigentes desafios que os problemas de saúde pública colocam a todos.

• Se é certo que a primeira riqueza de um país e de uma Comunidade de países é o conjunto dos seus cidadãos, não esqueçamos então que esta assenta em primeiríssimo lugar na saúde, como um bem público inestimável, sem o qual nenhum projecto de desenvolvimento é sustentável.

• Que os cidadãos no seu conjunto e enquanto sociedade civil queiram co-responsabilizar-se por que este bem público de base seja um direito universal a todos garantido, só pode merecer o nosso apoio, aplauso e estímulo. Reduzida ao essencial, é esta a reivindicação expressa no Fórum de ontem.

• Por isso, é sem qualquer sombra de hesitação que me permito instar Vossas Excelências a endossar sem reservas as conclusões do primeiro Fórum da Sociedade Civil da CPLP e a mandatar o Secretariado Executivo para assegurar e acompanhar a sua execução.

• Pela minha parte, continuo ao vosso dispor no desempenho da missão com que me distinguiram.

Muito obrigado"

VII Conferência de Chefes de Estado e de Governo da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

Extractos da Declaração de Lisboa aprovada na Conferência

Os Chefes de Estado e de Governo da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

1. ...

...

10. Ainda no âmbito da cooperação, destacaram:

....

ix) A realização de um Fórum para as questões da Saúde da Sociedade Civil dos Países de Língua Portuguesa, à margem da VII Conferência de Chefes de Estado e de Governo da CPLP, por iniciativa do Dr. Jorge Sampaio, Embaixador de Boa Vontade da CPLP para as questões de Saúde e Enviado Especial das Nações Unidas para a Luta contra a Tuberculose. Subscreveram as Conclusões dele resultantes, contidas no documento "Apelo à Acção", que lhes foi presente pelo Dr. Jorge Sampaio, comprometendo-se muito particularmente a envidar todos os esforços para, no futuro, tornar possível quer a realização com carácter ordinário, de um Fórum da Sociedade Civil para as questões da Saúde dos Países de Língua Portuguesa à margem das Conferências de Chefe de Estado e de Governo, quer a criação de um subcomité de acompanhamento das políticas para o VIH, Tuberculose e Malária, a funcionar junto do Secretariado Executivo da CPLP, nos termos e com os objectivos descritos no referido documento, atendendo ao indispensável contributo que uma sociedade civil activa e organizada pode dar para a realização do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio nº 6.

...

16. Congratularam-se, ainda, com a realização e as conclusões da I Reunião Ministerial de Políticas para as Mulheres e HIV/AIDS: "Construindo Alianças entre os Países de Língua Portuguesa para o Acesso Universal", realizada no Rio de Janeiro. Tomaram ainda boa nota da "Carta do Rio de Janeiro", aprovada pelo II Congresso da CPLP sobre DST e VIH/SIDA, também realizado no Rio de Janeiro.

...

20. Tomaram nota, com satisfação, da realização, em Junho de 2008, da II Reunião entre os Observadores Consultivos e o Secretariado Executivo da CPLP, fórum privilegiado para o diálogo com a sociedade civil dos seus Estados membros. Neste sentido, foi reiterada a importância destes Observadores serem um veículo na aproximação da Organização à sociedade civil, ao participarem na implementação dos projectos da CPLP.

...

26. Tomaram nota da adopção, pelo Conselho de Ministros, das seguintes resoluções:

...

iii. O Empenhamento da CPLP no Combate ao VIH/SIDA;

...

iv. O Reforço da Participação da Sociedade Civil na CPLP;

...

Feita e assinada em Lisboa, a 25 de Julho de 2008.

Extractos da Resolução sobre o Reforço da Participação da Sociedade Civil na CPLP tomada na XIII Reunião Ordinária do Concelho de Ministros durante a Conferência

....

Reconhecendo o dinamismo da sociedade civil e a multiplicidade de iniciativas por ela realizadas no espaço da CPLP;

Reiterando o estabelecido na Declaração Constitutiva da CPLP, de 17 de Julho de 1996, particularmente o objectivo de "promover a coordenação das actividades das diversas instituições públicas e (...) organizações não-governamentais empenhadas no desenvolvimento da cooperação entre os seus Países";
Recordando o parágrafo 4º, alínea e), da Declaração de Maputo, de 18 de Julho de 2000, no qual os Chefes de Estado e de Governo recomendaram "uma melhor articulação entre iniciativas sectoriais e da sociedade civil realizadas no âmbito da CPLP";

Reafirmando o disposto na "Resolução sobre a CPLP e as Iniciativas da Sociedade Civil", aprovada a 31 de Julho de 2001, na VI Reunião Ordinária do Conselho de Ministros da CPLP, em São Tomé, e na "Resolução sobre a Sociedade Civil na Comunidade dos Países de Língua Portuguesa", aprovada a 26 de Julho de 2004, na V Conferência de Chefes de Estado e de Governo da CPLP, em São Tomé;

DECIDE:

1. Congratular-se com os resultados da II Reunião entre os Observadores Consultivos e o Secretariado Executivo da CPLP, realizada em Junho de 2008, em Lisboa;

2. Recomendar o aprofundamento de mecanismos que permitam sistematizar a participação da sociedade civil na CPLP, nomeadamente os Observadores Consultivos, os Embaixadores de Boa Vontade e outros agentes da sociedade civil, assegurando uma maior inclusão desta na actuação da Comunidade, associando-a, sempre que possível, às iniciativas da Organização;

3. Recomendar a realização, até à VIII Conferência de Chefes de Estado e de Governo da CPLP, de um Fórum da Sociedade Civil, dedicado a questões de desenvolvimento humano e social, reunindo e estimulando a participação de actores públicos e privados para o debate desta temática, tendo por objectivo a identificação de acções e recursos visando o reforço do capital humano e social, o aprofundamento de estratégias de construção de parcerias concretas entre as Organizações da Sociedade Civil dos Estados membros e entre estas e a CPLP, nomeadamente através da identificação de novos modelos de parceria e mecanismos inovadores de financiamento, com vista à realização de programas e acções no domínio dos Objectivos do Milénio.

Feita em Lisboa, a 24 de Julho de 2008.

Extractos da Resolução sobre o empenhamento no combate ao VIH e SIDA tomada na XIII Reunião Ordinária do Conselho de Ministros durante a Conferência

...

Tendo tomado conhecimento da realização, em Abril de 2008, do II Congresso da CPLP sobre DST e VIH/SIDA e das recomendações contidas na "Carta do Rio de Janeiro";

Congratulando-se com a realização, a 10 e 11 de Junho de 2008, em Nova Iorque, da Reunião de Alto Nível da Assembleia-Geral da ONU sobre VIH/SIDA, ocasião em que se procedeu à avaliação da implementação da Declaração de Compromisso sobre VIH/SIDA "Crise Global - Acção Global" de 2001, e da Declaração Política sobre VIH/SIDA de 2006; e com o Encontro de Representantes Permanentes e Chefes de Delegação dos Estados Membros da CPLP, quando se reafirmou o interesse da cooperação nesta área;

DECIDE:

1. Apoiar as recomendações emanadas da Reunião de Alto Nível da Assembleia-Geral da ONU sobre VIH/SIDA, encorajando os Estados membros da CPLP a darem passos para a sua implementação;

2. Apoiar, com vista ao reforço das respostas nacionais ao VIH/SIDA, o estabelecimento, no quadro do processo de elaboração do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP, de uma agenda de cooperação intra-comunitária que, ao privilegiar as prioridades estabelecidas no âmbito das Nações Unidas para o combate à epidemia, (a) possibilite uma maior capacidade de decisão dos homens e das mulheres, com base no acesso à informação, educação e cuidados de saúde sexual e reprodutiva, e um maior envolvimento da sociedade civil no seu combate; e (b) contemple também as orientações e compromissos decorrentes de outros encontros, onde esta problemática tem vindo a ser tratada, nomeadamente, a Reunião Ministerial "Políticas para Mulheres e HIV: Construindo Alianças entre os Países de Língua Portuguesa para o Acesso Universal", a I Reunião de Ministros da Saúde da CPLP e a Reunião da Rede do VIH/SIDA da CPLP;

3. Congratular-se com a disponibilidade da ONUSIDA, Programa Conjunto das Nações Unidas para o combate do VIH/SIDA, para estabelecer uma parceria estratégica valorizando o apoio técnico à CPLP.

Feita em Lisboa, a 24 de Julho de 2008.

Os pareceres dos peritos em VIH e as decisões dos tribunais

Ana Abecasis e Anne-Mieke Vandamme (*)

Nas últimas décadas têm sido vários os casos jurídicos de discriminação relacionada com o estatuto de seropositivo para o VIH e a possibilidade de transmissão do virus.

Nestes casos a opinião dos peritos pode ser extremamente valiosa e, muitas vezes, decisiva. Embora em alguns casos tais pareceres científicos sejam efectivamente solicitados noutros os tribunais têm decidido sem consultar nenhum perito.

O caso da Líbia

Provavelmente, o caso mais famoso em que um tribunal não aceitou a evidência científica e a opinião dos peritos foi o que ocorreu na Líbia, no qual um membro - estrangeiro - da equipe médica de um hospital foi preso durante oito anos acusado de infectar crianças pacientes desse hospital.

Mesmo antes de ser anunciada a sua condenação à morte, foi publicado na *Nature* um estudo (de Oliveira, et al. Nature. 2006; 444:836-7) que demonstrava que as estripes do VIH 1 e do VHC que tinham infectado as crianças já circulavam e eram prevalentes naquele hospital antes da chegada da acusada. No entanto o tribunal ignorou o estudo científico e só em resultado de negociações políticas a acusada foi libertada.

Mas é um facto que casos jurídicos anteriores já tinham demonstrado a importância da evidência científica e da opinião dos peritos. Embora o caso do dentista da Florida tenha sido o primeiro profundamente fundamentado na evidência científica da transmissão, nessa altura o tribunal não considerou os dados apresentados (Ou, et al. Science. 1992; 256:1165). No entanto, as companhias de seguros usaram-nos para acordar, extrajudicialmente, as indemnizações devidas.

O primeiro caso em que um relatório médico científico foi utilizado na justiça foi um caso de violação ocorrido na Suécia (Albert, et al. J Virol. 994; 68:5918-24), tendo o relatório do perito contribuído para a condenação do acusado.

O caso do cozinheiro português

Recentemente, um tribunal português deu razão a um restaurante no despedimento de um cozinheiro VIH+, considerando-o legítimo e justificado porque o estatuto de positivo para o VIH do empregado podia representar um risco para a saúde pública. A opinião dos peritos foi solicitada e, depois, ignorada.

O relatório científico apresentado em tribunal incluía documentação do Centro de Controlo de Doenças dos EUA (US CDC) onde se afirma que *"o VIH 1 pode ser encontrado na saliva, lágrimas e sangue"*, que *"nunca se conseguiu demonstrar que, do contacto com saliva, lágrimas ou suor resultasse a transmissão do VIH"*, que *"quando o sangue ou outros fluidos corporais humanos infectados com o VIH secam, reduz-se o risco teórico de transmissão ambiental ao que tem sido observado - essencialmente zero"* e, especificamente, que *"em indústrias como a da restauração não existe qualquer risco conhecido de transmissão do VIH através de contacto a colegas de trabalho, clientes ou consumidores"* (CDC, 1999 #3). O tribunal decidiu utilizar apenas a parte do relatório que menciona que " o VIH 1 pode ser encontrado na saliva, lágrimas e sangue" ao que juntou a sua própria interpretação. Segundo os argumentos dos juízes "mesmo que a informação (do CDC) refira que nunca alguém foi infectado por um contacto ambiental, esta afirmação não é relevante para a discussão. A questão em análise" segundo o tribunal "não é avaliar o risco conhecido, mas excluir a possibilidade de risco". Estas afirmações, para além de cientificamente erradas e incorrectas, só contribuem para a discriminação dos seropositivos.

A opinião dos peritos foi solicitada e, depois, ignorada

Este caso recente é apenas uma ponta do icebergue uma vez que a maioria dos casos semelhantes ficam por conhecer pois as pessoas dificilmente apresentam queixa contra os seus empregadores. Para evitar decisões jurídicas baseadas em falsas premissas e com impactos negativos na integração das pessoas seropositivas, torna-se necessário criar um procedimento estandardizado a propósito de como devem ser considerados os pareceres dos peritos.

(*) Katholieke Universiteit Leuven Laboratory for Clinical and Epidemiological Virology AIDS Reference Laboratory Rega Institute for Medical Research
Lovaina, Bélgica
Publicado na revista *AIDS Reviews* 2007;9:255-6

Traduzido por Pedro Silvério Marques

Carta aberta do GAT sobre troca de seringas nas prisões em Portugal

Aos dirigentes da Direcção Geral dos Serviços Prisionais, Instituto da Droga e Toxicodependência e CNsida

Caros Dr.ª Maria Clara Albino, Dr. João Goulão e Prof. Henrique Barros

O GAT e os seus associados, que há muitos anos pugnam pela disponibilização da acessibilidade de material de injecção estéril nas prisões portuguesas, estão preocupados com a possibilidade que se conclua, a partir da avaliação do programa experimental, não introduzir um programa nacional.

Porque o programa experimental enferma, na nossa opinião e como publicamente sustentámos, de problemas de concepção e implementação que tornam praticamente impossível a adesão dos que dele deveriam beneficiar.

Reconhecemos que o GAT, organização constituída maioritariamente por pessoas seropositivas, não é imparcial nestas questões. Procuramos, no entanto, ser independentes, rigorosos e basear as nossas reivindicações no conhecimento disponível, para promoção da saúde pública e individual e o respeito dos direitos humanos e individuais.

Defendemos que as decisões políticas e os programas públicos, para que haja boa governação e responsabilização, devem ser decididos, num estado de direito democrático como o nosso, pelos poderes públicos envolvendo os especialistas na área, os executores das decisões e as organizações da sociedade civil, tendo em conta as recomendações, boas práticas e experiências internacionais.

O GAT procurou, desde o início, contribuir no limite dos seus escassos recursos, para que tal se verificasse na elaboração e discussão pública do "Plano de Acção Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional" apresentado em 6 de Agosto de 2006, produzido pelo Grupo de Trabalho nomeado pelo despacho conjunto n.º 72/2006 dos Ministros da Justiça e Saúde em 5 de Janeiro de 2006.

Patrocinámos a Conferência Internacional "Tudo sobre Drogas e Saúde Pública nas Prisões" realizada em Lisboa em 10 e 11 de Maio de 2006 no Instituto de Higiene e Medicina Tropical com intervenções de representantes da OMS, ONUSIDA, OEDT, responsáveis dos programas alemães, suíços e espanhóis e alguns dos melhores especialistas e investigadores portugueses e europeus que elaboraram recomendações e uma declaração entregues ao Grupo de Trabalho.

Aplaudimos publicamente os princípios e objectivos do Plano manifestando desde logo a nossa preocupação pela ausência de um Plano da Acção, alocação de recursos humanos e financeiros específicos para implementá-lo, calendarização insuficiente e monitorização e avaliação sem a sociedade civil e especialistas independentes.

Aproveitamos para exprimir a nossa preocupação por não se terem verificado nem estarem, que saibamos, calendarizadas, quer a vossa recomendada integração dos serviços de saúde prisionais no Serviço Nacional de Saúde quer a aplicação do princípio I do Plano "*Garantir à população reclusa o direito à saúde e o acesso a todas as modalidades de prevenção e tratamento, incluindo as relativas à toxicodependência e às doenças infecciosas, no âmbito do Sistema Nacional de Saúde e de outras estruturas do Ministério da Saúde, em igualdade com os cidadãos em meio livre.*" Na prática apenas em 4 prisões é possível induzir tratamentos de substituição opiácia, ao contrário do que acontece em meio livre.

Sabemos que a troca de seringas é apenas um dos componentes do Plano, que perdemos a oportunidade de o ter quando teria sido mais urgente e útil; nos últimos vinte anos, mas consideramos que continua a ser um direito e necessário para os que (felizmente menos que antes) ainda consomem por via parentérica.

Por isso gostaríamos que analisassem a situação do programa nas prisões espanholas (em anexo) Fonte: Julián Sanz Sanz- *Jefe de Servicio de Drogodependencias Secretaria General de Instituciones Penitenciarias Ministerio del Interior.*

Escolhemos o caso espanhol devido:

- à proximidade geográfica
- à semelhança política, alternância de governos PP/PSOE - PSD/PS
- à semelhança dos padrões epidemiológicos das epidemias de VIH/sida e hepatite C, mesmo na parte da transmissão parentérica e á alta prevalência de consumo de drogas por via injectável
- ao facto de que no início dos anos noventa os indicadores epidemiológicos e a prevalência, incluindo os indicadores de saúde nas prisões serem piores em Espanha
- ao facto de algumas decisões políticas sobre programas de prevenção, tratamento e redução de riscos na área da Saúde

Pública terem sido implementadas em Espanha e faltado em Portugal o que levou, na nossa análise ao facto que hoje a esmagadora maioria dos indicadores em Espanha, incluindo os de saúde nas prisões, serem melhores que os de Portugal.

Chamamos a vossa atenção para o facto de que a disponibilidade das seringas não ter causado quebra de segurança ou incidentes nem ter induzido a procura, os dados mostram a diminuição desejável da procura e a avaliação a diminuição da transmissão em meio prisional.

Desculpando-nos pela extensão da nossa exposição e esperando ainda poder contribuir para a execução do Plano.

Reflexão de um utilizador de drogas, ex - presidiário sobre o estado actual da situação de drogas em Portugal

Nuno Fernandes (*)

Não penso ter contribuído, até à presente data, como gostaria para a resolução dos problemas de várias populações que estão interligadas por um grave problema de saúde, as infecções contraídas no consumo por via injectável de forma errada de substâncias actualmente designadas por drogas ilícitas.

Julgo que estamos todos de acordo num ponto: é uma questão transversal. Alguns dos problemas principais são:

- Têm-se feito coisas sem as conhecer e estudar bem;
- O que uma das partes (os utilizadores) pensava e sabia, não era nunca, até agora, ouvido e os seus representantes nunca eram integrados nos grupos de trabalho e que a representatividade de utilizadores de drogas tem sido nula;
- A prostituição como meio de arranjar dinheiro para o consumo, bem como o contrário, o consumo de drogas para aguentar a prostituição, tem crescido com os problemas que envolve;

Estes problemas não se resolvem só com um programa de troca de seringas, mas com programas elaborados por equipas multidisciplinares, que levem a convencer os decisores políticos que manter as pessoas marginalizadas por consumirem drogas é errado, que permitir opções de vida é justo.

Cerca de 20% da população Europeia já consumi drogas ilícitas e grande parte desta vive marginalizada e não tem meios para de lá sair.

No meio de uma grave e crescente crise social, é preciso não esquecer, os consumos vão aumentar.

O VIH e a Hepatite já não estão na agenda política com a força que deviam, a sociedade em que vivemos tem memória curta e já pouco ou nada se ouve falar sobre a SIDA, principalmente na população mais jovem, porque quem o devia não consegue passar a mensagem.

Eu, que sou um defensor da regulamentação legal das drogas (mas isso é outro assunto), assisto este Verão à chegada em força a Portugal das metanfetaminas, bem como o disparar do consumo de cocaína, para níveis que em mais de 30 anos de lidar com drogas nunca me lembro.

Provavelmente e a curto/médio prazo fará surgir de novo como meio de eleição o consumo por via injectável porque a "pedra" dura muito mais tempo e por isso é preciso que as estruturas de redução de danos tenham programas que sejam eficazes e capazes de responder a estes problemas, ou vamos dentro de anos pagar bem cara a não implementação de politicas correctas no momento apropriado e que se paga caro no futuro.

Ou encaramos este problema com a máxima rapidez, se preciso for indo ao terreno e acabamos com os guetos, ou, como vem acontecendo, amontoando estas pessoas em instituições, a maioria das vezes sem o mínimo de condições e dignidade, que passam a vida institucionalizadas (é que embora veja os governantes do meu País a dizer uma que a institucionalização das pessoas é má, o facto é que no terreno é o que se está a fazer), e diz-me a experiência que as instituições são propícias a um menor cuidado, do pouco já existente, no que diz respeito à redução de riscos, estaremos a potencializar a propagação de todas estas doenças, tal como acontece com as politicas seguidas dentro dos serviços prisionais que têm números assustadores.

A participação activa de utilizadores de drogas (UD), neste tipo de projectos, parece-me que é um passo na direcção da resolução dos problemas, mas para que tal seja possível e que os utilizadores de drogas injectáveis e suas organizações possam dar o seu contributo, é necessário termos actualização, formação em outras áreas e troca de experiências com outras comunidades, termos reconhecimento profissional (não vivemos do ar) tal como acontece todos os anos em alguns eventos, como foi possível em Varsóvia na IHRC (*International Harm Reduction Conference*), ter a comunidade científica e alguns UD a trocarem experiências e conhecimentos, e foi fácil sentir que muita gente olhava os utilizadores de drogas injectáveis como uns estranhos - uns tipos que vamos ouvir falar que estão

infectados com VIH e são/foram consumidores - e no entanto o assunto era como evitar a transmissão VIH/VHC, mas os poucos que lá estávamos contribuímos, criámos a nossa primeira rede *International Network of People Using Drugs* (INPUD), sou um dos fundadores, mas sem suporte financeiro para a participação não é possível um trabalho proveitoso.

Mas vamos ser optimistas e pensar que ainda vamos a tempo de evitar alguns dos danos. Por um presente e futuro melhores.

(*) Presidente do Concelho Fiscal do GAT.

Representante das pessoas que usam drogas no grupo de avaliação do programa de Troca de Seringas e na elaboração do Manual de Boas Práticas

Evolução do programa de troca de seringas nas prisões espanholas

Luís Mendão

Pelo manifesto interesse face à situação nacional transcrevemos alguns dos principais pontos do relatório oficial apresentado por Julián Sanz Sanz, Chefe de Serviço de Dependência de Drogas da Subdirecção Geral de Sanidade Penitenciária, Secretaria-geral de Instituições Penitenciárias Ministério do Interior Espanhol.

Durante o ano de 2007, embora as seringas para o consumo de drogas por via injectada estejam disponíveis em todos os centros penitenciários, só foram distribuídas, através do programa, 13 998 seringas em 31 das 67 prisões que dependem das Administração Central. A redução progressiva da utilização de seringas deve-se, essencialmente, à:

a) redução do consumo de heroína e aumento do consumo de cocaína, em liberdade e nas prisões nos últimos anos;

b) redução do consumo de drogas por via injectada em liberdade e nas prisões.

CONSUMO EM LIBERDADE

Em 2000, 21,9% das pessoas que ingressavam nas prisões tinham consumido drogas por via injectada no último mês antes da entrada na prisão.

Em 2006, 11,7% das pessoas que ingressavam nas prisões tinham consumido droga por via injectada no mês anterior à detenção e 27,5% tinham partilhado seringas.

CONSUMO NAS PRISÕES

Em 2000, 6,5% das pessoas que estavam presas tinham consumido droga por via injectada no último mês.

Em 2006, 1,3% das pessoas que estavam presas, tinham consumido droga por via injectada no último mês. Destas, 34,4% tinham partilhado seringas com outras pessoas.

Não obstante o consumo de droga se ter vindo a reduzir, é imprescindível continuar a disponibilizar seringas estéreis aos reclusos, de forma a evitar a aquisição e transmissão de doenças. Isto porque todos os reclusos têm o direito à saúde em iguais condições que a população em geral. A administração Penitenciária é responsável por proteger a saúde de todos os cidadãos que tem a cargo nos estabelecimentos prisionais e conhece-se que 45% dos consumidores de droga via injectada estão infectados com o VIH e 80% com VHC.

DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS CONSUMOS

O consumo de drogas por via injectada tem grandes variações segundo as zonas do país. O consumo é maior nas prisões da Galiza (A Lama, Teixeiro, ...), Astúrias (Villabona), País Basco (Bilbau, Nanclares, San Sebastián) y Valência.

Nas restantes prisões, o consumo por via injectada é muito reduzido ou inexistente.

Ana Isabel e o Ministro Correia de Campos

entrevista Luís Mendão

Ana Isabel é o seu nome verdadeiro. Faz parte do selecto "clube" das pessoas que, em Portugal, vivem abertamente com infecção VIH. O clube tem menos de 10 membros e, dado o estigma, compreende-se bem porquê.

Apareceu num cartaz com a Arq.ª Helena Roseta, duas mulheres.

A vida não a mimou, nada, mas como muitos de nós, (alguém que estude se quiser, mas é verdade) conserva um brilhozinho nos olhos, um entusiasmo de criança que, incólume, resistiu

à rudeza dos sítios e gentes por onde passou.

Alia o lado infantil à herança duma vida de esquemas e malandragem. Conheci-a há anos quando lutava para recuperar um filho, o último de quatro. Vive com ele, venceu. Tem o choro e o riso fáceis.

A Ana Isabel, quando soube que uns amigos comuns esperavam à demasiado tempo autorização do INFARMED para usarem um medicamento de que precisavam, parou, na João Crisóstomo, o então ministro Correia de Campos para protestar e disse-lhe - Sabe senhor ministro, eu também tenho o vírus e também posso precisar, o meu filho não pode crescer sozinho -. diz-me - sabes Luís ele pareceu-me bom homem, eles lá em cima muitas vezes não sabem o que se passa cá em baixo. A Ana Isabel disse-lhe.

L.M. - Como te chamas e que idade tens?
Ana - Sou a Ana Isabel e tenho 38 anos.
L.M. - És de onde?
Ana - Nasci em Lagos, depois fui para a Angola em pequena com os meus pais e vivi lá até ao 25 de Abril, tivemos que vir embora e fomos para Évora e em Évora vivi até aos meus 17 anos. Aí vim viver com o meu pai em Lisboa, os meus pais separaram-se, davam-se pior que cão e gato. Tenho 3 irmãos. Estive na escola até ao 9º Ano.
L.M. - Quando começaste a usar drogas?
Ana - Comecei a usar drogas aos 11 anos (haxixe), porque eu, drogas pesadas, só comecei a usar pouco antes do meu marido morrer aos 26 anos.
L.M. - Com que idade casaste?
Ana - Com 19 anos.
L.M. - Quantos filhos tens?
Ana - Tenho 4 filhos. Tive o 1º aos 19.
L.M. - Os teus filhos são todos do mesmo pai?
Ana - Não. Os meus 2 primeiros filhos são filhos do mesmo pai. O 3º não é...o último nem nome de pai tem, sei quem é, mas foi um caos e ele não deu sequer o nome.
L.M. - E como foi quando casaste?
Ana - Eu casei, o meu marido era toxicodependente, já tinha cadastro sem eu saber, só que o amor fala mais alto e estive sempre ao lado dele. Ele ia preso e eu ia para casa da minha mãe, ele saía e eu voltava para ao pé dele...sabes que o amor.... O meu marido morreu com SIDA na prisão de Caxias há cerca de 13 anos. Pouco antes da morte dele é que me meti em drogas pesadas. Comecei a consumir coca e só fumada. Fumei coca durante 3 anos. Consumia pouco, fumava cerca de 2 vezes por dia, mas em pouca quantidade....só mesmo para encher a cabeça. Só comecei a consumir mais quando me deixaram sozinha, porque a minha família aturou-me até um certo ponto, o meu tio, por exemplo, ajudou-me imenso até ao dia em que me disse se saíres daqui nunca mais voltas a entrar aqui dentro e foi a melhor coisa que me fez...caí no poço, mas depois também me levantei.
L.M.- Onde é que o teu marido ia comprar a droga?
Ana - Ele ia comprar a droga à Musgueira.
L.M. - Onde arranjava o dinheiro?
Ana - Roubava carros.
L.M.- E quando é que te injectaste pela 1ª vez?
Ana - Foi em 1996 que injectei pela 1ªvez. Saí de um Centro e tive ainda 2 meses sem consumir e depois comecei a prostituir-me, trabalhei como prostituta no Cais do Sodré, não tinha outra opção pois precisava de dinheiro para pagar o quarto e aí comecei a injectar-me...mista sempre mista.
L.M.- E aí onde é que ias comprar a droga?
Ana - Ao Casal Ventoso.
L.M.- E nessa altura estavas sozinha?
Ana - Sozinha sim, eu andava sempre muito sozinha, não era muito de misturas.
L.M.- Partilhavas seringas? Como é que arranjavas as seringas?
Ana - Eu sempre comprei ou troquei seringas (no Casal Ventoso). Nunca partilhei seringas com ninguém. Eu sei como apanhei VIH e infelizmente foi azar. Eu dividi um quarto com uma fulana que era seropositiva e houve uma altura que eu estava a ressacar tanto, tanto, mas tanto que fui para a casa de banho porque estava cheia de cólicas e deixei a minha seringa no quarto e realmente eu estava tão desesperada que não tomei a devida atenção. Cheguei ao quarto e usei a minha seringa e depois no final é que vi que a minha seringa já tinha sangue, já tinha sido usada. E ponho as minhas mãos no lume que foi aí que eu fui contaminada, porque na prostituição eu usava preservativo...eu sabia e estava informada, mesmo quando estava no fundo do poço, mesmo quando andava a arrumar carros as pessoas da farmácia elas conheciam-me e eles davam-me seringas. Estava mais que informada, pois o meu marido morreu de SIDA por partilhar seringas na cadeia.
L.M.- Tu não partilhavas os recipientes?
Ana - Não eu nunca partilhei recipientes. Como já tinha dito eu não gostava de misturas. Geralmente consumia sozinha e quando consumia perto de outras pessoas tinha sempre o meu material.
L.M.- Hepatite C?
Ana - Eu apanhei hepatite C com o meu marido em 1990.
L.M.- E depois ficaste grávida do teu 4º filho. Como é que foi? Quando soubeste que estavas grávida onde é que foste?
Ana - Na altura em que fiquei grávida eu já tinha feito um tratamento com Antaxone e fui às Taipas pedir ajuda e eles recusaram (onde anda o respeito das orientações terapêuticas; nota do entrevistador) depois continuei a consumir e não fui a lado nenhum. Eu só fui para o hospital quando o meu filho nasceu, nem sequer tive consciência desta gravidez, quer dizer sabia que estava grávida mas era como se não estivesse, aconteceu comigo e acontece com qualquer

pessoa que esteja grávida e que esteja na rua, não acredita que está grávida, eu só acreditei quando o meu filho nasceu.

L.M.- Onde é que nasceu o teu filho?

Ana - Nasceu no Hospital de Santa Maria e eu só apanhei o VIH depois do meu filho mais pequeno nascer.

L.M.- E alguma vez tomaste metadona?

Ana - Quando tive o Samuel e depois de mo tirarem é que me encaminharam para as Taipas e aí é que me deram a metadona. Tiraram-me o meu filho quando ele nasceu, mas mesmo assim eu não tive noção. Aliás eu quando tive o meu filho ressaquei o 1º dia e eles deram-me uma injecção que me pôs a dormir durante 2 dias e depois quando acordei estava amarrada e eles deram-me alta e meteram-me à porta do hospital com uma mão à frente e outra atrás...não falei com assistentes sociais, não falei com ninguém. Depois fui logo tirar a ressaca e aí quando tirei a ressaca é que me caiu tudo. Depois fui ver o meu filho ao hospital e aí fui encaminhada para a Dr.ª Ofélia e foi aí que ela me disse que eu tinha VIH e HCV.

L.M.- Aí então é que começaste com o programa da metadona? Quanto tempo estiveste a fazer a metadona?

Ana - Sim. Foi aqui que comecei a fazer metadona e fiz cerca de 6 meses.

L.M.- Em relação ao VIH o que é que tomas?

Ana - Viread e Combivir. Eu não vou morrer de VIH vou morrer é de hepatite C.

L.M.- Em relação á hepatite C como é que tem sido?

Ana - Há cerca de 4 anos fiz tratamento para a hepatite C durante cerca de 1 ano e não deu resultado.

L.M.- Quando é que decidiste e como é que decidiste voltar a ter o teu filho?

Ana - Bem tiram-nos um filho é como se nos tirassem um pouco de nós, por muito que nós vivamos anestesiados mais tarde bate lá e bateu a tempo.

L.M. - E que ajuda é que te deram para além da metadona, deram-te algum tipo de subsídio?

Ana - Deram, deram-me o rendimento mínimo eu depois fui tratar do rendimento mínimo e recebia cerca de cento e tal euros por mês, pagava o quarto e comia e mais nada, até o meu pai me voltar a abrir as portas.

L.M. - Como é que foi para recuperares o teu filho?

Ana - Eu fui à Abraço e eles ajudaram-me, aí tive apoio judicial e segui com o processo para a frente e recuperei o meu filho. O meu filho tinha 2 anos quando eu o consegui recuperar (até aí ele tinha estado sempre na Santa Casa e eu ia vê-lo 1 vez por semana). Eles queriam-mo tirar mas não conseguiram tirar o filho pois existe uma lei em que não podem tirar um filho a uma mãe se ela nunca o abandonou.

L.M. - Quando é que começaste a trabalhar?

Ana - Comecei a trabalhar como empregada da limpeza já há alguns anos.

L.M. - Estás a viver onde?

Ana - Agora tenho a minha casa, uma casa que a Câmara me arranjou e que pago pouco de renda, pago 24 euros. Tenho um palacete na Ameixoeira. Eu gostava de dar uma entrevista na televisão, um dia. Vou dizer-te uma coisa, porque há pessoas que não percebem e tu se calhar percebes! Eu lutei, sofri, senti na pele mas consegui ter uma vida e até hoje nenhuma assistente social me disse: "Sim senhor, esta senhora consegui..." o que é passado é passado! Eu prostituí-me, fui violada, oh pá, e fiz montes de merda na vida, mas também já fui feliz! Eu chego à minha casa, há pequenos pormenores que se calhar... olha, vou-te dar um exemplo. Eu tenho lá uma tacinha, que foi o Dr. Pedro Silvério Marques que me deu, chinesa, e eu gosto mais daquela tacinha do que se me dessem um carro hoje! Porque o modo com que ele me deu aquilo...! E como o... que as pessoas me dão. E eu acho que o mais importante na vida é as pessoas serem felizes, seja com hepatite ou com o VIH, porque a descriminação sempre existiu, Luís, não é agora que vai acabar! Por muito que a gente lute, não vai acabar. Nós é que temos que saber dar a volta à situação. Porque é assim, eu sei que vou morrer! Eu sei o que tenho! Não deixo... desculpa-me... tenho o direito de ser feliz!

L.M. - Olha-se para ti e não se vêem sinais de doença.

Ana - 'Tà bem não vê! É assim, não vê porque eu luto contra ela! Eu levanto-me de manhã, agora tenho uma boa alimentação! Eu, se for preciso, ando a pé! Este vírus tem de se lutar contra ele também! Porque se tu tiveres em baixo... Eu tenho o Samuel que precisa de mim! Os amigos sou eu que escolho e é assim que eu vou continuar a minha vida, Luís. É que é tudo um bocado estúpido, isto do VIH e da Sida...

L.M. - Tem de se aprender a viver com ela?

Ana - Nós que temos esse problema não podemos ter só medo. Temos de tentar. Porque ás vezes as pessoas olham para mim e dizem assim: "Coitadinha. Como é que uma pessoa como tu, que não tem carro, (...) tu vais para aqui, vais para ali, Eu não consigo fazer isso." E eu digo assim: " Minha linda, se tu soubesses os problemas que eu tenho..." Porque elas vão pelo aspecto, vão por isto, vão por aquilo, às vezes fico triste, fico danada com este país,

L.M. - Tomas os teus comprimidos a horas e como deve de ser, sempre?

Ana - Tomo, tomo. Agora tomo.

L.M. - Muito bem.

Ana - Houve uma altura em que me esquecia porque andava muito despassarada, mas agora 'tá tudo em ordem.

L.M. - Entretanto...

Ana - Entretanto eu fui operada duas vezes, tive montes de tempo sem tomar medicação, (...)

L.M. - Muito bem.

Ana - Agora a hepatite C é que pronto... não há nada a fazer... (...)

L.M. - Mas a hepatite C tem coisas novas a chegar. E a vida sentimental?

Ana - Ah isso não! Opa! (...) 'Tou apaixonada.
L.M. - Sim?
Ana - 'Tou apaixonada por mim! Mas posso viver uma situação muito boa com outra pessoa.
L.M. - Nem tens estado isolada? Tens encontrado alguém de vez em quando?
Ana - Achas que eu estou isolada? Eu tenho é o meu espaço! Eu gosto de ter é o meu espaço! Luís vou-te explicar. A minha vida profissional é uma coisa, a minha vida sentimental é outra e a minha vida familiar é outra. Não misturo. Não levo problemas para o trabalho, não... acabou. Chegou aquilo tudo, o meu passado para dentro dum saco e fora! O que vai já lá vai.
L.M. - Gostavas de constituir uma família?
Ana - Não. Já não tenho tempo para isso.
L.M. - Estamos no tempo das mulheres independentes.

Associação de Reintegração dos Jovens/Crianças na Vida Social

SCARJOV

Objectivos Gerais e Aspirações

1. Capacitar os jovens para um desenvolvimento efectivo e habilidoso sobre administração de conflito.
2. Promover a educação sobre VIH/Sida no contexto dos direitos humanos, com vista a proteger os direitos da criança em particular.
3. Considerar o género como parte integrante na prevenção e administração de conflitos baseada na comunidade.

Projectos

Encorajar troca de informação e experiência através de formação de formadores, pesquisa, lobby e advocacia. (criação do centro de informação).

Contactos:
Morada: Rua Camama Viana, Casa S/n R/C, Bairro da Paz, P.O Box 3085, Luanda - Angola • Telefone +244 912 3685 35 ou +244 927 7132 89 • E-mail scarjov4@yahoo.com cacumba2@yahoo.com

Positivo

- A iniciativa do Dr. Jorge Sampaio de realização de um Fórum da Sociedade Civil para as Questões de Saúde durante VII Conferência de Chefes de Estado e de Governo da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa.
- O apelo a acção aprovado pelas OSC e apresentadas àquela Conferência

Período de janela

- A criação por iniciativa das OSC da Rede para as Questões da Saúde da CPLP.
- Os avanços para acabar com a proibição de entrada nos EUA das pessoas seropositivas.

Negativo

- A inédita recusa do Alto Comissariado para a Saúde em apoiar a participação das ONG na XVII Conferência Mundial sobre SIDA, pese embora este financiamento estar de acordo com os objectivos inscritos no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/sida 2007-2010.
- O fim da protecção e defesa da confidencialidade dos dados de saúde que se verifica em muitos hospitais com "novos" sistemas informáticos que permitem o acesso por parte de qualquer pessoa aos resultados das sorologias e análise das populações linfócitárias.
- A falta de um balanço dos três anos de actividade do coordenador da CNVIH/SIDA e de uma consulta alargada à comunidade sobre condições a assegurar no próximo mandato.

Orientações terapêuticas nacionais - revisão urgente precisa-se

Pedro Silvério Marques

REVISÃO URGENTE PRECISA-SE

Antecedendo a realização da XVII Conferência Mundial, a *International AIDS Society - USA* divulgou as suas novas orientações terapêuticas, que foram publicadas na edição de 6 de Agosto do *Journal of the American Medical Association*.

Fundamentadas no conhecimento da acção patogénica resultante da infecção pelo VIH e na melhor evidência actual com vista a um tratamento individualizado, as novas orientações foram desenvolvidas por um painel de 15 peritos recrutados em seis países diferentes.

Máxima supressão viral com mínima toxicidade e máxima simplicidade

Actualizando a versão anterior - de 2006 - as novas orientações, para além de revelarem um muito melhor conhecimento da patologia da infecção, incluem os três novos medicamentos introduzidos no mercado americano - o maraviroc, dirigido aos co-receptores CCR5, o raltegravir, o primeiro inibidor da integrase e a etravirina, um inibidor da transcriptase reversa não nucleósido (ITRNN) de segunda geração com clara actividade contra vírus resistentes aos ITRNN já existentes.

As novas orientações terapêuticas apresentam algumas diferenças em relação às da *European AIDS Clinical Society*, publicadas em Outubro passado, e voltam a reforçar três aspectos decisivos na alteração do paradigma terapêutico que ainda é seguido nas orientações portuguesas:

- Quando começar
- Objectivo de qualquer regime terapêutico
- Optimização da utilização dos novos medicamentos

Quando começar

Em linha com as orientações europeias, é fortemente recomendado que a terapêutica seja mais agressiva e comece mais cedo, sem se aguardar que os CD4 desçam abaixo dos 350/mm³ e eliminando o anterior tecto à terapêutica dos 500 CD4/mm³.

Mantendo embora a relação entre a decisão de iniciar a terapêutica, com CD4 acima dos 350/mm³, e os indicadores de progressão da infecção - alta carga viral (> 100 000 cópias/ml) e rápido decréscimo dos CD4 (> 100 células/mm³ por ano) - a recomendação incluí agora também o risco cardiovascular, a co-infecção com os virus da hepatite B ou C e as nefropatias associadas ao VIH como indicadores da necessidade de iniciar o tratamento.

Parece bem claro que as novas *guidelines* vão aumentar de forma significativa o número de pessoas elegíveis e que vão beneficiar com o início precoce do tratamento

Objectivo de qualquer regime terapêutico

Uma das alterações mais significativas em relação às recomendações anteriores tem a ver com a ênfase colocada na completa supressão virológica - carga viral abaixo do nível de detecção (50 cópias/mm³) - mesmo em doentes com um longo historial terapêutico.

É hoje bastante claro - depois dos estudos SMART - que os regimes terapêuticos que não suprimem completamente a carga viral estão associados a um conjunto de patologias, que não eram tradicionalmente associadas ao VIH e à progressão da infecção, com uma maior morbilidade e mortalidade.

COMPLETA SUPRESSÃO VIROLÓGICA

Daí a necessidade de individualizar os regimes terapêuticos, mesmo os regimes iniciais, e de os adaptar em particular nos casos de pessoas com outras comorbilidades - cardiovasculares, a tuberculose, hepatite B ou C e nefropatias, nomeadamente.

Não é de modo algum suficiente seguir uma das combinações terapêuticas indicadas. Os médicos têm de avaliar não apenas o estadio da infecção pelo VIH, mas todo o estado geral de saúde da pessoa de modo a poderem, efectivamente, adaptar e seleccionar para cada uma o regime com maior potencial de alcançar uma carga viral indetectável.

Optimização da utilização dos (novos) medicamentos

A optimização da utilização dos medicamentos existentes, antigos e novos, tem sempre de ser entendida em termos do máximo benefício para o doente e esse benefício máximo só se consegue com a completa supressão da carga viral.

Determinar o perfil de resistências antes de iniciar qualquer tratamento

Como parte da avaliação do estado basal deve sempre ser efectuado um teste de resistências.

Reconhecendo o papel significati-

vo que o raltegravir tem no tratamento quer das pessoas sem prévia experiência terapêutica quer das que apresentam múltiplas resistências as novas *Guidelines* discutem extensamente o uso deste medicamento bem como do maraviroc e da etravirina.

"O desenho individualizado dos regimes terapêuticos promove a adesão e minimiza a probabilidade de aparecimento de resistências"

E POR CÁ?

Voltaremos num próximo número a comentar mais em detalhe estas orientações terapêuticas. Queremos no entanto relembrar o que escrevemos e publicámos no Acção & Tratamentos de Janeiro/Fevereiro 2008, referente à necessidade de revisão urgente das Recomendações Terapêuticas Portuguesas.

"... *parece não ser já admissível manter, para o intervalo 250 a 350, um grau de liberdade de decisão (ou de indecisão) sobre o início do tratamento, baseado nos valores absolutos da carga viral, na sua não variação e na eventual estabilidade imunológica. Outra das diferenças significativas relaciona-se com o objectivo do tratamento anti-retroviral.*

... o objectivo de qualquer terapêutica, ...deve ser a "supressão" da carga viral, ou seja, chegar a valores indetectáveis de carga viral. As consequências são significativas.

... pressupõe a utilização dos novos medicamentos e classes de medicamentos disponíveis (inibidores da integrase e do CCR5).

... Esperamos que as recomendações nacionais sejam rapidamente actualizadas, de modo que as deficiências assinaladas sejam corrigidas para que possam servir, de facto, para melhorar a prescrição de ARV em Portugal, igualando-a aos padrões europeus."

Fontes:
Medscape Today
http://www.medscape.com/viewarticle/578530
AIDS 2008: XVII International AIDS Conference. Antiretroviral Treatment of Adult HIV Infection, 2008 Recommendations of the International AIDS Society-USA Panel. 3 de Agosto de 2008. JAMA. 2008;300:555-570. [EATG-digest] Digest #132-2008

O raltegravir - primeiro inibidor da integrase

O Raltegravir é o primeiro inibidor da integrase - uma das enzimas necessárias para o virus se multiplicar nas células - a chegar ao mercado.

O Raltegravir, que é comercializado com a designação de Isentress® demonstrou, em estudos clínicos, reduzir o vírus a níveis indetectáveis em 90 por cento dos casos ao fim de 48 semanas e parece ter poucos efeitos tóxicos.

Com administração duas vezes por dia, em combinação com outros fármacos, como acontece com os restantes anti-retrovirais, o Isentress® apresenta grande potencial, pela sua eficácia e reduzida toxicidade embora, com um custo mensal por doente de 850 euros, venha elevar significativamente os custos das terapêuticas.

Embora com AIM da EMEA desde finais de Dezembro de 2007, o INFARMED só autorizou este novo medicamento em Portugal em 23 de Julho do corrente ano - 2008 - e, de facto, o medicamento só agora começará a poder ser disponibilizado entre nós nas farmácias dos hospitais.

Adaptado por Pedro Silvério Marques

O maraviroc - primeiro inibidor do CCR5

O Maraviroc foi o primeiro de uma nova classe de fármacos contra o VIH designada por antagonistas das citoquinas, inibidores de entrada ou inibidores do CCR5 (um dos receptores que o virus usa para entrar nas células CD4). Os inibidores do CCR5 tornam impossível a ligação do VIH a estas células o que implica menor capacidade do VIH para as infectar. Não é efectivo, no entanto, em relação ao receptor CXCR4.

O VIH pode apresentar tropismo para os receptores CCR5, CXCR4 ou para ambos (tropismo duplo).

Para além de diferentes tropismos genéticos que podem provocar a predominância de um ou outro tropismo (CCR5 ou CXCR4), aparentemente, os vírus que apenas usam o receptor CCR5 são a população dominante nas primeiras fases da doença.

Com a progressão da infecção e à medida que o número de células CD4 diminui, a população de VIH começa a usar tanto o receptor CCR5 como o CXCR4.

Quanto maior o declínio das células CD4, maior a predominância de vírus com tropismo predominante para o receptor CXCR4. Sendo um medicamento só prescrito a doentes com experiência de tratamento é necessário salvaguardar que apenas estão infectados com vírus com tropismo para o CCR5.

O Maraviroc, cujo nome comercial é Celsentri®, recebeu a aprovação científica da EMEA em Julho de 2007 e a respectiva AIM em Setembro do mesmo ano.

Em Portugal, no entanto, a sua comercialização ainda não está autorizada.

Adaptado por Pedro Silvério Marques

Etravirina - um novo inibidor da transcriptase reversa não nucleósido

De acordo com um estudo realizado no Reino Unido e publicado na 11ª edição de Maio do *AIDS*, a maioria dos doentes com resistência aos ITRNN (inibidores da transcriptase reversa não-nucleósidos) existentes irão beneficiar do tratamento com etravirina (Intelence®), um novo medicamento com uma elevada barreira genética ao desenvolvimento de resistências (*).

Os investigadores acreditam que "a próxima geração de ITRNN, incluindo a etravirina, irão ter um papel importante na sequência de combinações no tratamento dos doentes infectados pelo VIH e dos que se infectem com uma estirpe de vírus resistente aos ITRNN actuais."

Os ITRNN são recomendados para pessoas que iniciam pela primeira vez o tratamento contra o VIH. Têm um efeito potente, duradouro e provocam poucos efeitos adversos. Mas o VIH pode desenvolver um alto nível de resistências cruzadas para os dois ITRNN licenciados (efavirenze, Stocrin® e nevirapina, Viramune®) após o aparecimento de uma única mutação de resistência a estes fármacos.

Nos ensaios clínicos DUET demonstrou-se que a etravirina é eficaz contra o VIH resistente ao efavirenze e à nevirapina. Os resultados do estudo sugerem, no entanto, que quanto maior é o número de mutações resistentes aos ITRNN menor é a resposta à etravirina.

Para ver qual a utilidade da etravirina na prática clínica, os investigadores do Hospital *Chelsea e Westminster* de Londres conduziram uma análise retrospectiva do número e do tipo de mutações resistentes em doentes que tiveram um aumento na carga viral para níveis detectáveis durante o tratamento com efavirenze ou nevirapina.

Foi possível analisar informação relativa a 743 doentes. Os investigadores descobriram que 39% tinham uma mutação de resistência aos ITRNN; 32% tinham duas mutações; 20% tinha três mutações; 7% tinham quatro mutações e 3% tinham cinco ou mais mutações que conferiam resistência aos medicamentos desta classe.

A prevalência das mutações que conferiam resistência à etravirina era a seguinte: 27% zero mutações; 43% uma mutação; 20% duas mutações e 11% três ou mais mutações. As mutações mais comuns observadas que conferiam resistência à etravirina foram a V901, Y181C e G190A.

Os investigadores calcularam que 89% dos doentes que apresentavam resistência aos ITRNN após o tratamento com nevirapina seriam susceptíveis ao tratamento com etravirina. Dos doentes tratados com efavirenze com resistência aos ITRNN, foi calculado que 91% beneficiaria do tratamento com etravirina.

"Prevemos que a maioria dos nossos doentes será susceptível à etravirina após ter adquirido resistência aos ITRNN durante o tratamento com efavirenze ou nevirapina" concluem os investigadores.

Traduzido e adaptado por Pedro Silvério Marques

Referências

Scott C. et al. Is there a role for etravirina in patients with nonnucleoside reverse transcriptase inhibitor resistance?
AIDS 22:989-992, 2008

(*) A etravirina obteve a AIM nos Estados Unidos em Janeiro de 2008 mas só está disponível na União Europeia em regime experimental.

Proteger sem estigmatizar

TB/VIH - 10 Acções essenciais para um controlo efectivo da infecção pela Tuberculose (*)

1. Incluir os doentes e a comunidade nas campanhas de advocacia

A comunidade deve estar bem informada sobre a infecção, a prevenção e o controlo da Tuberculose (TB).

Os doentes devem compreender que é uma mais valia saber o seu estatuto serológico para o VIH, de forma a poderem ser elegíveis para a terapêutica preventiva com isoniazida e terem direito ao acesso rápido do diagnóstico e do tratamento para a tuberculose.

Devem estar informados que a TB é transmissível através da tosse e devem esperar que nos serviços de saúde e nos locais de atendimento lhes seja solicitado para taparem a boca quando tossirem.

Devem perceber que o pessoal técnico de saúde poderá, por vezes, usar protecção respiratória ou lhes seja solicitado que usem uma máscara para proteger os outros.

A protecção sem estigmatização deverá ser o objectivo - o pedido de utilização para utilizar uma máscara ou que a amostra de expectoração seja recolhida noutro local ou numa sala bem ventilada não deve ser estigmatizante, pois estes cuidados permitem tornar o espaço seguro para todos.

A segurança dos doentes e dos técnicos de saúde deverá incluir cuidados nas comunidades de forma a evitar internamentos desnecessários nas instalações de saúde. As campanhas de informação, educação e comunicação (IEC) devem incluir temas como "A nossa comunidade está segura em relação à infecção pela TB" ou "Os nossos centros de saúde estão a travar a transmissão da TB" .

2. Desenvolver um plano de controlo da infecção

Todos os centros e instalações de saúde deverão ter um plano de controlo da infecção e uma pessoa ou equipa responsável por este.

O plano tem de identificar as áreas de elevado risco para a transmissão da TB e disponibilizar informação e dados sobre TB e VIH aos técnicos de saúde e os doentes. O plano deve enunciar recomendações sobre áreas específicas de controlo da infecção para os centros de saúde, incluindo os laboratórios que devem ter procedimentos normalizados e específicos de segurança.

3. Assegurar a recolha de amostras suficientes de expectoração

A recolha e a análise da amostra de expectoração são uma parte essencial do diagnóstico da TB. A recolha da amostra pode ser potencialmente perigosa para os técnicos de saúde e outros doentes - os técnicos devem explicar aos doentes que proteger sem estigmatizar é um objectivo para o bom controlo da TB e, por isso, a recolha deverá, sempre que possível, ser realizada fora das instalações ou, se necessário, em salas cuja ventilação seja adequada.

4. Divulgar formas higiénicas de tossir

Todas as instalações de atendimento ao público devem ter exposto um poster sobre o controlo da infecção pela TB e a forma mais correcta de tossir. Os doentes devem ser instruídos para, ao tossir, cobrir a boca e o nariz com as mãos, lenços de pano, panos limpos, lenços de papel ou máscaras. Todos os técnicos de saúde e funcionários são responsáveis pela segurança e devem trabalhar em conjunto para ajudar os doentes a incluir estas práticas no seu quotidiano.

5. Os doentes suspeitos de estar infectados devem ser triados para um atendimento mais rápido ou serem separados dos outros doentes

À chegada, todos os doentes devem ser observados e inquiridos sobre tosse crónica (i.e.> 2-3 semanas), febre, perda de peso, suores nocturnos, hemoptises ou se tiveram contacto com uma pessoa com infectada. Os técnicos de saúde devem explicar a todos os visitantes que proteger sem estigmatizar é um objectivo e que este tipo de escrutínio faz parte da qualidade dos cuidados de saúde.

Os doentes devem compreender que é importante saber o seu estado serológico para o VIH, que poderão ser elegíveis para o Tratamento Preventivo com Isoniazida (TPI) e assim, obter um acesso rápido ao diagnóstico e tratamento da TB.

(*) Estas dez acções essenciais são baseadas na actual política da OMS e divulgadas para ajudar a implementação de intervenções de controlo da Infecção enquanto se aguarda a revisão de políticas da OMS sobre o controlo da infecção pela tuberculose no final de 2008. Mais informações através dos sites: http://www.who.int/tb/en/ • http://www.who.int/topics/hiv_aids/en/ • http://www.stoptb.org/wg/tb_hiv/tbics.asp

As pessoas suspeitas de estarem infectadas com TB devem ser encaminhadas, o mais rápido possível, para o diagnóstico e os cuidados de saúde e, enquanto esperam pelo atendimento, devem fazê-lo ao pé de uma janela aberta ou em outra sala (ao ar livre, caso seja possível).

Os modelos de tratamento efectuados na comunidade devem ser encorajados, quando tal for realizável. Onde houver locais de atendimento para doentes, as pessoas de que se suspeita terem TB, devem ser dirigidas para uma sala separada ou para uma área ao ar livre. Os doentes que são ou que se suspeita serem resistentes ao tratamento devem ser separados dos doentes em geral e daqueles que possam estar infectados.

6. Assegurar um diagnóstico e um início de tratamento rápidos

Os doentes suspeitos de estarem infectados pela TB devem ser atendidos em primeiro lugar em todos os serviços e devem ser rapidamente avaliados para confirmação ou não das suspeitas.

A recolha da expectoração deve ser efectuada longe das outras pessoas. O material recolhido é enviado para um laboratório a fim de ser testado e efectuar culturas quando possível. O período de tempo entre a recolha e a realização do teste AFB (*Acid Fast Bacillus*) não deve exceder as 24 horas.

Um sistema de monitorização deve assegurar que às pessoas suspeitas da infecção que são AFB negativas sejam efectuados procedimentos adicionais (como por exemplo, raio X ao tórax e restrição do número de visitantes) ou que sejam tratadas o mais rapidamente possível.

Quando um diagnóstico é positivo deve iniciar-se imediatamente a toma assistida da terapêutica e tem de ser elaborado um plano de forma a assegurar a adesão ao tratamento. Todas as pessoas positivas para o VIH que não são suspeitas de terem TB, são elegíveis para iniciar o TPI.

7. Melhorar a ventilação das salas de espera

As áreas onde os doentes estão à espera de ser atendidos devem ter portas e janelas abertas e ser bem ventiladas, devendo permanecer abertas, quando possível, de forma a maximizar a ventilação cruzada. Ventoinhas, em locais apropriados, podem ajudar na ventilação. Caso o tempo permita, espaços abertos apenas com telhado para proteger do sol e da chuva podem servir de abrigo.

Os doentes não devem esperar pelo atendimento em corredores apertados e pouco ventilados. Os hospitais, onde os doentes infectados por TB resistente são tratados, devem providenciar alas ou quartos separados, de preferência com boa ventilação. Novos edifícios ou renovações de espaços devem considerar o controlo para a infecção da TB como parte integral dos planos de construção ou renovação.

8. Proteger os técnicos de saúde

Os técnicos de saúde devem saber identificar os sintomas da TB e fazer uma avaliação do seu estado de saúde que inclua a despistagem para a TB e VIH, pelo menos, uma vez por ano.

Todos os técnicos de saúde são encorajados a saber o seu estado serológico para o VIH e, àqueles que são seropositivos, deve ser dada a oportunidade de minimizar a exposição às pessoas infectadas e, terem também, a oportunidade de mudar de serviço.

Os técnicos com VIH devem ser monitorizados para a terapêutica preventiva com isoniazida como parte dos cuidados básicos de tratamento para o VIH. Os que trabalham em locais de elevado risco de transmissão de TB (por exemplo, salas de broncoscopia) devem utilizar protecção respiratória apropriada.

9. Aumentar o conhecimento

Deve ser integrada nos currículos de formação mais alargada realizada nos hospitais e em outras instalações, formação específica sobre práticas de controlo da infecção pela TB (treinos sobre como lavar as mãos, outras infecções respiratórias e doenças transmissíveis pelo sangue de mãe-filho).

Em locais onde aquela formação é inexistente, devem ser desenvolvidas acções de formação sobre práticas de controlo da transmissão da infecção por via aérea. Estas práticas de controlo da infecção requerem uma abordagem múltipla e todos os técnicos de saúde devem receber treino e ser envolvidos na melhoria das condições de segurança, tanto dos doentes como suas.

10. Monitorizar as práticas de controlo da infecção

A supervisão das práticas de controlo da infecção deve fazer parte de todas as visitas de supervisão. Devem incluir uma visita aos locais para observar se o Plano de Controlo da Infecção está a ser implementado e se todas as medidas necessárias para o seu desenvolvimento estão disponíveis. No mínimo, os locais deverão ter um plano de controlo da infecção.

Sempre que for possível, a monitorização anual de casos de TB, entre os técnicos de saúde, pode contribuir para a informação sobre a transmissão da infecção nos locais de trabalho. A vigilância da TB entre os técnicos de saúde é outra forma de avaliação. Medidas adicionais incluem a observação de ficheiros clínicos de alguns doentes infectados para verificar os intervalos de tempo entre:

- a admissão e a suspeita da infecção,
- a suspeita e o pedido de recolha de uma amostra,
- o pedido de recolha e a sua realização,

- a recolha da amostra e a realização dos testes,
- a realização dos testes e a obtenção dos resultados,
- a obtenção dos resultados e o início do tratamento.

Devem ainda entrevistas com os doentes de forma a esclarecer dúvidas quanto ao controlo da doença, segurança e a estigmatização.

Adaptado por Ana Pisco e Rosa Freitas

Declaração de Cambridge sobre a realização de ensaios clínicos em casos de tuberculose resistente aos medicamentos (MDR)

De 10 a 12 de Junho de 2008, membros das comunidades afectadas, ONGs, governos, doadores, indústria e académicos reuniram-se(*) em Cambridge, Massachusetts, E.U.A. e anunciaram a constituição de um movimento que irá:

- Conduzir ensaios clínicos prioritários que testem estratégias em adultos e crianças de forma a:
  - Diminuir a duração do tratamento e que melhorem a eficácia do tratamento para a tuberculose MDR
  - Prevenir a tuberculose MDR
- Mobilizar os recursos necessários para os ensaios clínicos.
- Desenvolver os locais de ensaios clínicos.
- Reportar às partes interessadas os progressos efectuados/alcançados.
- Assegurar que estes esforços complementam os de outros grupos e abordam as necessidades não satisfeitas acima indicadas.

Na reunião foi aprovada a seguinte Declaração.

Porque:

- Milhões de pessoas vivem actualmente, com tuberculose MDR.
- Este tipo de tuberculose é transmissível, mortal e representa uma emergência de saúde pública.
- O acesso universal ao tratamento eficaz é inatingível com os instrumentos actualmente disponíveis.
- O tratamento inadequado da tuberculose MDR conduz ao aparecimento de estirpes extremamente resistentes (XDR).
- Existem enormes lacunas na nossa compreensão e conhecimento sobre a melhor forma de tratar a tuberculose MDR.

Expressamos a nossa preocupação pelo facto dos melhores tratamentos disponíveis terem uma eficácia muito limitada e estarem disponíveis apenas para uma pequena percentagem das pessoas que deles necessitam. A maioria dos restantes morre sem tratamento ou com tratamento inadequado.

Cambridge, Massachusetts, E.U.A.
12 de Junho de 2008
Subscrevem 64 ONG
Para mais informações, subscrever ou fazer parte do grupo de redacção dos protocolos, contactar drtbworkshop@gmail.com

GLOSSÁRIO

Inibidor CCR5: um novo tipo de medicamentos que, ao bloquear o co-receptor CCR5 do VIH, impede este de se unir às células CD4 humanas. Os medicamentos desta classe são o maraviroc (Celsentri®) comercializado pela empresa farmacêutica Pfizer e o vicriviroc ainda em desenvolvimento pela Schering.

ITRNN: Iniciais de "Inibidores da Transcriptase Reversa Não-Nucleósidos". Classe de medicamentos que inclui a nevirapina, o efavirenze, a delavirdina (não comercializado na Europa) e o TMC125/ etravirina.

Inibidores da Integrase: Nova classe de medicamentos anti-retrovirais que impedem a inserção do ADN viral do VIH no ADN humano. Representam um novo mecanismo de acção, que reduz a capacidade do VIH de se replicar e infectar novas células. Estão nesta classe o raltegravir (Isentress®) comercializado pela empresa farmacêutica Merck Sharp & Dôme e o eltegravir, medicamento em fase III da Gilead.

Secreções BAAR negativas: secreções em que não se encontram bacilos ácidos álcool resistentes ou bacilo de Koch.

Broncoscopia: é um exame visual

(*) *Workshop* patrocinado por: *Boston University School of Public Health, International Union against TB &Lung Disease, KNCV Tuberculosis Foundation, Médecins sans Frontières, Partners in Health/Harvard Medical School, Potts Memorial Foundation, STOP-TB Partnership/World Health Organization, Treatment Action Group.*

directo da cavidade dos órgãos da fonação (laringe) e das vias aéreas através de um tubo de observação de fibra óptica (um broncoscópio).

Antaxone: medicamento usado no tratamento da dependência aos opiáceos e como adjuvante na prevenção de recaídas de alcoólicos tratados.

Co-morbilidade: doenças associadas a uma determinada infecção principal, no caso do VIH as infecções oportunistas e outras patologias não infecciosas.

Hemoptise: expectoração de sangue proveniente de hemorragia nos órgãos respiratórios.

Nefropatia: Lesão ou doença do rim. São muitas as doenças ou medicações que causam lesões ou doenças renais.

Supressão Virológica Sustentada: é alcançada quanto o doente apresenta medidas sucessivas de carga viral indetectável, isto é com níveis de ARN VIH-1 abaixo das 50 cópias/ml.

Terapêutica preventiva com isoniazida: (TPI) previne a TB activa nas pessoas em risco que vivem com o VIH.

Tuberculose multi-resistente (TB-MDR): Forma de tuberculose em que a estirpe do bacilo *Mycobacterium tuberculosis* é resistente a algumas das drogas de primeira linha (isoniazida e rifampicina) usadas para o tratamento da doença.

Tuberculose Extensivamente Resistente (TB-XDR): é a tuberculose que além de ser TB-MDR é resistente a qualquer das fluoroquinolonas e, pelo menos, a uma das três drogas injectáveis de segunda linha (capreomicina, canamicina, e amicacina).

Onusino: de acordo com os critérios usados pela Organização das Nações Unidas (ONU).

Tropismo genético: característica genética dos vírus VIH que determina que, quando se ligam às células CD4 para transferirem o seu material genético e se replicarem, uns utilizem, para além do receptor comum dos CD4, o co-receptor CCR5 e outros o CXCR4.

Calendário

Setembro

11/14 - Reunião do ECAB
Bruxelas, Bélgica

15 - Australasian Sexual Health Conference 2008
Perth, Autrália

17 - 20th Australasian Society for HIV Medicine (ASHM) Conference
Perth, Austrália

20 - Reunião GAT/MERCK sobre terapêuticas e medicamentos
Lisboa, Portugal

22 - First Annual Science Symposium on HIV/AIDS
Chennai, Índia

Outubro

08/11 -
- IX Congresso Nacional de Doenças Infecciosas/Microbiologia Clínica
- 7º Congresso Nacional sobre a SIDA
- XII Congresso Português de Parasitologia
Vilamoura, Portugal

13 - AIDS Vaccine 2008
Cidade do Cabo, África do Sul

16 - World HIV/AIDS Conference
Joanesburgo, África do Sul

20 - 6th Australasian Viral Hepatitis Conference
Brisbane, Austrália

22 - Gay and Lesbian Medical Association Annual Conference
Seattle, Washington

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 Cobro
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
Telef: 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.

GAT
Acção & Tratamentos

Nome

Morada

Código Postal ☐☐☐☐ - ☐☐☐

Telefone (opcional)

Se desejar receber em envelope confidencial, assinale com uma cruz ☐

O SITE DO GAT

http://www.gatportugal.org