a&t

Ação & Tratamentos

VIH/SIDA

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA Nº31

2ª Conferência sobre a infeção VIH em grupos de difícil acesso

nomeadamente homens que têm sexo com homens
e trabalhadores do sexo

Índice

PAG. 4 Painel I: Apresentação dos resultados do projeto PREVIH (2009-2013)

PAG. 7 Sessão I: Vigilância epidemiológica do VIH/IST em populações vulneráveis: A perspetiva europeia

PAG. 8 Painel II: Recomendações e políticas em vigilância epidemiológica, prevenção eficaz, diagnóstico precoce e referenciação em populações vulneráveis

PAG. 8 Sessão II: "Sistemas de notificação e vigilância epidemiológica de grupos sentinela para o VIH, IST e hepatites – Desafios e oportunidades para prevenir e controlar epidemias"

PAG. 9 Painel III: Investigação Internacional: Métodos de investigação, desafios e resultados

PAG. 10 Sessão III: Plano Nacional de Saúde: objetivos e compromissos do Plano para a vigilância epidemiológica e rastreio precoce em populações vulneráveis

PAG. 10 Painel IV: Definição de políticas para a infeção VIH/sida, IST e hepatites: acesso à prevenção, diagnóstico precoce, referenciação para trabalhadores do sexo e migrantes

PAG. 11 Sessão IV: Contrato de trabalho prostitucional e direito do trabalho

PAG. 12 Painel V: Abordagem sobre direitos laborais na área do trabalho sexual e infeção pelo VIH: Envolvimento comunitário para garantir os direitos, prevenir e eliminar a violência e promover a igualdade de acesso

PAG. 15 Sessão Satélite: Cultura, Sexo e Trabalho Sexual: migrantes e trabalhadores do sexo

PAG. 16 Sessão V: Coorte CheckpointLX e Relatório Nacional do EMIS

PAG. 17 Sessão Plenária: Apresentação de posters, VIH/ saúde em populações vulneráveis, HSH e TS

Editorial

2ª Conferência sobre a infeção VIH em grupos de difícil acesso

A 2ª Conferência sobre infeção VIH em grupos de difícil acesso, nomeadamente homens que têm sexo com homens e trabalhadores do sexo, conseguiu reunir um conjunto impressionante de instituições nacionais e europeias, organizações de base comunitária, organizações não-governamentais, decisores políticos, investigadores e elementos das comunidades, que reconhecem o caráter inovador e a qualidade do projeto PREVIH que, em algumas das suas vertentes, será usado como modelo para projetos internacionais e intervenções em países europeus.

Investiu na vinda de grandes especialistas da epidemiologia, vigilância epidemiológica do ECDC, OMS e instituições de investigação europeias, e evidenciou ainda as recomendações de saúde pública europeias para as políticas de prevenção, diagnóstico precoce, *linkage to care* para HSH, que reafirmam a necessidade de políticas baseadas no conhecimento alicerçadas na promoção dos direitos humanos, e que procurem eliminar todas as formas de discriminação e estigmatização incluindo homofobia e transfobia.

Há um grande consenso internacional que esperamos que se traduza também em Portugal, em que o controlo da infeção VIH, a promoção da saúde sexual da população LGBT e a legalização do trabalho sexual são prioridades inquestionáveis.

Os dados apresentados e as recomendações internacionais apontam para a necessidade de, para além do teste VIH, se oferecer o rastreio e aumentar o conhecimento sobre IST e hepatites víricas.

Desta experiência de quatro anos de projeto salientamos, para já, dois aspetos que nos parecem fundamentais:

– É indispensável que as instituições públicas e de investigação, os decisores políticos, os serviços públicos e as comunidades (ONG, OBC) trabalhem em conjunto com vista a uma sociedade mais saudável, inclusiva e com melhores índices de saúde.

– É necessário criar instrumentos independentes e fiáveis de monitorização e avaliação, para que numa situação de recursos limitados os investimentos públicos e privados terem o maior retorno possível.

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

CENTRO ANTI-DISCRIMINAÇÃO VIH/SIDA

ser+
Associação Portuguesa para a Prevenção e Desafio à Sida

O Ação & Tratamentos é editado, impresso e distribuído com o apoio das filiais nacionais da Abbott, Gilead, Jassen, Reckitt Benckiser Healthcare. Estas entidades não têm qualquer controlo sobre o conteúdo da publicação.

Ficha Técnica

Diretor:
Pedro Silvério Marques

Coordenadora:
Rosa Freitas

Editora:
Érica Almeida Postiço

Conselho Editorial:
Ana Pisco, Andreia Pinto Ferreira, Conceição Barraca, João Paulo Casquilho, Maria José Campos, Nuno Velho, Luís Mendão, Ricardo Fernandes, Ricardo Fuertes

Distribuição:
José Zegre e Luís Zegre

Logística:
Luís Zegre

Fotografia:
João Ferreira, Nuno Barroso e Paulete Matos

Imagem:
Nuno Campos Baptista

Concepção Gráfica:
Diogo Lencastre

Impressão:
DPI Cromotipo
Rua Passos Manuel, 78 A - B, 1150-260 Lisboa

Tiragem:
22 500 exemplares

ISSN:
1646-6381

Depósito Legal:
252028/06

Edição:
GAT e Ser+
Apartado 8216 – 1803-001 Lisboa
Tel: 210 967 826
Fax: 210 938 216
E-mail: contactos@gatportugal.org

Oradores e chairs

Albertina Jordão, OIT
Alexandra Lourenço, Ativista
Alexandra Oliveira, FPCEUP
Alice Ouedraogo, OIT
Alina Santos, APDES
Alison Crockett, ONUSIDA
Ana Abecasis, IHMT-UNL
Ana Gama, GAT/IHMT
Ana Martins, ISPUP
Ana Zakowicz, Fórum Europeu da Sociedade Civil VIH/SIDA, GNP+, EATG, AHF
André Bacelar, NAZ
António Diniz, Programa Nacional para a Infeção VIH/Sida (DGS)
Antonio Gerbase, OMS/SIDA
António Sousa Uva, ENSP
Brian Rice, Agência de Proteção da Saúde U.K.
Daniel Simões, GAT
Dennis Van Wanrooij, TAMPEP
Emmanuel Trenado, Coalition PLUS
Fernanda Silva, CNAI
Ferran Pujol, Checkpoint Barcelona, Hispano Sida
Francisco Antunes, CHLN-Hospital
Francisco George, Direção Geral de Saúde
Fred Bladou, AIDES
Giulio Maria Corbelli, EATG
Helena Cortes Martins, INSA
Helena Roseta, Pelouro do Desenvolvimento Social da CML
Henrique Barros, ISPUP
Henrique Pereira, UBI, LPCS
Inês Rego, GAT-PREVIH
Isabel Moreira, Assembleia da República
Jaana Kauppinen, Pro Tukipiste - Correlation
Jean-Pierre Gervasoni, Instituto Universitário de Medicina Social e Preventiva de Lausanne
Joana Bettencourt, DGS
João Brito, CheckpointLX-GAT
João Leal Amado, FDUC
Jordi Casabona, Projeto Cobatest, CEEISCAT
Jorge Torgal, FCM-UNL
Julian Perlman, ENSP
Kamal Mansinho, CHLO, IHMT, FCM-UNL
Karin Haar, ECDC
Laetitia, APF Lisboa
Ludmila Carapinha, SICAD
Luís Mendão, GAT/PREVIH
Maria Céu Rueff, Centro de Direito Biomédico da FDUC
Maria do Rosário Martins, IHMT
Maria Eugénia Saraiva, Fórum Nacional da Sociedade Civil
Maria José Campos, CheckpointLX-GAT
Michael Meulbroek, CheckpointBCN
Nelson Ramalho, Rede sobre Trabalho Sexual (RTS)
Nikos Dedes, Positive Voice
Paulo Ferrinho, Diretor do IHMT UNL
Pedro Silvério Marques, Centro Anti Discriminação-Ser+/GAT
Peter Wiessner, Policy Chair EATG
Pye Jacobsson, Rose Alliance
Raquel Lucas, ISPUP
Ricardo Baptista Leite, Grupo de Trabalho do VIH/SIDA da Assembleia da República
Ricardo Fuertes, CheckpointLX-GAT
Rita Castro, IHMT
Rosário Farmhouse, Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural
Sergiu Grimalschi, Berliner Aids Hilfe
Sónia Dias, PREVIH, IHMT-UNL
Thomas Buhk, Infection Medical Center – Hamburg
Zulmira Hartz, IHMT

Rapporteurs

Ana Gama, IHMT
Ana Martins, ISPUP
Bruno Maia, Médicos pela Escolha, CheckpointLX
Cecília Eira, Coordenadora do Programa Autoestima
Ingride Alvaredo, OSIO
Quirina dos Santos Costa, Centro de Patogénese Molecular FF-UL
Pedro Silvério Marques, Centro Antidiscriminação-Ser+/GAT
Rosa Freitas, GAT
Tiago Teixeira, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

PAINEL I: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO PROJETO PREVIH (2009-2013)

PREVIH 2012-2013

Ana Gama, GAT/IHMT

Face à inexistente informação sobre a prevalência da infecção e os factores comportamentais e sociais associados à infecção nos HSH e nos TS em Portugal surgiu a necessidade de desenvolver um projecto que contribuísse para o aumento de conhecimento nesta área de forma a ser utilizado na elaboração de políticas e no desenvolvimento de intervenções específicas, nomeadamente direccionadas para informação, prevenção, rastreio/diagnóstico e referenciação hospitalar. Neste sentido foi desenvolvido o PREVIH, projecto de 4 anos (2009-2013) de investigação-acção, promovido pelo GAT e o IHMT – Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Universidade Nova de Lisboa, co-financiado pelo programa ADIS-Sida da Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida e patrocinado por diversas entidades como o VIH Portugal, entre outras. As entidades parceiras do projecto incluíram ainda serviços e instituições de saúde, bem como várias associações e ONG que trabalham com populações HSH e TS e outros elementos da sociedade civil. Este foi um dos primeiros projectos nacionais intersectoriais que envolveu todos os actores da sociedade interessados e implicados na questão em estudo: organizações da sociedade civil e de base comunitária (OBC), ONG, elementos das comunidades HSH e TS, serviços de saúde e instituto de investigação/universidade. Os pressupostos da participação activa e do *empowerment* enquanto princípios orientadores do PREVIH foram transversais e constantes ao longo de todo o projecto. De forma a reunir os contributos desta multiplicidade de actores foi utilizada uma abordagem participativa com o objectivo de envolver os diversos membros da comunidade nas diferentes etapas do projecto, desde a sua concepção e delineamento, construção dos instrumentos de recolha de dados, recrutamento e treino de inquiridores, organização e execução do trabalho de terreno, até à interpretação e disseminação dos resultados.

A primeira fase do projecto (2009-2011) integrou dois estudos de linha de base para caracterizar atitudes e práticas relacionados com o VIH nas populações de HSH e TS, identificar factores comportamentais e sociais associados à infecção e obter informação sobre a infecção nestas populações. Foram também desenvolvidas e implementadas intervenções ao nível da prevenção e acesso aos serviços de saúde, como mapeamento de serviços de VIH/Sida, actividades de educação de pares e de informação, educação e comunicação.

No âmbito da segunda fase do PREVIH (2011-2013) desenvolveram-se dois estudos para recolha de dados biológicos e sociocomportamentais nas populações de HSH e TS, igualmente através de aplicação de um inquérito por questionário e de teste rápido para avaliação serológica. Nesta segunda fase, os estudos abrangeram um maior número de participantes de zonas fora de Lisboa e do Porto, como a região Norte, Centro, Alentejo e Algarve. Os estudos iniciaram-se em 2012 e encontram-se em fase final de recolha de dados pelo que os dados apresentados são ainda preliminares.

Até ao momento obteve-se um total de participantes de 478 HSH e 707 TS (dos quais 683 são mulheres). Os resultados obtidos que a seguir se apresentam de forma sumária incluem alguns dos indicadores recomendados pela UNGASS para o estudo destas populações.

No que respeita aos HSH:

- Do total dos participantes, 74,4% têm idades entre 18 e 35 anos, 8,8% têm nacionalidade estrangeira, 77,8% tem escolaridade de nível secundário ou superior e 64,6% está empregado.
- Cerca de 28% refere ter tido relações sexuais no último ano com um parceiro masculino, 32,3% com 2 a 4 parceiros, 19% com 5 a 12 parceiros e 21,2% com mais de 12 parceiros.
- Aproximadamente 72% reporta ter usado preservativo na última relação sexual anal com parceiro masculino.
- Do total de participantes, 88,6% refere que já fez o teste do VIH. Destes, 72% fez o teste nos últimos 12 meses, dos quais 93,4% conhece o seu resultado.
- Cerca de 85,8% menciona ter recebido preservativos gratuitamente no último ano.

Alexandra Oliveira, Inês Rego, Henrique Barros e Sónia Dias

Relativamente às mulheres TS:
- Do total de participantes, 68% têm idades entre 26 e 45 anos, 49,2% têm nacionalidade estrangeira, 42,2% têm escolaridade de nível secundário ou superior, 83,6% não estão empregadas e 68,3% fazem trabalho sexual em contexto de interior.
- Cerca de 98% reporta ter usado o preservativo com o último cliente.
- Aproximadamente 90% refere já ter feito o teste do VIH. Destes, 68,8% fez o teste no último ano, dos quais 91% conhece o seu resultado.
- Do total de participantes, 86,1% refere ter recebido preservativos gratuitamente no último ano.

Os resultados obtidos em ambos os estudos apontam no sentido de que os esforços nacionais desenvolvidos para a prevenção e controlo do VIH/Sida têm sido positivos. Não obstante, alguns dos dados encontrados até ao momento vêm reforçar a pertinência de continuar a desenvolver estratégias integradas de intervenção com as populações de HSH e TS e, particularmente, com subgrupos em maior risco.

PREVIH: Projeto de Educação de Pares para Trabalhadores do Sexo

Alexandra Oliveira, FPCEUP

No âmbito do projeto PREVIH, o GAT propôs-se a testar e a implementar um modelo de educação de pares para trabalhadores do sexo (TS) em parceria com a Agência Piaget para o Desenvolvimento (APDES) e sob a supervisão científica da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Coube à APDES a implementação de um modelo metodológico de educação pelos pares, que pretendia usar TS como educadores de pares (EP) em equipas de redução de riscos, através do desenvolvimento da sua figura profissional e da potencialização dos seus recursos. Este projeto tinha dois objetivos: a obtenção da profissionalização e integração dos pares de TS nas equipas de redução de riscos e o desenvolvimento, a capacitação comunitária e o ativismo político dos mesmos.

«A experiência no trabalho permite que tenhamos outra sensibilidade...»
(Educador de pares 1)

O primeiro objetivo privilegiou o acompanhamento dos EP e dos tutores das instituições que os acompanham, dividindo-se em três momentos:
1. Seleção do grupo-alvo da formação, efetuada pelas equipas parceiras que identificam antecipadamente os potenciais educadores de pares;
2. Formação pré-profissional do grupo-alvo, com o objetivo de desenvolver competências em educação de pares e redução de riscos;
3. Integração pré-profissional dos pares em projetos de redução de riscos, através do acompanhamento, monitorização e avaliação da integração junto dos EP e dos respetivos tutores.

O último momento envolve o tutor, figura central que operacionaliza o projeto e a metodologia de integração dos EP nas equipas, na medida em que possibilita um acompanhamento de proximidade aos mesmos e serve de mediador entre estes e as equipas, os técnicos e as estruturas da rede de serviços.

Todo o processo inerente ao primeiro objetivo foi eficaz no cumprimento das suas finalidades. A seleção dos formandos, a sua formação e a integração em equipas na área da redução de riscos enquanto EP TS revelaram-se etapas bem desenhadas, convenientemente executadas e com resultados inquestionáveis. Os indicadores avaliativos da integração de pares ficaram definidos pelos supervisores e patentes na sua avaliação, como sendo a capacidade de transmissão de conhecimentos, o estabelecimento de novos contactos, o trabalho em novos territórios de ação e a competência para dar respostas complementares às da equipa.

«Nós servimos de modelos e servimos para dignificar.»
(Educador de pares 2)

Por seu turno, o segundo objetivo dividiu-se em dois momentos, o da obtenção de uma intervenção ao nível da capacitação comunitária e o do incentivo ao ativismo e militância política. Para o conseguir foram incorporados na formação conteúdos que permitissem aos formandos conhecer o movimento internacional dos TS, a sua história, as diferentes formas que tem assumido, as lutas, as conquistas e seus marcos. Nos grupos de discussão pretendeu-se solidificar os conhecimentos adquiridos e consolidar uma conceção laboral do trabalho sexual e da autoconstrução enquanto ativista, abrindo caminho para a consciencialização da importância do trabalho coletivo pela reivindicação de direitos e, eventualmente, potenciar o surgimento da vontade de constituição de um coletivo. Embora essa constituição fosse um dos objetivos, interessava-nos que essa vontade emergisse do grupo. Quando tal vontade surgiu, identificaram-se os possíveis obstáculos à mobilização de TS, nomeadamente o elevado número de imigrantes, a falta de auto motivação para a mobilização e a dificuldade em assumir publicamente a condição de TS. Seguiu-se a elaboração de um texto funda- »

dor com a autodefinição do grupo, os seus problemas e as propostas para os resolver. Independentemente da concretização deste objetivo e da forma que venha a tomar, é a primeira vez em Portugal que nasce no seio de um grupo de TS uma proposta de união consistente e fundada na consciência da falta de reconhecimento social e legal da sua atividade. O facto de se tratar de um caso de auto mobilização é fundamental – qualquer movimento emancipatório tem maiores hipóteses de ser bem-sucedido e de representar o grupo que representa se for conduzido por pessoas da comunidade.

«Nós somos a ponte, nós somos os olhos, vemos o que a equipa não pode ver.»
(Educador de pares 3)

O processo e os métodos através dos quais este foi e está a ser implementado, bem como a sua conceção e desenho, revelam-se eficazes, indicando este modelo de EP para TS como sendo eficaz e aplicável noutros momentos e com outros grupos. Assegurar a continuidade entre as diferentes fases do projeto tem sido uma preocupação de todos os envolvidos, sobretudo tendo em conta que nunca antes em Portugal tinha sido implementado um projeto de EP com TS.

PREVIH: consumo de substâncias em TS

Ludmila Carapinha, SICAD

No âmbito do projeto PREVIH realizou-se um estudo sobre o consumo de substâncias em trabalhadores do sexo (TS). O objetivo era conhecer o perfil de consumo de substâncias e a descrição da relação entre o consumo das mesmas, comportamentos de risco e a infeção VIH. O questionário contemplou apenas indicadores sobre as prevalências de consumo por substâncias em três períodos – ao longo da vida, 12 meses e 30 dias e vias de administração, não existindo indicadores sobre a frequência, quantidade ou contextos de consumo. Participaram no estudo 1040 TS.

Percebeu-se que esta amostra distingue-se da população em geral relativamente às prevalências de consumo das várias substâncias elencadas. Se, por um lado, a prevalência do consumo de álcool e de medicamentos sem receita médica é inferior, por outro há um maior consumo de substâncias ilícitas. Neste grupo, e independentemente do período temporal, as substâncias com maior prevalência de consumo são o álcool, a cocaína, a canábis, os medicamentos (com ou sem receita), a heroína e a metadona. Não existindo grandes diferenças entre as prevalências de consumo nos últimos 12 meses ou 30 dias, podemos afirmar que a taxa de continuidade ao longo do último ano é elevada.

A via de administração de heroína e cocaína mais comum é a fumada, verificando-se que a injetável tem menor incidência, sendo no grupo dos consumidores de heroína que esta prática é mais comum. Entre as anfetaminas o consumo é essencialmente por via oral.

Para analisar a relação entre tipologia de consumo e perfil sociodemográfico considerou-se o consumo nos últimos 12 meses.

Em relação ao género, e em concordância com estudos nacionais e internacionais noutras populações, verificou-se haver uma relação significativa entre este e o tipo de consumo. No grupo feminino é mais

TS: Prevalências de Consumo de Qualquer Substância Psicoativa

	n	%
Longo da Vida PLV	686	66
Últimos 12 Meses P12M	632	61
Últimos 30 Dias P30D	579	57

Fonte: PREVIH (2010)[1]

TS: Prevalências de Consumo, por Substância Psicoativa

Trabalhadores do Sexo 2010				Inq. População Geral 2007		
Substâncias	PLV	P12M	P30D	PLV	P12M	P30D
Álcool	48.7	44.1	39.8	79.1	70.6	59.6
Medicamentos	19.4	14.3	10.9	nd	nd	nd
Medic. s/ receita	4.8	3.9	2.7	19	12	9.9
Metadona	6.3	4.9	4.2	nd	nd	nd
Cannabis	23.7	14.5	11.0	12	3.6	2.4
Ecstasy	5.6	2.1	1.2	1.3	0.4	0.2
Anfetaminas	2.0	0.7	0.4	0.9	0.2	0.1
LSD	2.4	0.3	0.2	0.6	0.1	0.1
Cogumelos	1.5	0.3	0.3	0.8	0.1	0.1
Cocaína	23.9	16.5	14.0	1.9	0.6	0.3
Heroína	14.0	7.8	6.8	1.1	0.3	0.2
Outras	0.4	0.2	0.1	nd	nd	nd

Fonte: PREVIH(2010) | Fonte: Balsa (2007)[2]

Substância	Total	Injetada		Fumada/ Inalada		Snifada		Oral	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Longo da Vida									
Cocaína	249	49	19.7	150	60.2	112	45.0	-	-
Heroína	146	54	37.0	108	74.0	-	-	-	-
Anfetaminas	16	1	6.3	-	-	-	-	15	93.8
Últimos 30 dias									
Cocaína	146	19	13.0	100	68.5	39	26.7	-	-
Heroína	71	21	29.6	54	76.1	-	-	-	-
Anfetaminas	4	-	-	-	-	-	-	4	100

evidente a ausência de consumo de substâncias psicoactivas e a experiência de consumo exclusivo de medicamentos ou de medicamentos e álcool. Em contrapartida, os grupos masculino e trans estão mais associados a consumos que envolvem substâncias ilícitas, verificando-se também entre os homens um maior consumo injetado.

Ao nível da idade verifica-se que no grupo mais velho (com idade superior a 49 anos) é mais evidente a ausência de consumo de substâncias psicoativas, não havendo casos de consumo por via injetada. Esse tipo de consumo é mais evidente entre os 25 e 49 anos, e o consumo de substâncias sem ser por esta via ocorre com maior prevalência entre os TS entre os 18 e os 34.

Em relação à nacionalidade, constata-se que no grupo dos TS estrangeiros/dupla nacionalidade é mais evidente o consumo exclusivo de álcool, enquanto entre os portugueses são mais evidentes os perfis de consumo que envolvem substâncias ilícitas, em particular os por via injectada.

Importante é também analisar a relação entre os consumos, o uso de preservativo e prevalência de VIH. Verificou-se que a tipologia de consumo é independente da utilização de preservativo com parceiros não clientes. Contudo, nos últimos trinta dias, verifica-se que existe uma relação entre o consumo e esta prática com clientes. É entre os TS que consomem por via injectada que a prática de risco é superior.

Para compreender a relação entre o consumo e a prevalência da infeção VIH privilegiou-se a tipologia do consumo ao longo da vida e encontrou-se uma relação com a situação face ao VIH, existindo uma maior incidência entre os TS que já consumiram substâncias injetáveis – 65% já partilharam algum tipo de material ou utensílio necessário ao consumo, existindo uma prevalência de VIH muito superior.

Em conclusão, considera-se ser de destacar a identificação de um subgrupo específico de TS de elevado risco, ainda que de dimensões reduzidas, com um maior número de homens portugueses com idade entre os 25 e os 49, consumo de substâncias por via injectada e uma maior probabilidade de apresentarem comportamentos de risco.

[1] PREVIH (2010): Estudo Infeção VIH/SIDA no grupo de TS: prevalência, determinantes e intervenções de prevenção e acesso aos serviços de saúde.

[2] Balsa (2007). Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral, Portugal 2007. Lisboa: IDT,IP.

SESSÃO I

Vigilância epidemiológica do VIH/IST em populações vulneráveis: a perspetiva europeia

Jean-Pierre Gervasoni, Instituto Universitário de Medicina Social e Preventiva de Lausanne

O ECDC tem definidas as condições para implementar um sistema de monitorização direcionado a populações vulneráveis e sentinela, sendo necessário definir em Portugal como irá ser implementado de modo sustentado e fiável.

PAINEL II: RECOMENDAÇÕES E POLÍTICAS EM VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, PREVENÇÃO EFICAZ, DIAGNÓSTICO PRECOCE E REFERENCIAÇÃO EM POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

Orientações da Organização Mundial de Saúde para HSH e TS: não é negócio como habitualmente

António Gerbase, Conselheiro do Departamento de VIH/SIDA da OMS

1. Estabelecimento de leis anti discriminação e de redução de danos ..... ✓
2. Tornar os serviços de saúde inclusivos para homens que têm sexo com homens (HSH), transgéneros e transexuais ..... ✓
3. Uso do preservativo nas relações sexuais anais .. ✓
4. Recomendação para o uso do preservativo nas relações *serosorting* ..... ✓
5. Em circunstâncias particulares, recomenda-se o recurso ao *serosorting* de rastreio em substituição do não uso do preservativo ..... ✓
6. Disponibilização do teste para infeção pelo VIH e aconselhamento ..... ✓
7. Disponibilização de programas comunitários para o teste do VIH de rastreio e de aconselhamento associado ao tratamento ..... ✓
8. Implementação de intervenções comportamentais individualizadas ..... ✓
9. Implementação de intervenções comportamentais comunitárias ..... ✓
10. Disponibilização de informação online para populações específicas: MUITO BAIXO ..... ✓
11. Recurso a estratégias de marketing social: MUITO BAIXO ..... ✓
12. Implementação de estratégias de divulgação de sexo mais seguro em locais de socialização: MUITO BAIXO ..... ✓
13. Os HSH e transgéneros com consumos problemáticos de álcool e outras substâncias devem ter acesso rapidamente a intervenções psicossociais baseadas em evidência ..... ✓
14. Os HSH e transgéneros utilizadores de drogas por via injetável devem ter acesso a programas de troca de seringas e a tratamento de substituição opiácea ..... ✓
15. As pessoas transgéneras com tratamentos injetáveis devem usar equipamento esterilizado e praticar uma injeção segura ..... ✓
16. Não disponibilizar a circuncisão a adultos como prevenção do VIH e IST a HSH e pessoas transgéneras: MUITO BAIXO ..... ✓
17. Acesso universal à TAR para todos os grupos. .... ✓
18. Acesso a intervenções essenciais para prevenção da doença e da transmissão da infeção pelo VIH ..... ✓
19. Procura e oferta de tratamento sintomático e tratamentos para IST ..... ✓
20. Oferta de testes periódicos para infeções assintomáticas por clamídia trachomatis na uretra e reto usando o teste de ácido nucleico: BAIXO ..... ✓
21. Não disponibilizar testes periódicos para infeções assintomáticas de gonorreia Neisseria na uretra e reto com recolha de amostra para cultura: BAIXO ..... ✓
22. Oferta periódica de testes sorológicos para infeções assintomáticas de sífilis ..... ✓
23. Inclusão estratégias de imunização/vacinação no acompanhamento do VHB ..... ✓

SESSÃO II

Sistemas de notificação e vigilância epidemiológica de grupos sentinela para o VIH, IST e hepatites – desafios e oportunidades para prevenir e controlar epidemias

Karin Haar, Coordenadora do programa de IST, VIH e vírus transmitidos pelo sangue, ECDC

Principais conclusões e recomendações:
- necessários melhores dados e utilizar melhor os sistemas de monitorização que já existem;
- necessário ampliar cobertura dos programas;
- necessário diminuir diagnóstico tardio especialmente na população migrante;
- necessário tornar os indicadores mais relevantes e apropriados.

PAINEL III: INVESTIGAÇÃO INTERNACIONAL: MÉTODOS DE INVESTIGAÇÃO, DESAFIOS E RESULTADOS

Investigação comunitária aplicada na investigação: trabalho conjunto

Jordi Casabona, CEEISCAT

O diagnóstico precoce tem benefícios ao nível individual e da comunidade, tendo por objetivo aumentar o número de pessoas que sabe o seu estatuto serológico para a infeção pelo VIH.

A questão " quem testar?" deverá ser respondida através de critérios claros, surgindo o debate sobre a necessidade de se passar da exceção para a universalização, com implicações sobre a normalização do teste e custo-eficácia.

Partindo da evidência de que as populações mais vulneráveis utilizam menos os serviços de saúde convencionais, surge a necessidade de conhecer e avaliar as respostas comunitárias, ou seja criadas para, e algumas vezes por, grupos específicos.

O projeto COBATEST inclui programas ou serviços que, em 19 países europeus, disponibilizam o teste a populações em situação de vulnerabilidade (homens que têm sexo com homens, pessoas que usam drogas, trabalhadores do sexo e migrantes). Numa primeira fase do projeto foi realizado um relatório quantitativo com os países participantes que abordou a caracterização do rastreio.

Esta recolha de dados identificou que a definição inicial do COBATEST não era suficientemente específica, sendo muito variada a definição do que se considera ser um rastreio comunitário. Foi também feito um estudo qualitativo, onde se apontaram as principais diferenças entre um centro voluntário de rastreio comunitário (*community based voluntary counselling and testing*) e os serviços formais de saúde, a partir do ponto de vista dos clientes/utentes e dos técnicos. Os centros foram considerados, como mais amigáveis na abordagem nos procedimentos e espaço físico.

Sendo o teste rápido com sangue o teste mais utilizado na Europa, surgiu a questão de qual seria o impacto de introdução do teste rápido de fluido oral. Organizou-se, então, com a rede de centros comunitários um estudo de aceitabilidade e exequibilidade da introdução de testes rápidos de deteção do VIH através de fluido oral.

Que desafios surgem a partir de agora? Aumentar os programas de rastreio em serviços de saúde; simplificar e diversificar estratégias de aconselhamento associado ao teste; aumentar e diversificar programas de *outreach*; perceber na Europa qual o potencial do teste realizado em casa; e saber utilizar a Internet e redes sociais.

Jordi Casabona, Julian Perlman, Emmanuel Trenado, Ana Abecasis

PAINEL IV: DEFINIÇÃO DE POLÍTICAS PARA A INFEÇÃO VIH/SIDA, IST E HEPATITES: ACESSO À PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO PRECOCE, REFERENCIAÇÃO PARA TRABALHADORES DO SEXO E MIGRANTES

Rastreio a Trabalhadores do Sexo em estruturas de base comunitária

Daniel Simões, GAT

Sendo objetivos do projeto PREVIH o conhecimento do estatuto serológico para o VIH dos seus participantes, bem como uma estimativa da prevalência da infeção pelo VIH nos grupos estudados este projeto, na sua primeira fase, dava aos participantes no estudo a possibilidade de realizarem um teste rápido para o VIH em vários CAD do país.
O resultado deste mecanismo de referenciação para rastreio foi muito insuficiente, com apenas 46 pessoas dos 1040 Trabalhadores do Sexo (TS) inquiridos a realizarem testes rápidos.
De forma a promover o rastreio rápido nesta população, em parceria com a ARSLVT, o PREVIH implementou um piloto de rastreio na comunidade. Uma Unidade Móvel de Saúde deslocou-se a zonas onde se realiza trabalho sexual em contexto de rua, e durante várias horas num período de 6 semanas, disponibilizou-se rastreio rápido nesses locais, com resultados em 30 minutos.
A adesão total aos rastreios foi superior a 80%, tendo-se realizado 167 testes, dos quais 8,4% (14) tiveram resultados reativos.
A alta adesão e a elevada prevalência fizeram com que, na segunda fase de recolha de dados, o PREVIH tivesse desenhado uma experiência piloto mais alargada, em parceria com o ISPUP (Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto), o Laboratório de Imunohemoterapia do Hospital de São João, e diversas organizações da sociedade civil, em vários locais do país (ABLA Portugal, APF, Acompanha, Existências, Positivo, OSIO, MAPS, Médicos do Mundo e Ser+).
Este piloto consistiu no desenvolvimento de uma metodologia comum de rastreio e recolha de dados, e na aplicação de testes rápidos nas organizações da sociedade civil que participavam na recolha de dados.
Os resultados foram de encontro ao esperado. Com a oferta em simultâneo de questionário e teste rápido, a adesão nacional ao rastreio foi de 91%. Foram aplicados 455 questionários e realizados 396 testes, sendo que 22 pessoas reportaram ser seropositivas para o VIH, e por consequência não lhes foi proposto teste rápido.
Este mecanismo demostrou claramente ser uma forma eficaz de promover o rastreio de pessoas de grupos tendencialmente de "difícil acesso", e o GAT encontra-se a trabalhar na sistematização de uma rede de rastreio de base comunitária de forma a garantir a continuidade de iniciativas deste género no nosso país.

Acesso à Saúde por parte dos imigrantes em situação irregular

Fernanda Silva , CNAI

Constrangimentos a nível burocrático e formalismos informáticos na referenciação dos imigrantes ao Sistema Nacional de Saúde : urgência em facilitar os procedimentos.

SESSÃO III

Plano Nacional de Saúde: objetivos e compromissos do Plano para a vigilância epidemiológica e rastreio precoce em populações vulneráveis

António Diniz, Diretor do Programa Nacional VIH/SIDA - DGS

Luis Mendão, Francisco Jorge, António Diniz

Programa SI.VIDA:
- Informatizar os dados das pessoas infetadas com VIH.
- Garantir melhor tratamento, apoio e cuidados de saúde.
- Implementar novos modelos e monitorizar os mesmos.
- Diagnóstico da infeção: não perder a oportunidade.
- Garantir a acessibilidade medicamentosa.

Acesso a serviços e direitos dos trabalhadores do sexo

Dennis Van Wanrooij, TAMPEP

A TAMPEP, rede de prestadores de serviços comunitários e de organizações de trabalhadores do sexo que atua em 28 países europeus, tem como objetivos a defesa dos direitos humanos e cívicos dos trabalhadores do sexo migrantes, a facilitação da partilha de conhecimento, experiências e boas práticas entre os seus membros e o desenvolvimento e implementação de estratégias eficazes de promoção da saúde e proteção social entre os TS migrantes por toda a Europa.

Ao longo de vinte anos de luta pelos direitos dos TS, procurando reduzir a vulnerabilidade à infeção pelo VIH e promover os direitos humanos destes, sejam migrantes e nacionais, por toda a Europa, tornou-se possível assinalar as principais vulnerabilidades sentidas por estas pessoas.

No âmbito da violência e do desrespeito pelos direitos humanos, os TS sentem que este se reproduz em duas vertentes: a nível institucional e a nível laboral, com uma perceção de insegurança no local de trabalho. Essa perceção provoca uma sensação de dependência de terceiros, para uma situação legal marcada pela precariedade, pela repressão e criminalização da atividade, que acaba por conduzir a uma situação laboral com contornos clandestinos.

Tendo em conta que 70% dos TS nos países da Europa Ocidental são migrantes e desses 65% não são cidadãos da União Europeia. Por conseguinte, acrescenta-se ao rol de discriminações a que tem por base a nacionalidade. Os principais fatores de vulnerabilidade apontados a este respeito prendem-se com as políticas de migração repressivas, a exclusão social e os obstáculos sentidos no acesso aos cuidados de saúde e aos apoios sociais.

Como consequência das políticas repressivas e da criminalização, nota-se uma mudança dum trabalho em contexto de rua para um em contexto de interior. Estima-se que dois terços dos TS/prostitutos trabalhem fora das ruas. Neste contexto, torna-se difícil às equipas de proximidade estabelecer e manter contacto com estes trabalhadores. Para os migrantes, esta mudança pode levar a uma dupla vulnerabilidade, existindo uma associação comum entre trabalho sexual e tráfico humano. A educação de pares ganha aqui contornos mais importantes, uma vez que potencia o trabalho de proximidade, abrangendo um maior número de trabalhadores sexuais em contexto de interior e criando redes de apoio comunitárias.

Para garantir a prevenção eficaz das infeções pelo VIH e outras IST e os contextos de violência, é necessário um acesso universal e não discriminatório aos serviços de saúde e apoios sociais, a mulheres, homens e transgéneros, aos que trabalham em contexto de exterior e aos de interior, nacionais e migrantes e consumidores de drogas injetáveis, incluindo aqueles que são seropositivos. De igual modo, é importante que se fortaleçam os serviços multissectoriais, o envolvimento com os TS e uma combinação de serviços baseados na garantia de direitos e políticas de prevenção de violência destinados a contextos concretos.

Por tudo isto, a TAMPEP recomenda uma abordagem holística, coordenada e integrada no trabalho sexual e ao VIH e às IST. Para tal, julgamos serem importantes:

- Mecanismos de referenciação nacional;
- Alianças de apoio (com a sociedade civil, organizações governamentais, agências internacionais e organizações dirigidas por TS);
- A garantia de que os trabalhadores têm acesso aos serviços de que necessitam e que os seus direitos são respeitados;
- A garantia de que os trabalhadores participam em todos os níveis de discussão;
- Promoção, formação e integração de educadores de pares;
- A garantia do acesso universal à saúde, assegurando que os migrantes e as minorias étnicas têm acesso à prevenção, tratamento e cuidados associados ao VIH ou outras IST;
- Promoção de uma sinergia de recursos e políticas a todos os níveis;
- Evocar a responsabilidade que o Estado tem em fornecer aos TS, migrantes e nacionais, serviços sociais e de saúde sexual, uma vez que estes são parte integrante do cumprimento do direito à saúde.

SESSÃO IV

Contrato de trabalho prostitucional e direito do trabalho

João Leal Amado, Sub-diretor da FDUC

O normativo legal nacional que enquadra a prestação de serviços de natureza sexual
Art 280 do Código Civil – que declara a nulidade dos contratos que tenham por objeto uma actividade "ofensiva dos bons costumes"
Art. 169 do Código Penal – que define o crime de lenocínio
Impede a validade e contratos que tenham por objetivo a prostituição ou o comércio de "favores sexuais"

Principais conclusões e recomendações:

Embora se possa considerar o artigo 280, desfasado no tempo e desactualizado e a melhor doutrina considere o artigo 169 inconstitucional porque não protege a liberdade de expressão sexual mas um "sentimento geral de pudor e moralidade" o que não é função do Direito penal, o comércio sexual voluntário e conscientemente realizado entre adultos só poderá ser concebido como uma "profissão legítima".

Quando, à semelhança do germânico "Prostituitionsgesetz" do 20/12/2001, forem regulamentados os contratos de trabalho prostitucional de forma que, expressamente, lhes retire o labéu de "ofensivos dos bons costumes" e se redefina o crime de lenocínio para que não inclua o comércio sexual voluntário e conscientemente realizado entre adultos. O contrato que deve ter como objetivo dignificar essa prestação de serviços/ trabalho/profissão, legitimando o seu exercício e reconhecendo e protegendo os direitos laborais dos que a exercem e, nunca, interesses secundários como a contenção de DST ou a "proteção" dos clientes.

PAINEL V: ABORDAGEM SOBRE DIREITOS LABORAIS NA ÁREA DO TRABALHO SEXUAL E INFEÇÃO PELO VIH: ENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO PARA GARANTIR OS DIREITOS, PREVENIR E ELIMINAR A VIOLÊNCIA E PROMOVER A IGUALDADE DE ACESSO

Uma abordagem de direitos laborais relacionada com o VIH e o trabalho sexual

Alice Ouedraogo, Diretora da OIT

Os trabalhadores do sexo têm vindo a pedir uma maior participação nos programas de combate ao VIH, buscando o poder que lhes permita determinar quais as suas necessidades e prioridades. Como tal, em 2010 definiram-se as primeiras recomendações sobre a infeção do VIH e SIDA no mundo do trabalho, adotada por governos, empregadores e trabalhadores dos Estados membros da OIT na Conferência Internacional do Trabalho em junho do mesmo ano.

A Recomendação n. 200 visa:

- Proteger os direitos humanos em contexto laboral das pessoas que vivem ou que estão infetadas pelo VIH;
- Abranger todos os trabalhadores que trabalhem sob quaisquer tipos de vínculos laborais, em qualquer emprego ou ocupação e em todos os setores de atividade económica;
- Proporcionar uma definição de local de trabalho abrangente e inclusiva com o objetivo de chegar até todos os trabalhadores, independentemente do local onde desempenhem a sua atividade e independentemente do tipo de atividade económica na qual estão envolvidos;
- Incluir populações de difícil acesso (homens que têm sexo com homens e trabalhadores do sexo), embora estes não sejam especificamente nomeados.

Considerámos essencial incluir uma definição de TS nas diretrizes de terminologia da UNAIDS. Assim, por "trabalhadores do sexo" entendemos pessoas que o praticam de forma consentida, sejam mulheres, homens e transgéneros, adultos e jovens com mais de dezoito anos, que recebem dinheiro ou bens materiais em troca de serviços sexuais, seja regular ou ocasionalmente.

Com estas declarações pretendemos transmitir algumas mensagens que consideramos essenciais para o reconhecimento e proteção desta população. Os trabalhadores do sexo têm direito a aceder aos serviços de prevenção, tratamento, cuidado e apoio e, na qualidade de trabalhadores numa área particularmente exposta aos riscos de transmissão, devem ter direito à proteção contra o estigma, discriminação, violência e assédio. Nos programas de prevenção é também necessário incluir os trabalhadores do sexo masculino e transgéneros, grupos que costumam receber um financiamento ainda menor.

Alice Ouedraogo

A OIT não fornece uma lista de empregos reconhecidos e não lhe compete pronunciar-se a respeito da legalidade do trabalho sexual ou de qualquer outra ocupação, essa legalidade deve ser determinada a nível nacional. Afirmamos no entanto que o trabalho sexual é uma atividade económica que não pode ser ignorada e que deve ser analisada sem julgamentos morais.

A OIT tem feito uma série de intervenções nesta área, a nível direto e indireto. A nível direto tem apostado na colaboração com os sindicatos, providenciando formação a trabalhadores sexuais da Tailândia e Camboja de modo a aumentar as suas capacidades de negócio e a alargar o seu leque de opções e na potencialização de oportunidades de empoderamento económico, criando um novo acesso a rendimentos. A nível indireto tem colaborado para o aumento do acesso a serviços dirigidos à infeção pelo VIH aos clientes dos trabalhadores do sexo através do apoio ao desenvolvimento de políticas e programas de prevenção nos locais de trabalho, para uma aproximação aos trabalhadores do sexo e seus clientes das indústrias mineira, da construção civil, turismo e outros sectores e, por fim, na formação/orientação de profissionais da saúde, agentes da autoridade e à comunidade.

A OIT, em conjunto com a família das Nações Unidas, pede aos países que aprovem e façam cumprir uma legislação que proíba a discriminação para com as pessoas que vivem com o VIH e populações chave em situações de maior risco de infecção pelo VIH, incluindo os trabalhadores do sexo.

A Rede sobre trabalho sexual: contextos e objetivos de intervenção

Nelson Ramalho, investigador, Rede Sobre Trabalho Sexual

Para compreender a atual situação do trabalho sexual em Portugal e o contexto em que apareceu a Rede Sobre Trabalho Sexual é necessário conhecer a sua regulamentação no contexto legislativo. Este passou por três diferentes fases no último século e meio.

Entre 1853 e 1962 vivia-se uma situação de regulamentarismo com um controlo administrativo da prostituição, uma postura virada para a saúde pública com a preocupação de impedir a propagação de "doenças venéreas" e um sistema de vigilância e inspecção (sanitária, obrigatoriedade de matricula e punições). De 1963 a 1982 passou-se para uma situação criminalizadora e proibicionista, com a proibição do exercício da prostituição, consequente promoção da sua erradicação que veio acompanhada pela perseguição policial que expunha os trabalhadores do sexo (TS) a maiores perigoso e a uma situação de clandestinidade. Mais tarde, e até à actualidade, viveu-se uma situação de descriminalização, onde a prostituição já não é considerada crime. Atualmente a prática de "lenocínio" é regulamentada na Lei nº65/98, de 2 de Setembro e Lei nº99/2001, de 25 Agosto e o "tráfico de pessoas" no artº 160º do Código Penal e Lei nº59/2007, de 4 de Setembro. Nos últimos anos têm sido levadas a cabo várias acções nesta área, desde a criação de equipas e projectos de intervenção social, à comemoração do dia 17 de Dezembro, dia Internacional Contra a Violência para com os/as TS, o mapeamento do trabalho sexual (levado a cabo pela Autoestima no projeto TAMPEP, a participação nas manifestações do dia do trabalhador em Lisboa e no Porto).

Vive-se assim um limbo legal: o trabalho sexual não é legal nem ilegal. A inexistência de regulamentação específica indica que as abordagens anteriores falharam e que os TS continuam expostos a um maior estigma, discriminação e precariedade na saúde, na segurança, no trabalho e na vida.

Aquando da constituição da rede de trabalho sexual, em 2011, foi necessário definir o que se entende por "trabalho sexual". Assim, esta é uma actividade comercial de prestação de serviço a troco de dinheiro ou bens materiais, com significado erótico ou sexual para quem o adquire; inclui actividades como a prostituição, pornografia, striptease, dança ou linhas telefónicas eróticas e é praticada entre adultos e com consentimento.

A Rede Sobre Trabalho Sexual tem como princípios orientadores da sua intervenção as acções e posicio- »

Rede Sobre Trabalho Sexual na manifestação do MayDay Lisboa

Da Rede Sobre Trabalho Sexual fazem parte as associações:

1 Programa Auto-Estima (Matosinhos, V. Castelo, Braga, Guimarães)
2 APDES | Porto G (Grande Porto)
3 Associação Existências (Coimbra)
4 Associação Novo Olhar (Leiria)
5 Acompanha, CRL. (Peniche)
6 APF (Norte, Alentejo, Algarve)
7 GAT (Lisboa)
8 Liga Portuguesa Contra a SIDA (Lisboa)
9 Médicos do Mundo (Lisboa)
10 Obra Social das Irmãs Oblatas (Lisboa)
11 Associação Positivo (Lisboa)
12 UMAR (Lisboa)
13 Panteras Rosa (Lisboa)

E os/as investigadores/as:

- Alexandra Oliveira (FPCE | UP)
- Filipa Alvim (CRIA | ISCTE-IUL)
- Nélson Ramalho (CIES | ISCTE-IUL)
- Isabel Teixeira
- Jo Bernardo
- Mariana Garcia
- Rita Alcaire
- Tiago Ferreira

namentos geridos de forma independente de orientações partidárias e/ou religiosas, compromisso pela defesa dos direitos humanos (sociais e laborais, bem como o direito à não discriminação ou violência) e funciona numa lógica de parceria, desenvolvendo o trabalho com a participação ativa dos TS. Os seus objetivos passam pela articulação do trabalho entre elementos, pela promoção do debate sobre as políticas que atingem os TS, bem como os seus direitos e deveres, elaboração de tomadas de posição conjuntas, promoção de boas práticas nacionais e internacionais, produção de conhecimento, monotorização e avaliação das políticas e práticas relativas ao trabalho sexual em Portugal e, por último, a promoção de acções de sensibilização e actividades.

Para mais informações:
redetrabalhosexual@gmail.com

O Que se Pretende?

- Partilhar conhecimentos e boas práticas metodológicas;
- Optimizar recursos e articular o trabalho entre os elementos;
- Promover o debate sobre as políticas que atingem os trabalhadores do sexo, bem como os seus direitos e deveres (entre instituições de terreno, TS, órgãos governamentais e decisores políticos);
- Elaborar tomadas de posição conjunta e promoção de boas práticas nacionais e internacionais;
- Fomentar a produção de conhecimento, bem como a monitorização e avaliação das políticas e práticas no que respeita ao TS em Portugal;
- Promover ações de sensibilização, atividades comemorativas de datas da agenda do TS.

Recomendações para a alteração do enquadramento legal do trabalho sexual em Portugal

Alina Santos, APDES

1. Manter a não criminalização do Trabalho Sexual
   Ponto positivo na atual lei Portuguesa: Não criminalizar nem o/a trabalhador/a nem o/a cliente;
2. Alterar o Artigo 169.º (Lenocínio) do Código Penal Português
   Empurra para a ilegalidade todas as pessoas que se organizem em torno da atividade sexual para fins comerciais; Impede a partilha de um local onde ocorra venda de serviços sexuais; Impede a realização de contratos de trabalho e de qualquer tipo de proteção social; Impede o acesso a boas condições de higiene e segurança no trabalho;
3. Enquadrar legalmente o trabalho sexual:
   Regulando os espaços e Não as pessoas; Não delimitando zonas específicas para o exercício da atividade; Não registando/ matriculando compulsivamente os/as TS; Processos de licenciamento dos espaços desburocratizados; Aplicando regras distintas a grandes empresas e pequenos negócios; Afastando esta atividade do mercado paralelo; Não rastreando de forma obrigatória Infeções Sexualmente Transmissíveis;
4. Manter a condenação, de forma sistemática, de todas as formas de exploração sexual
   Condena-se obviamente toda e qualquer forma de exploração: já prevista no Código Penal Português;
5. Criar a categoria profissional de trabalhador/a do sexo
   Definição do perfil e das condições para o exercício profissional;
6. Criar uma comissão de acompanhamento da reforma legislativa
   Importa avaliar o impacto e agilizar processos de correção; Comissão de acompanhamento composta por Trabalhadores/as do Sexo, Elementos da Sociedade Civil, Investigadores, Juristas, Médicos…
7. Realizar ações de sensibilização nacionais que contrariem a existência de práticas discriminatórias
   Mudanças legislativas não têm um reflexo imediato na realidade mas contribuem para uma mudança gradual das representações sociais; Importa complementar a estratégia de mudança legal com ações de sensibilização para a comunidade em geral de forma a combater a descriminalização e de formação sobre direitos e deveres aos TS; Contrariar a normalização da condição de inexistência de direitos
8. Promover o acesso à educação e à formação profissional dos/as TS

SESSÃO SATÉLITE

Cultura, Sexo e Trabalho Sexual: migrantes e trabalhadores do sexo

Giulio Corbelli, EATG

O que sente um jovem gay ao entrar na Europa enquanto migrante em situação irregular? Com que facilidade acede aos serviços de saúde se viver com a infeção pelo VIH? Ficará tudo mais complicado se for trabalhador do sexo? A cultura tem impacto no acesso aos serviços e tratamentos? Estas foram algumas das questões abordadas durante a sessão.

André Bacelar, jovem brasileiro a residir há dez anos no Reino Unido, afirmou que «Quando me mudei para Londres já tinha sido diagnosticado com a infeção pelo VIH mas não sabia como continuar o tratamento. Liguei para uma linha de apoio a explicar a situação e perguntando o que deveria fazer. Disseram para ir a um hospital, fingir não saber ser seropositivo e fazer um novo teste. Senti-me mal mas foi o que fiz.»

Não é este o único caso em que os migrantes (e os médicos) têm de mentir para aceder aos serviços de saúde. Tal como foi explicado por Thomas Buhk «os migrantes em situação irregular não conseguem aceder ao tratamento na Alemanha; só é possível aceder ao mesmo de forma ilegal e é muito difícil conseguir fazê-lo durante muitos anos.» Referiu também um amplo debate na Alemanha entre profissionais de saúde e ativistas no qual se discutia a forma de melhorar o acesso dos migrantes em situação irregular à terapêutica. «Existiam dois pontos de vista: o dos que queriam ajudar sem pensar em política e os que queriam mudá-las. O segundo grupo estudou dois modelos: um cartão anónimo que dava acesso aos serviços de saúde e um fundo, pago pelos impostos, seguradoras e farmacêuticas, que cobrisse os custos do tratamento mas o governo receou que tal medida fosse incentivar a entrada ilegal de pessoas no país». Problema que não parece ser real, tal como indicou Peter Wiessner: «os migrantes ilegais podem aceder gratuitamente ao tratamento desde o verão de 2012. Existem provas de que é mais barato custear os tratamentos para o VIH que permitir a transmissão. Uma vida na ilegalidade torna os migrantes num grupo mais vulnerável ao sexo desprotegido e a outros comportamentos de risco.»

Atualmente, de acordo com o quadro legal da maior parte dos países europeus, os migrantes têm de mentir de modo a aceder ao sistema de saúde. Aceder à terapêutica e aos serviços de prevenção parece algo impossível quando assumem a qualidade de migrantes ilegais.

Neste tipo de situações as diferenças culturais têm um papel relevante? «No meu trabalho com HSH migrantes – disse Sergiu Grimalschi, consultor sénior para a migração na Berliner Aids Hilfe – percebi que o problema não passa só por dificuldades de comunicação mas também por saber as suas histórias de vida. A minha experiência diz-me que a transmissão é mais provável em relacionamentos amorosos do que com clientes.»

Sergiu Grimalsch, André Bacelar, Peter Wiessner, Thomas Buhk

SESSÃO V

A Lisbon MSM Cohort

Raquel Lucas, ISPUP

Muito se evoluiu nas últimas décadas no que diz respeito à qualidade da evidência científica sobre a carga da infeção VIH/sida - nas suas inúmeras dimensões - entre os homens que têm sexo com homens (HSH). No entanto, numa edição recente da revista científica Lancet (HIV in Men Who Have Sex with Men, de 20 de julho 2012), fica claro que as questões da dinâmica da infeção e da qualidade da prestação de cuidados de saúde entre HSH permanecem na agenda de investigação mais atual. A partir da informação de rotina fica também clara a provavelmente crescente contribuição do sexo entre homens para os novos casos de VIH notificados em Portugal, aliás espelhada na elevada prevalência da infeção encontrada no recente estudo PREVIH. Por isso se torna ainda mais óbvia a relativa escassez de informação quantitativa sobre a incidência e os determinantes da infeção VIH entre HSH em Portugal, com uma profundidade que ultrapasse as estatísticas de rotina e permita informar estratégias preventivas de forma atempada e realista. Neste contexto, foi iniciado um estudo de coorte prospetivo (da responsabilidade do GAT e do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto) com os seguintes objetivos:

1) Nas perspetivas da quantificação da carga da infeção e da prevenção:
   - Conhecer a dinâmica da infeção VIH nos HSH em Portugal através da quantificação da sua incidência;
   - Monitorizar comportamentos de prevenção primária e secundária, nomeadamente a utilização de preservativo, a frequência e os motivos do recurso ao teste e a utilização de profilaxia pós-exposição;
   - Identificar pontos críticos para intervenções preventivas.
2) Na perspetiva da prestação de cuidados de saúde:
   - Identificar estratégias para melhorar continuamente o serviço de testes prestado;
   - Explorar estratégias para garantir a ligação atempada aos cuidados de saúde.

A coorte é constituída por uma amostra consecutiva de clientes do CheckpointLX, um serviço anónimo/confidencial e gratuito para rastreio rápido do VIH dirigido a HSH e realizado por técnicos HSH. São elegíveis para participar no estudo prospetivo os HSH que procuram voluntariamente o CheckpointLX, com idade igual ou superior a 18 anos e que têm resultado negativo para o VIH na primeira visita. São realizados seguimentos periódicos a cada 6 meses, agendados na sequência de um contacto por SMS ou e-mail por parte da equipa do CheckpointLX. Em cada observação é administrado um questionário sobre comportamentos relacionados com a saúde e um teste rápido VIH. É oferecido aconselhamento pré e pós-teste e, em caso de resultado reativo, é assegurada a referenciação para uma consulta especializada. O estudo é observacional e é realizado no cumprimento dos princípios éticos enunciados na Declaração de Helsínquia. São considerados participantes apenas os HSH que assinam um documento de consentimento informado. O protocolo do estudo obteve o parecer positivo da Comissão de Ética do Hospital de S. João, no Porto.

Entre Abril de 2011 e Janeiro de 2013 foram registados 1980 contactos com clientes elegíveis para o estudo, dos quais 89% resultaram em participação na coorte. Dos 1241 HSH participantes, 529 foram observados duas ou mais vezes. Ao longo do ainda curto seguimento, a taxa de incidência de VIH foi 2,6 por 100 pessoas-ano (intervalo de confiança a 95%: 1,2-5,7). Na primeira observação mais de 80% dos HSH já tinham feito um teste VIH e aproximadamente um quarto tinha feito mais de cinco testes ao longo da vida. O principal motivo do teste atual foi a vontade de "conhecer o meu estado de saúde/teste de rotina" (75% dos inquiridos, semelhante na primeira observação e no seguimento) e mais de metade dos inquiridos referiu como motivo a "perceção de exposição ao VIH". Entre os inquiridos VIH- com um parceiro estável com infeção pelo VIH, 47% referiram não usar preservativo consistentemente com esse parceiro. É ainda de realçar que, tanto na primeira observação como no seguimento, mais de 80% dos HSH com parceiro ocasional referiram ter usado preservativo na última relação sexual ocasional – no entanto, a consistência desse comportamento entre observações foi baixa. No que diz respeito à profilaxia pós-exposição (PPE), mais de 40% dos HSH tinham ouvido falar desta estratégia preventiva, sendo que 3% já tinham feito PPE alguma vez na vida e menos de 1% tinham feito PPE no ano anterior à entrevista.

Estes resultados resumem algum do conhecimento que já pudemos obter a partir do estudo desta coorte de HSH. Este estudo prospetivo permitirá continuar a contribuir para o avanço do conhecimento epidemiológico da infeção VIH nos HSH em Portugal através da deteção dinâmica das mudanças no estatuto serológico, nos comportamentos, na realização do teste e na profilaxia pós-exposição. Além disso, os resultados do estudo desta coorte permitirão contribuir para o desenvolvimento de estratégias efetivas de antecipação do diagnóstico, bem como para a melhoria da ligação aos cuidados de saúde entre os indivíduos com infeção VIH.

SESSÃO PLENÁRIA

Apresentação de posters, VIH/ saúde em populações vulneráveis, HSH e TS

O Programa Auto-Estima é parceiro do projeto PREVIH e foi o poster vencedor da conferência.

Programa Autoestima

GOVERNO DE PORTUGAL | MINISTÉRIO DA SAÚDE — ARS NORTE Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

Anónimo, Confidencial e Gratuito

AutoestimA PROGRAMA DE SAÚDE

A POPULAÇÃO ALVO : Trabalhadores do sexo (rua e interior)

INTRODUÇÃO

O Programa Autoestima é um programa de saúde da responsabilidade da ARS Norte, I.P. Exerce a sua atividade desde Fevereiro de 1998, estando integrado no Departamento Saúde Pública desde 2009. Tem como parceiros fundadores o IDT e a CM de Matosinhos.

OBJETIVOS

- Melhorar o acesso aos cuidados de saúde e aos apoios psicossociais dos trabalhadores do sexo;
- Diminuir a incidência das IST/VIH nos trabalhadores do sexo;

METODOLOGIA

- Contacto de proximidade através das Unidades Móveis(UM);
- Atendimento nos centros de Aconselhamento (CA);

ATIVIDADES

- Consulta médica: diagnóstico e tratamento das IST´s; planeamento familiar; rastreio do cancro do colo do útero e da mama;
- Consulta de enfermagem; vacinação (tétano e hepatite B)
- Consulta de psicologia;
- Atendimento de serviço social;
- Distribuição de preservativos masculinos, femininos e lubrificantes;
- Distribuição de folhetos informativos;
- Distribuição e troca de seringas e de material de consumo assético
- Disponibilização de instalações para cuidados de higiene (chuveiro e lavandaria)

RESULTADOS ANO 2011

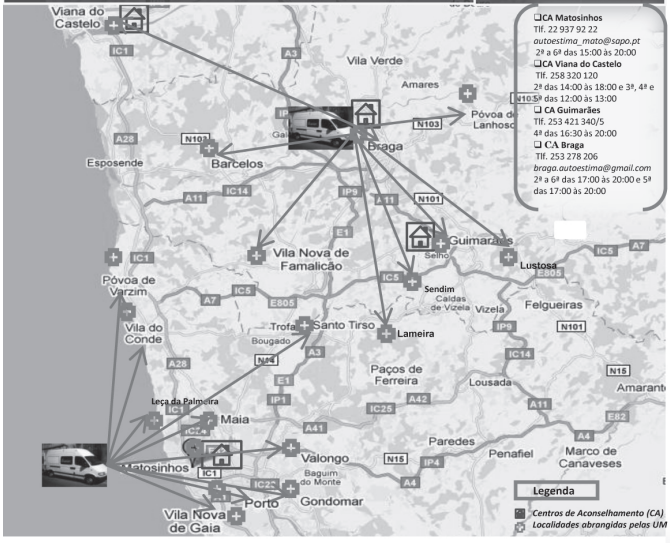
Nº de mulheres conhecidas (desde 1998 até 2011) - 5136
Nº de novas mulheres - 386
Nº de contactos estabelecidos - 6155
Nº de preservativos masculinos distribuídos - 172489
Nº de preservativos femininos distribuídos - 2914
Nº de lubrificantes distribuídos - 11435
Nº de seringas distribuídas - 324
Nº de mulheres que iniciaram a vacinação - 32
Nº de consultas médicas - 734
Nº de contactos com outros técnicos (Psicólogos, Assistentes Sociais, Enfermeiros) - 3.879

Fonte: Registos diários das Unidades Móveis (UM) e Centros de Aconselhamento (CA)

OS PARCEIROS

CM de Matosinhos, Guimarães, Famalicão e Póvoa do Varzim, ULS Matosinhos e ULS Alto Minho, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

ÁREAS GEOGRÁFICAS ABRANGIDAS / *ONDE ESTAMOS*

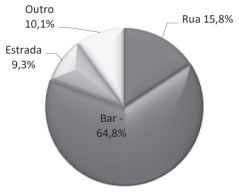


❑CA Matosinhos
Tlf. 22 937 92 22
autoestima_mato@sapo.pt
2ª a 6ª das 15:00 às 20:00
❑CA Viana do Castelo
Tlf. 258 320 120
2ª das 14:00 às 18:00 e 3ª, 4ª e 5ª das 12:00 às 13:00
❑ CA Guimarães
Tlf. 253 421 340/5
4ª das 16:30 às 20:00
❑ CA Braga
Tlf. 253 278 206
braga.autoestima@gmail.com
2ª a 6ª das 17:00 às 20:00 e 5ª das 17:00 às 20:00

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

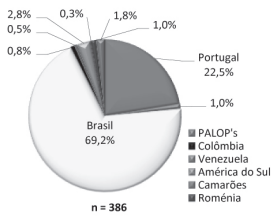
- *NOVAS MULHERES - 2011*

Local trabalho



n = 386

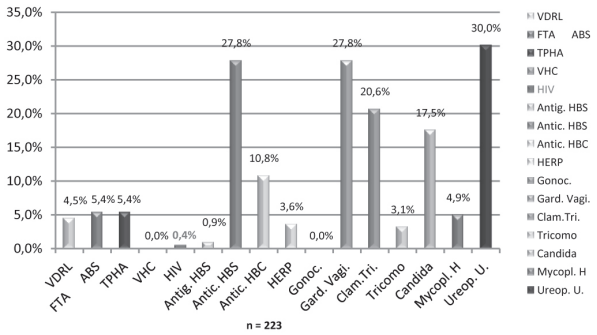
Nacionalidade



n = 386

Fonte: Registos diários das UM's e CA´s

- *INCIDÊNCIA IST/VIH – 2008-2011 – CA MATOSINHOS*



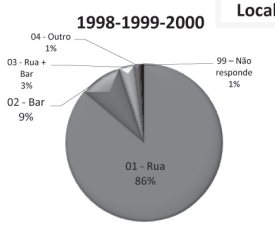
n = 223

Fonte: Resultado de análises realizadas nas 1ªs. consultas

- EVOLUÇÃO DURANTE UMA DÉCADA

Local trabalho

1998-1999-2000



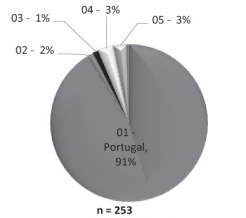
n = 253

2008-2009-2010-2011

n = 186

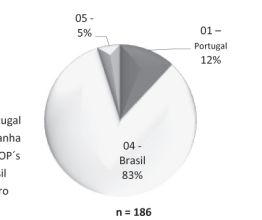
Nacionalidade

1998-1999-2000



n = 253

2008-2009-2010-2011



n = 186

Fonte: Questionários de acolhimento

CONSTITUIÇÃO DAS EQUIPAS DE TRABALHO

CA de Matosinhos
Cecília Eira –Médica de Saúde Pública - Gestora do Programa
Maria José Machado - Ginecologista
Marta Couto - Psicóloga
Isabel Silvestre - Assistente social
Ana Luísa Becerra; Alexandrina Barbosa; Margarida Bordalo – Enfermeiras
Emília Araújo – Enfermeira (voluntária)
Carla Vinagre - Administrativa

CA de Guimarães
Alice Vilas Boas - Ginecologista
Graça rapaso – Assistente social
Fátima Magalhães – Enfermeira

CA de Braga
Amparo Barreiro – Médica de Saúde Pública – Coordenadora de Braga
Judite Barros – Ginecologista
Diana Correia – Psicóloga
Carla Pereira – Assistente social
Maria Céu Talaia – Enfermeira
Maria Vargas - Enfermeira (voluntária)
Pedro Magalhães – Motorista

CA Viana do Castelo
Filomena Oliveira - Enfermeira

Famalicão
Maria Lurdes – Enfermeira

CheckpointLX

Benefícios da deteção precoce da infeção pelo VIH nos homens que têm sexo com homens

Maria José Campos, Médica

O CheckpointLX, centro comunitário para homens que têm sexo com homens (HSH), destina-se ao rastreio da infeção pelo VIH e ao aconselhamento de forma anónima, confidencial e gratuita. Tem como objetivo a deteção precoce da infeção pelo VIH, a garantia de acesso eficaz ao Serviço Nacional de Saúde dos HSH com resultado reativo fornecendo informação específica sobre VIH e ISTs adequada a este grupo específico, contribuindo para a promoção da literacia sobre saúde sexual.

No painel de Iniciativas comunitárias dirigidas a HSH para travar a epidemia do VIH da II Conferência Internacional sobre a Infeção VIH em grupos de difícil acesso foram apresentados os dados dos dois anos de atividade do CheckpointLX que apontam para os benefícios da deteção precoce da infeção pelo VIH.

De 4 de Abril de 2011 a 31 de Janeiro de 2013, foram realizados 2923 testes rápidos de deteção de VIH, dos quais 86,39% (2496) em HSH e HSH/M (homens que têm sexo com homens e com mulheres). Não foram considerados para esta apresentação os 14,60% dos testes efetuados a homens e mulheres. Do total de testes efetuados, 30,9% foram feitos a pessoas com idades compreendidas entre os 25 e os 34. Para além destes, os menores de 25 anos foram os que mais recorreram aos serviços do CheckpointLX, representando 23,5% da população estudada.

Nestes dois anos observaram-se 117 testes reativos (4,68%), dos quais 110 em HSH e 7 em HSH/M. Destes, 12 (10,25%) nunca tinham realizado o teste, 37 (31,62%) ocorreram em HSH que reportaram um último teste não reativo em 2011 e 19 (16,23%) já tinham realizado um último teste em 2012.

A referenciação para a consulta de Medicina-Infeciologia do Hospital dos Capuchos foi aceite por 88 pessoas (75,21%) com resultado reativo, sendo que 50 aceitaram acompanhamento à primeira consulta por um membro da equipa do CheckpointLX. Os outros preferiram recorrer a outras consultas (Hospital Egas Moniz, Hospital Curry Cabral, Hospital Sta. Maria e Hospital de Faro).

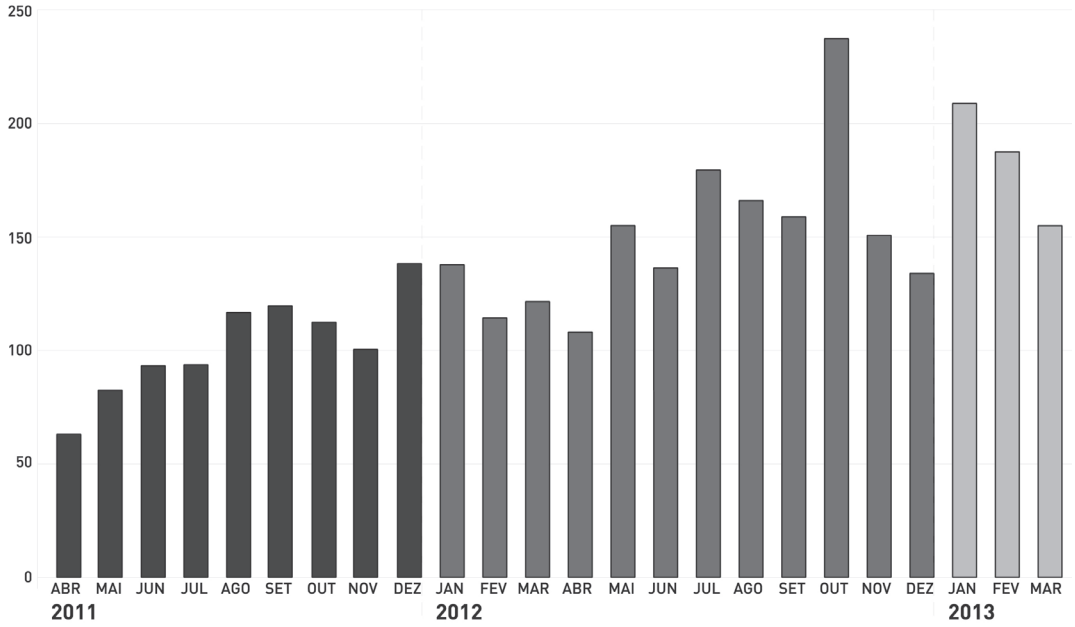
Todos os testes reativos foram confirmados por W. Blot como infeção pelo VIH1. A contagem média de células CD4 foi de 450/mm3 (desvio padrão 249/mm3) e o valor da carga viral 4,54 log10 (desvio padrão 0,74 log10). Nestes, 29 (41,4%) iniciaram ART. A taxa de retenção à segunda consulta – confirmação do resultado reativo, CD4 e carga viral – é de 84,4%.

Em Setembro de 2012 foi incluído um teste rápido para rastreio de hepatite C, para HSH que tenham critérios de inclusão. Em 115 rastreios realizados até 31 de Janeiro, obtivemos 5 casos reativos, que tiveram referenciação para consulta da especialidade.

O projeto CheckpointLX representa uma iniciativa pioneira da deteção precoce da infeção pelo VIH na comunidade de homens que têm sexo com homens.

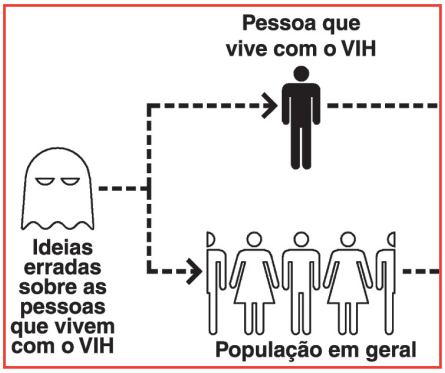
O número de testes realizado demonstra um elevado grau de proximidade com esta comunidade e permitiu a deteção de 117 casos, dos quais 88 (75%) aceitaram referenciação à consulta da especialidade e uma taxa de retenção à segunda consulta de 84,4%. Realça-se a existência de 19 (16%) casos reativos em HSH que reportaram um resultado não reativo obtido em 2012.

Evolução mensal do total de número de testes de abril de 2011 a março de 2013 / n=3265

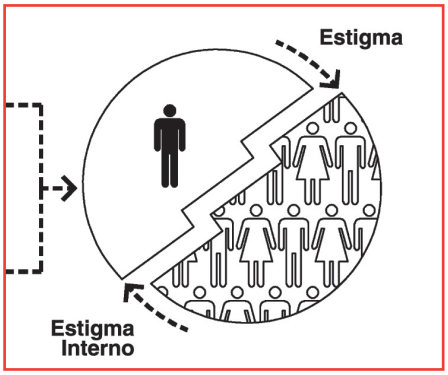


Ajude-nos a reduzir o estigma

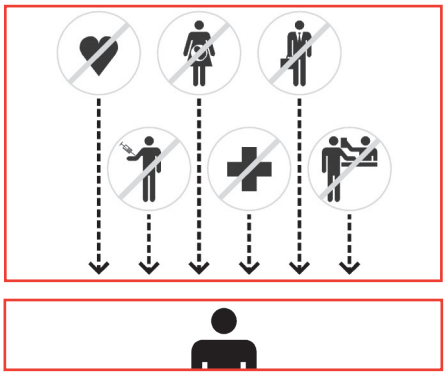
Estigma: Como nasce? Quais as suas consequências?



01 Ideias e crenças erradas, de carácter moral ou outro, socialmente difusas e vulgarmente aceites sem conhecimento nem sentido crítico, sobre as pessoas que vivem com o VIH afetam tanto os portadores do vírus como a população em geral.



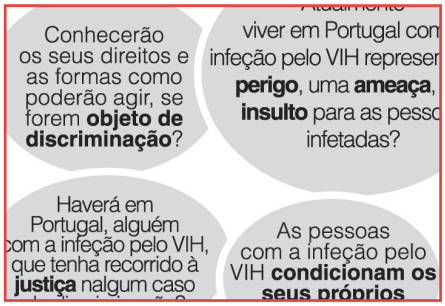
02 Estas ideias conduzem ao estigma, que é a conotação negativa das pessoas que vivem com o VIH e/ou por ele afetadas, consideradas como pessoas diferentes e socialmente desajustadas, com estilos de vida incomuns.

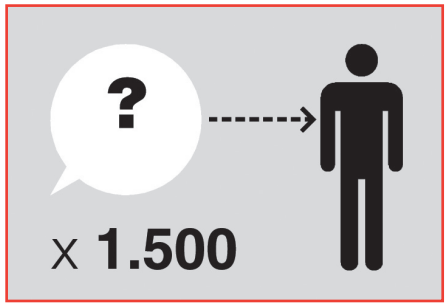


03 O estigma traz consequências graves para as pessoas que vivem com o VIH no seu relacionamento social e afetivo (amigos, família, colegas de trabalho), na decisão de ter filhos, no acesso ao emprego, na promoção da carreira profissional, no acesso aos cuidados de saúde, na aquisição de um seguro de saúde, etc. e condiciona a decisão de fazer ou não o teste de diagnóstico do VIH/SIDA.

Reduzir o Estigma: Como fazê-lo?

01 Para reduzir o estigma é importante identificar onde existe e saber qual o seu impacto real nas pessoas que vivem com o VIH. Para isso precisamos de respostas a um conjunto de questões.





02 Para conseguirmos respostas a estas perguntas, propomo-nos realizar um inquérito a 1.500 pessoas que vivem com a infeção. Este projecto de investigação chama-se Índice do Estigmadas pessoas que vivem com o VIH.

Contacte a SER+

Pedro Silvério Marques
pedro.silverio.marques@sermais.pt

SER+ Associação Portuguesa para a Prevenção e Desafio à Sida
Rua André Homem, Edifício SER+, nº 60
2750-783 Cascais
Telf: +351 214 814 130

ÍNDICE DO ESTIGMA DAS PESSOAS QUE VIVEM COM O VIH

www.gatportugal.org
www.sermais.pt

Nova brochura do GAT

Se desejar receber esta publicação pelo correio, gratuitamente, preencha, recorte ou fotocopie e envie para:

Apartado 8216
1803-001 Lisboa

a&t Ação & Tratamentos VIH/SIDA

Nome:

Morada:

Código Postal: –

Telefone: (opcional)

E-mail:

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