

GAT

Grupo de Ativistas
em Tratamentos

Membro da Coligação
Internacional Sida



2018

/ PLANO DE ATIVIDADES

gatportugal.org GATPortugal @GATVIH

2018/ PLANO DE ATIVIDADES

03 Introdução

04 Informação e Prevenção

06 Rastreio e Ligação aos Cuidados de Saúde

08 Retenção nos cuidados de saúde

09 Estigma e Discriminação

10 Envolvimento e Participação de Pessoas
que vivem com doença em Decisões de Saúde

11 Advocacia

13 Produção de Conhecimento

O GAT trabalha em parceria com a [Coalition Plus](#) e [AIDS Healthcare Foundation](#), a quem agradece a colaboração.



INTRODUÇÃO

Pôr termo às epidemias de VIH e SIDA, hepatites virais e tuberculose, responsáveis pela morte de milhões de pessoas, tem sido uma ambição partilhada entre cientistas, estados e organizações de base comunitária como o GAT. Os progressos científicos que têm sido feitos a nível mundial mudam a grande velocidade o impacto que podemos ter sobre estas epidemias. Sabemos que existem variadas estratégias atualmente a serem implementadas a nível global, mas sabemos também que nenhuma será totalmente eficaz se não tratarmos todas as pessoas que vivem com estas infeções. Por essa razão a [ONUSIDA](#) estabeleceu metas ambiciosas, porém alcançáveis, que visam o fim da epidemia de VIH e SIDA até 2030:

90%

**DAS PESSOAS QUE VIVEM
COM VIH DIAGNOSTICADAS
ATÉ 2020 E 95% ATÉ 2030;**

90%

**DAS PESSOAS
DIAGNOSTICADAS COM VIH
SOB TERAPÊUTICA
ANTIRRETROVIRAL
ATÉ 2020 E 95% ATÉ 2030;**

90%

**DAS PESSOAS
SOB TERAPÊUTICA
ANTIRRETROVIRAL
COM CARGA VIRAL
SUPRIMIDA ATÉ 2020
E 95% ATÉ 2030.**

Acabar com a epidemia de VIH e SIDA só é possível se as principais cidades do mundo investirem em respostas eficazes de forma imediata e decisiva até 2020 e 2030. O sucesso dependerá dos investimentos antecipados das cidades para aumentar o ritmo a que se prestam os serviços relacionados com a infeção pelo VIH, mais especificamente, no que diz respeito à prevenção, teste e acesso à melhor terapêutica antirretroviral. Várias cidades em todo o globo e representantes da comunidade lançaram a Declaração de Paris sobre as [Fast Track Cities](#), com o objetivo de reduzir o número de novas infeções em adultos para menos de 500 000 e reduzir situações de estigma e discriminação relacionados com o VIH.

No dia 29 de maio de 2017, Lisboa, Porto e Cascais aderiram formalmente à iniciativa *Fast Track Cities*. O GAT foi contratado pela Câmara Municipal de Lisboa para preparar a adesão da cidade de Lisboa, nomeadamente para a elaboração do perfil epidemiológico, levantamento das barreiras burocráticas existentes e constituição do consórcio de parceiros que irá implementar a iniciativa a partir do início de 2018.

Em 2018, o GAT irá promover a adesão de outras cidades prioritárias à iniciativa *Fast Track Cities*, disponibilizando apoio na preparação do processo, à semelhança do que foi efetuado na cidade de Lisboa. Adicionalmente, o presidente do GAT foi nomeado membro do Grupo de Trabalho da iniciativa *Fast Track Cities* mencionado no Despacho n.º 5217/2017, pelo que o GAT continuará a contribuir para a implementação da iniciativa a nível nacional.

O GAT pretende também contribuir para os objetivos da ONUSIDA, bem como os [Objetivos do Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas](#), nomeadamente o terceiro, dando respostas que permitam influenciar os objetivos que estão ao seu alcance. A recente contratualização com o GAT pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, para finalidade de rastreio de várias infeções (VIH, hepatites virais A, B, C, bem como sífilis e ainda consulta médicas e de enfermagem aos grupos-chave), permitirá aumentar o número de pessoas que conhecem o seu estatuto serológico para o VIH, bem como para outras infeções sexualmente transmissíveis. Por outro lado, a expansão da [Rede de Ras-](#)

treio Comunitária, promovida pelo GAT, através da renovação de parcerias com várias organizações de base comunitária em todo o país, bem como os serviços do GAT, permitirão um esforço a nível nacional para o alcance deste objetivo. Para além do investimento no rastreio (o primeiro 90%), em 2018, o GAT irá investir ainda mais no acesso e retenção nos cuidados de saúde (o segundo 90%). Para tal iremos expandir os serviços de acompanhamento, por parte de pares treinados, a pessoas com testes reativos (VIH e hepatites virais) e assegurar que existam todas as condições para que as pessoas possam iniciar e manter-se em tratamento.

As hepatites virais são também uma prioridade do GAT, sendo que todos os serviços do GAT oferecem já a possibilidade de rastreio destas infeções e (re) encaminhamento para os cuidados de saúde. A OMS Europa lançou em 2016 a Estratégia Mundial do Sector de Saúde contra as Hepatites Víricas, 2016-2021, que tem como objetivo eliminar até 2030 a ameaça que as hepatites virais constituem atualmente. Tendo este plano de ação em vista, preconiza-se reduzir os casos de infeção para 1 milhão, bem como reduzir as mortes para 500 000 até 2030. O GAT está focado em introduzir nos seus serviços alterações, para além do rastreio e tratamento, para promover o alcance destes objetivos em Portugal. Adicionalmente, estará atento à área das políticas de saúde pública em torno das hepatites virais, bem como no acesso ao tratamento atempado e mais adequado.

Em suma, existem atualmente ferramentas que permitem pôr fim a estas epidemias e reduzir o seu impacto na vida das pessoas. O GAT estará focado na utilização destas ferramentas para que Portugal possa estar na vaga dos primeiros países a atingir os objetivos estabelecidos quer pela ONUSIDA, quer pela OMS.

INFORMAÇÃO E PREVENÇÃO

Não existem intervenções de prevenção na área do VIH que sejam totalmente eficazes por si só. Por esta razão atualmente fala-se em prevenção combinada, que associa intervenções comportamentais, biomédicas e estruturais. As intervenções em que o GAT está mais focado são as duas últimas, disponibilizadas de acordo com as necessidades de cada população-alvo em que intervimos. Os serviços de rastreio do GAT dispõem de consulta médica e de enfermagem e disponibilizam:



**TESTES
(VIH, VHB,
VHC E SÍFILIS)**



**PrEP*
PPE**
TCP*****



**PRESERVATIVOS
EXTERNOS**



**PRESERVATIVOS
INTERNOS**



**KITS PARA
CONSUMO
FUMADO
- KIT COMPLETO**



**KITS PARA
CONSUMO
FUMADO
- FILTROS**



**KITS PARA
CONSUMO
INJETADO
- AGULHAS
25G E 27G**



**MATERIAIS
INFORMATIVOS**

*acompanhamento de pessoas em PrEP

**reencaminhamento para acompanhamento hospitalar

***tratamento como prevenção

O GAT, através do [Centro Anti-Discriminação](#), em parceria com a Ser+, promove atividades que abordam o estigma e discriminação em relação às pessoas que vivem com VIH e dos grupos-chave, tentando operar mudanças estruturais que tenham também um impacto preventivo.

É também missão do GAT promover e apoiar a literacia em saúde, tendo no seu passado desenvolvido materiais informativos que visavam a produção e publicação de informação atualizada e cientificamente correta que cobrisse aspetos médicos e sociais relativos às pessoas que vivem com VIH e doenças frequentemente associadas. Apesar das dificuldades de financiamento que levaram à interrupção da produção da revista [Ação e Tratamentos](#), o GAT continuou a traduzir e publicar brochuras e folhetos informativos. Seja em formatos que permitem uma leitura rápida, como os folhetos publicados no âmbito do projeto [Rede de Rastreio Comunitária](#), ou em publicações mais extensas como as brochuras, o GAT sempre procurou utilizar uma linguagem que fosse cientificamente correta e acessível às diferentes populações em situação de maior vulnerabilidade à infeção pelo VIH.

Paralelamente, foi desenvolvida uma aplicação móvel designada "[CheckMe](#)" que tem por objetivo mapear os locais de socialização HSH, informação sobre saúde sexual, gestão de medicação e de consultas médicas e/ou outras e histórico de parceiros sexuais. A aplicação foi desenvolvida tendo como principal objetivo ajudar a monitorizar a saúde sexual dos homens que têm sexo com homens.

PrEP, ou profilaxia pré-exposição-estratégia de prevenção da infeção pelo VIH através da toma de uma combinação de medicamentos (emtricitabina/tenofovir).

TcP, ou tratamento como prevenção - uma pessoa seropositiva sob tratamento e com carga viral suprimida, há mais de seis meses, não transmite a infeção pelo VIH ao seu parceiro sexual. O TcP é uma estratégia de prevenção que assenta no diagnóstico precoce e tratamento imediato.

PPE, ou profilaxia pós-exposição - tratamento que previne a infeção pelo VIH quando administrado até 48 horas após uma possível exposição ao vírus.

PROPOSTA PARA 2018:

DISPONIBILIZAÇÃO GRATUITA DE PRESERVATIVOS INTERNOS ("FEMININOS"), EXTERNOS ("MASCULINOS") E LUBRIFICANTES EM PARCERIA COM A DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE E A AIDS HEALTHCARE FOUNDATION, ATRAVÉS DO PROGRAMA DE DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAL DE PREVENÇÃO SEXUAL DO GAT, COM FOCO NAS POPULAÇÕES MAIS VULNERÁVEIS;

DISPONIBILIZAÇÃO GRATUITA DE MATERIAL PARA O CONSUMO MAIS SEGURO DE DROGAS, NOMEADAMENTE, INALADO, FUMADO E INJETADO;

ESTABELECEER CONSULTAS MÉDICAS DE ACESSO E SEGUIMENTO DE PrEP, COM O OBJETIVO DE APOIAR AS PESSOAS QUE INICIAM PREP, MONITORIZAR A SAÚDE, ADESÃO E EFEITOS SECUNDÁRIOS;

REFORÇAR O ACESSO À PPE E DIFUNDIR A INFORMAÇÃO;

PROMOVER A VACINAÇÃO DA HEPATITE A e B, HPV e OUTRAS NOS CENTROS DE RASTREIO;

ATUALIZAR A APLICAÇÃO [CheckMe](#), DE ACORDO COM O FEEDBACK DOS UTILIZADORES;

DESENHAR UMA CAMPANHA PUBLICITÁRIA A NÍVEL NACIONAL NO ÂMBITO DA REDE DE RASTREIO COMUNITÁRIA PARA A PROMOÇÃO DO RASTREIO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO.

RASTREIO E LIGAÇÃO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Atualmente, a epidemia portuguesa de VIH é concentrada (geograficamente e em grupos-chave), sendo Portugal o terceiro país europeu com maior incidência da infeção, com mais de 1 000 novas infeções por ano. A transmissão da infeção pelo VIH é maioritariamente por via heterossexual, com um importante aumento no grupo dos homens que têm sexo com homens. Em 2014, cerca de 17,1% das novas infeções foram diagnosticadas na população migrante, com 50% das pessoas a chegarem tardiamente aos cuidados de saúde.

A epidemia pelo vírus da hepatite B tem menor expressão devido ao programa de vacinação de cobertura universal implementado em 1994, contudo, persistem casos de novas infeções, sobretudo em grupos-chave (maioritariamente migrantes de países de elevada prevalência).

A epidemia pelo vírus da hepatite C é estimada situar-se entre 50 000 a 100 000 casos, contudo, em 2014 apenas 14 000 pessoas com hepatite C estavam inscritas no Sistema Nacional de Saúde, deixando de fora ainda muitas pessoas por diagnosticar. Até junho de 2017 tinham sido autorizados mais de 17 000 tratamentos.

A epidemia por sífilis é a que dispõe de menos informação epidemiológica (com poucos programas de rastreio disponíveis), e com aumento de novos casos de infeção, sobretudo em alguns subgrupos.

Em Portugal, e segundo o cálculo do modelo do ECDC usado pela Direção Geral de Saúde com dados até 2014, a cascata traduz-se nos seguintes valores:

ESTIMA-SE QUE
45 500
PESSOAS VIVAM
COM VIH EM PORTUGAL;
DAS QUAIS

90,3%
(ESTIMATIVA) ESTÃO
DIAGNOSTICADAS
COM INFEÇÃO PELO VIH;

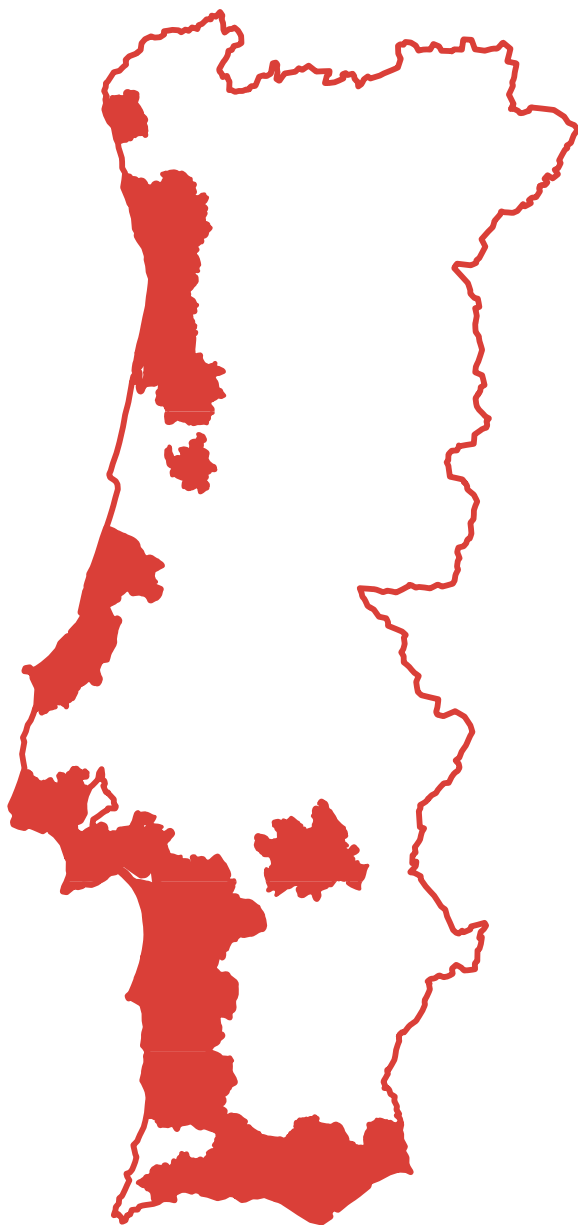
76,2%
ESTÃO SOB TRATAMENTO;

88,2%
(ESTIMATIVA) TEM CARGA
VIRAL SUPRIMIDA.

Permanece prioritário rastrear e ligar aos cuidados de saúde as pessoas que vivem com VIH e SIDA, passando a ser uma prioridade fundamental de saúde a retenção e religação ao tratamento.

Em julho de 2017, a ARSLVT contratualizou os serviços do GAT, possibilitando o aumento do número de sessões e de pessoas rastreadas. Este aumento tem por objetivo possibilitar aumentar a área geográfica de intervenção do GAT na grande Lisboa e Península de Setúbal, bem como sensibilizar os diferentes públicos para o rastreio comunitário.

Adicionalmente, o GAT promove também desde 2015 a Rede de Rastreio Comunitária, que pretende promover o modelo de rastreio comunitário de proximidade junto das populações-chave e que obteve (até Outubro 2017) mais de 1 000 resultados reativos para as infeções (VIH, sífilis e hepatites virais) e realizou cerca de 45 000 testes em todo país em 20 000 pessoas. Esta rede engloba 21 organizações de Norte a Sul do País.



O GAT disponibiliza ainda o rastreio e outros serviços complementares a diferentes populações através dos seus serviços:

INTENDENTE
INIMOURARIA
MOVE-SE
 UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE

CHECK POINT LX

De salientar ainda que o GAT implementou já há vários anos um serviço de acompanhamento gratuito para todas as pessoas com resultados reativos às primeiras consultas. Este serviço tem por objetivo principal garantir o acesso aos serviços de saúde, diminuindo as barreiras administrativas e de outros tipos que se colocam às populações-chave com que intervimos. A taxa de adesão das pessoas a este serviço é superior a 80%.

PROPOSTA PARA 2018:

AUMENTAR O NUMERO DE TESTES DE VIH, HEPATITE B e C, e SÍFILIS NOS GRUPOS ONDE A EPIDEMIA É CONCENTRADA;

AUMENTAR O NUMERO DE CONSULTAS MÉDICAS DE RASTREIO DE OUTRAS IST NO GAT;

INICIAR CONSULTAS PARA PESSOAS QUE INICIAM PrEP EM GRUPOS-CHAVE NO GAT;

AUMENTAR O NUMERO DE PARCEIROS E DE LOCAIS DE RASTREIO NO ÂMBITO DO PROJETO REDE DE RASTREIO COMUNITÁRIA;

AUMENTAR AS SESSÕES DE RASTREIO EM CONTEXTO DE PROXIMIDADE, ATRAVÉS DE NOVAS PARCERIAS COM ASSOCIAÇÕES MIGRANTES, COMUNIDADES TERAPÊUTICAS DE PESSOAS QUE USARAM DROGAS E ALBERGUES;

IMPLEMENTAR ESTRATÉGIAS DE RASTREIO PARA O GRUPO DE PESSOAS TRANS, ATRAVÉS DA CONSTITUIÇÃO DE UMA COORTE DE PESSOAS TRANS SERONEGATIVAS;

IMPLEMENTAR UM PROGRAMA DE IDENTIFICAÇÃO E RASTREIO DE TUBERCULOSE, ATRAVÉS DA SUA INTEGRAÇÃO NOS SERVIÇOS DE RASTREIO DO GAT JÁ EM FUNCIONAMENTO;

INVESTIR NA INVESTIGAÇÃO COMUNITÁRIA E NA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO, ATRAVÉS DE PARCERIAS EM ESTUDOS NACIONAIS E EUROPEUS.

RETENÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE

A retenção (assiduidade) nos cuidados de saúde é essencial para se obter bons resultados clínicos. É por isso uma prioridade apoiar as pessoas que vivem com VIH a atingir os objetivos estabelecidos pela ONUSIDA, nomeadamente o segundo e o terceiro (90% das pessoas a receber terapêutica antirretroviral com carga viral suprimida). Em Portugal, os dados demonstram que apesar de existirem 44 500 pessoas diagnosticadas com a infeção pelo VIH, só 33 000 estão sob tratamento. É necessário religar as pessoas que vivem com doença que não estão em tratamento, bem como aquelas que ainda não foram diagnosticadas. Adicionalmente, é necessário garantir que as condições necessárias para uma boa adesão estejam implementadas e, para que tal seja uma realidade em Portugal, estar mais próximo das pessoas é essencial.

O trabalho do GAT vai para além do encaminhamento de pessoas com resultado reativo para a consulta hospitalar. Por essa razão, como já foi mencionado, disponibilizamos um serviço de acompanhamento que assegura a ligação aos cuidados de saúde. Porém, estamos conscientes que para algumas populações-chave tal não é suficiente para garantir a retenção nos cuidados de saúde, uma vez que há vários obstáculos administrativos: o pagamento de taxas, a inflexibilidade de horários, as diferenças linguísticas e culturais, exclusão social, situações de discriminação, entre outros fatores, que continuam a constituir graves barreiras no acesso e retenção das pessoas aos cuidados de saúde.

Reconhecendo que o trabalho dos pares é essencial para que as pessoas que vivem com doença possam participar ativamente nas escolhas relacionadas com a sua saúde, e que, o apoio emocional, a partilha de informação sobre a doença, a ajuda na gestão e monitorização da mesma, do tratamento e seus efeitos secundários, o apoio na mudança de comportamentos e na consulta, são fatores de peso na retenção das pessoas que vivem com doença nos cuidados de saúde, o GAT pretende criar um programa de Apoio de Pares que, para além da ligação aos cuidados de saúde, garanta também uma maior adesão e retenção, de forma a que Portugal atinja o terceiro objetivo preconizado pela ONUSIDA.

O trabalho de Pares é uma estratégia de intervenção individual ou coletiva implementada por pessoas que vivem com VIH e/ou hepatite C ou das populações mais afetadas por estas infeções, e que surge no início da epidemia como resposta às necessidades da comunidade. O seu trabalho assenta nos princípios do MIPA (*Meaningful Involvement of People Living with HIV*) e no reconhecimento da importante contribuição das pessoas que vivem com estas infeções e destas comunidades nas respostas e soluções para os problemas.



TESTES
(VIH, VHB,
VHC E SÍFILIS)



RESULTADOS
REATIVOS



REFERENCIAÇÃO



ATENDIMENTOS
SOCIAIS

PROPOSTA PARA 2018:

EXPANDIR E TORNAR SUSTENTÁVEL O PROGRAMA DE APOIO DE PARES, CUJO OBJETIVO É O DE FORMAR PESSOAS QUE VIVEM COM VIH E/OU HEPATITE C E DISPONIBILIZAR APOIO NO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE, NA GESTÃO DA DOENÇA, NOS TRATAMENTOS, NA ADESAO E NAS “FALHAS” DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE.

RECONHECIMENTO DOS PARES COMO CATEGORIA PROFISSIONAL
- COLOCAR NA AGENDA POLÍTICA O RECONHECIMENTO DAS VANTAGENS DO TRABALHO DE PARES COM AS POPULAÇÕES-CHAVE E DAS PESSOAS QUE VIVEM COM VIH E HEPATITES VIRAIS, NAS RESPOSTAS À EPIDEMIA DO VIH E HEPATITES VIRAIS, TAIS COMO, A LITERACIA, O RASTREIO, A RETENÇÃO E A ADESAO AO TRATAMENTO.

ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO

O estigma e a discriminação relacionados com o VIH continuam a constituir importantes barreiras no acesso à prevenção, cuidados de saúde, tratamentos e serviços de apoio.

De acordo com os estudos *Awareness* (2013), que aferiu conhecimentos e atitudes na população portuguesa face à infeção pelo VIH e o *Stigma Index Portugal* (2013) que indica que as pessoas que vivem com VIH são discriminadas 1 a 2 vezes/ano, 60% não confrontam quem as discriminou e 20% a 50% têm comportamentos de auto discriminação.

Alcançar a meta de zero casos de discriminação, estabelecido pela ONUSIDA, é uma prioridade para o Centro Anti-Discriminação (CAD).

O estudo Stigma Index, que decorreu em vários países, tem por objetivo recolher informações sobre estigma e discriminação sentidos pelas pessoas que vivem com VIH em Portugal, e contribuir com base nesta evidência para a defesa, a mudança e a intervenção programática na resposta ao estigma e à discriminação relacionados com a infeção pelo VIH.

PROPOSTA PARA 2018:

ATENDIMENTO, ACONSELHAMENTO, MEDIAÇÃO E SEGUIMENTO DE PESSOAS COM VIH/HEPATITES VIRAIS OBJETO DE DISCRIMINAÇÃO E/OU CUJOS DIREITOS NÃO FORAM RESPEITADOS;

ACOMPANHAMENTO JURÍDICO E JUDICIAL DE PESSOAS QUE VIVEM COM VIH/HEPATITES VIRAIS, EM CASOS DE DISCRIMINAÇÃO E/OU CUJOS DIREITOS NÃO FORAM RESPEITADOS;

PROMOÇÃO DE ALTERAÇÕES LEGISLATIVAS E/OU REGULAMENTARES NECESSÁRIAS À MELHOR PROTEÇÃO DOS DIREITOS E COMBATE À DISCRIMINAÇÃO;

DESENVOLVIMENTO DE FORMAÇÕES SOBRE VIH/HEPATITES VIRAIS, ÉTICA, DIREITOS HUMANOS E DISCRIMINAÇÃO;

RECOLHA E DISPONIBILIZAÇÃO DE INFORMAÇÃO EXTENSIVA E ALARGADA SOBRE ÉTICA, DIREITOS HUMANOS E DISCRIMINAÇÃO, VIH, HEPATITES VIRAIS, TUBERCULOSE E INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS;

IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO DO PROJETO RESPECT PORTUGAL, NO ÂMBITO DO OPTEST (WP7);

REPLICAÇÃO DO ESTUDO STIGMA INDEX.

ENVOLVIMENTO E PARTICIPAÇÃO DE PESSOAS QUE VIVEM COM DOENÇA EM DECISÕES DE SAÚDE

Em Portugal, a possibilidade de participação pública na saúde encontra-se consagrada desde a aprovação da Constituição da República Portuguesa (1976), tendo essa participação sido reforçada, posteriormente, tanto na Lei do SNS (1979), como na Lei de Bases da Saúde (1990) e no Estatuto do SNS (1993). No entanto, a título de exemplo, só em 2016 foi regulamentado o Conselho Nacional de Saúde, tendo os representantes dos utentes – onde se inclui o GAT – sido eleitos em 2017, pela Assembleia da República.

Outras formas institucionalizadas de participação e representação dos cidadãos continuam sem funcionar adequadamente ou mesmo sem ser ativadas, como acontece, por exemplo, nos Conselhos da Comunidade dos ACES, nos Conselhos Consultivos dos Hospitais ou na Comissão de Avaliação de Tecnologias do INFARMED. No âmbito do Plano Nacional de Saúde (PNS), apesar de a participação ser considerada, neste documento, um pilar-chave para atingir melhores resultados em saúde, formalmente, os cidadãos continuam arredados da definição, implementação, monitorização ou avaliação do PNS, ao contrário do que foi sugerido, na avaliação do sistema de saúde português e do PNS, pela Organização Mundial de Saúde (2010).

Os resultados dos inquéritos realizados junto de mais de 600 cidadãos e 78 organizações de pessoas com doença e outras na área da saúde, no âmbito do MAIS PARTICIPAÇÃO, melhor saúde, mostram que, só um terço das organizações inquiridas acha que tem influência na política de saúde e menos de 10% refere ter sido consultada ou envolvida quer pelos/as Deputados/as quer pela Comissão Parlamentar de Saúde.

A ausência de cultura e experiência de colaboração entre as organizações da sociedade civil e as instituições públicas, aliada ao excesso de burocracia do sistema de saúde, são apontados como as principais barreiras ao envolvimento na tomada de decisão. Por outro lado, as associações referiram querer iniciativas de capacitação para a participação na decisão em saúde e também iniciativas de sensibilização dos decisores. Os cidadãos/pessoas com doença referiram que as organizações que os representam devem ser parceiros na tomada de decisão, juntamente com os profissionais de saúde e os representantes do Ministério da Saúde.

Sabendo que a experiência e o conhecimento únicos de quem vive com a doença, ou é afetado por ela, constituem fatores de sucesso para uma melhor saúde, urge continuar a colocar na agenda política e mediática a importância do envolvimento das pessoas com doença na política de saúde, na gestão das instituições de saúde e nas decisões individuais de tratamento e capacitar as organizações de pessoas com doença para uma participação mais efetiva.

PROPOSTA PARA 2018:

CONTINUAR A DIVULGAR
A Carta para a Participação Pública em Saúde, JUNTO DAS ORGANIZAÇÕES QUE REPRESENTAM PESSOAS QUE (COM)VIVEM COM DOENÇA CRÓNICA;

RECOLHER AS 4000 ASSINATURAS NO ÂMBITO DA Petição EM CURSO, PARA QUE A CARTA PARA A PARTICIPAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE SEJA DISCUTIDA PELA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA;

DAR CONTINUIDADE AOS WORKSHOPS MENSIS SOBRE TEMAS RELACIONADOS COM A POLÍTICA DE SAÚDE E O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (SNS);

PROMOVER A FORMALIZAÇÃO DE UMA ALIANÇA DE ASSOCIAÇÕES DE PESSOAS COM DOENÇA EM PORTUGAL.

ADVOCACIA

A atividade política do GAT durante o ano de 2017 centrou-se, uma vez mais, na questão do acesso universal ao tratamento para a hepatite C, quer em Portugal, quer na Europa.

Consolidou ainda a posição do GAT como organização-chave na discussão política nacional e internacional, desde os preços de tratamentos para a Hepatite C, até às questões de acesso à saúde dos grupos mais distantes do Serviço Nacional de Saúde, passando por modelos de pagamento de medicamentos, acesso à inovação terapêutica, participação na tomada de decisão das pessoas com doença, entre muitos outros temas.

Isentar as populações-chave das taxas moderadoras para estas infeções com impacto na saúde pública, foi, nos últimos anos, um dos focos da nossa atividade de advocacia em políticas de saúde. Acreditamos ter influenciado esta alteração legislativa que se traduz num grande impacto para o trabalho no terreno do GAT.

A alteração do Decreto-Lei n.º 131/2017 que alarga o elenco de cuidados de saúde dispensados da cobrança de taxa moderadora. O artigo 8.º passa a ter a seguinte redação:

«É dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito das seguintes prestações de cuidados de saúde: (...)

g) Consultas e atos complementares de diagnóstico e terapêutica realizados no decurso de

- rastreios de base populacional,
- rastreios
 - de infeções VIH/SIDA, hepatites, tuberculose pulmonar e doenças sexualmente transmissíveis,
 - de programas de diagnóstico precoce e de diagnóstico neonatal, e
 - no âmbito da profilaxia pré-exposição para o VIH, promovidos no âmbito dos programas de prevenção da Direção-Geral da Saúde; (...)

PROPOSTA PARA 2018:

Nacional

INTEGRAÇÃO DAS RESPOSTAS ÀS EPIDEMIAS EM QUE O GAT TRABALHA (VIH, HEPATITES VIRAIS, TB E IST) E POR UM COMPROMISSO POLÍTICO AO MAIS ALTO NÍVEL PARA COM AS METAS INTERNACIONAIS DE ELIMINAÇÃO DA INFEÇÃO PELO VIH E HEPATITES VIRAIS ATÉ 2030;

MODELOS DE FINANCIAMENTO SUSTENTÁVEIS DE RESPOSTAS EFICAZES NO TERRENO E QUE GARANTAM A SUA SUSTENTABILIDADE A LONGO PRAZO;

INVESTIMENTO NA ADESÃO E RETENÇÃO TERAPÊUTICAS, POR PREÇOS COMPORTÁVEIS QUE GARANTAM SIMULTANEAMENTE O ACESSO À MELHOR INOVAÇÃO DISPONÍVEL;

REMOÇÃO DE TODAS AS BARREIRAS FINANCEIRAS E ADMINISTRATIVAS NO ACESSO À SAÚDE DE GRUPOS-CHAVE E SISTEMAS DE PAGAMENTO DE MEDICAMENTOS QUE RETIREM O PESO FINANCEIRO DAS ESTRUTURAS CLÍNICAS, E QUE FACILITEM O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, MAXIMIZANDO O ACESSO DE TODAS AS PESSOAS A TRATAMENTO DE QUALIDADE;

PARTICIPAÇÃO DE PESSOAS COM DOENÇA E DE PESSOAS DOS GRUPOS MAIS ATINGIDOS PELAS EPIDEMIAS, TANTO NA TOMADA DE DECISÃO PÚBLICA, COMO NAS RESPOSTAS A SEREM IMPLEMENTADAS NO TERRENO;

MELHORIA DO ENQUADRAMENTO LEGAL SOBRE ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO DAS PESSOAS QUE VIVEM COM VIH E SIDA;

DESENVOLVIMENTO DE RESPOSTAS LOCAIS A EPIDEMIAS LOCAIS, TENDO EM VISTA O ULTRAPASSAR DAS METAS INTERNACIONAIS EM 2020 E 2030;

DISPONIBILIZAÇÃO EFETIVA DA PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO, INCLUINDO A SUA DISPONIBILIZAÇÃO EM MEIO COMUNITÁRIO, JUNTO DAS PESSOAS EM MAIOR RISCO DE CONTRAIR A INFECÇÃO PELO VIH;

ACESSO A DADOS PÚBLICOS RELEVANTES, NOMEADAMENTE INFORMAÇÃO SOBRE: ADESÃO E RETENÇÃO TERAPÊUTICA, CUSTO E EFICÁCIA DE ESTRUTURAS E PROJETOS DE RASTREIO, PROGRAMAS DE PREVENÇÃO E REDUÇÃO DE RISCOS/ MINIMIZAÇÃO DE DANOS, PrEP E PPE;

REFORMA DE POLÍTICAS DE DROGAS QUE INCLUA A DISPONIBILIZAÇÃO DE NALOXONA EM CONTEXTO DE PROXIMIDADE, ALARGAMENTO E REFORÇO DE CAPACIDADES DO PROGRAMA DE TROCA DE SERINGAS, DISPONIBILIZAÇÃO DE TODAS AS OPÇÕES TERAPÊUTICAS PARA UTILIZADORES DE OPIÁCEOS E ALARGAMENTO DAS RESPOSTAS EXISTENTES COM EFICÁCIA DEMONSTRADA, BEM COMO A REGULAMENTAÇÃO DOS CANABINÓIDES PARA USO MEDICINAL E RECREATIVO;

Internacional:

ACESSO UNIVERSAL À MELHOR INOVAÇÃO A PREÇOS COMPORTÁVEIS;

MAIOR TRANSPARÊNCIA DO SISTEMA DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, E DE FIXAÇÃO DE PREÇOS DOS MEDICAMENTOS, BEM COMO PELA REFORMA DO SISTEMA INTERNACIONAL DE REFERENCIAÇÃO EXTERNA DE PREÇOS;

SISTEMAS DE SAÚDE QUE GARANTAM O ACESSO UNIVERSAL

AOS MELHORES CUIDADOS A TODOS OS CIDADÃOS DO MUNDO, INDEPENDENTEMENTE DAS SUAS PATOLOGIAS, CONDIÇÕES E/OU ESCOLHAS DE VIDA OU NACIONALIDADE;

REFORÇO DO PAPEL DA UNIÃO EUROPEIA NO FORTALECIMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

E PROTEÇÃO SOCIAL DOS SEUS ESTADOS MEMBRO, BEM COMO DOS PAÍSES VIZINHOS;

RESPOSTA EM SAÚDE QUE NÃO ESQUEÇA OS DETERMINANTES SOCIAIS

DAS PESSOAS

EM SEGUIMENTO E POR MOLDURAS POLÍTICAS, LEGAIS E REGULAMENTARES QUE RESPEITEM INTEGRALMENTE OS DIREITOS HUMANOS DE TODOS OS CIDADÃOS, COM UM FOCO ESPECIAL NAS QUESTÕES DE POLÍTICAS DE DROGAS, MIGRAÇÃO, DIREITOS LGBTIQ E TRABALHO SEXUAL;

SISTEMAS DE SAÚDE MAIS EFICAZES E PRÓXIMOS DAS PESSOAS

QUE PRETENDEM SERVIR, E COM RESPOSTAS AJUSTADAS AOS GRUPOS TENDENCIALMENTE MAIS DISTANTES DOS SISTEMAS FORMAIS;

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO INTEGRADOS

QUE NOS PERMITAM TER INFORMAÇÃO DE QUALIDADE E FACILMENTE ACESSÍVEL, PARA QUE POSSAMOS RAPIDAMENTE AVALIAR A QUALIDADE DAS NOSSAS RESPOSTAS EM SAÚDE, E AJUSTAR AS MESMAS AO MUNDO REAL.

PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO

Conhecer as epidemias e gerar evidência que permita guiar as estratégias a adoptar para ter impacto nas epidemias de VIH e hepatites virais sempre foi uma das prioridades do GAT quer junto das autoridades de saúde, quer mesmo internamente. Por essa razão, temos colaborado de forma assídua com vários investigadores e estudos a nível nacional e internacional para que se produza mais conhecimento. Porém, sempre defendemos que a investigação não se pode restringir aos meios académicos e existe muito potencial na comunidade para recolher dados, tratá-los e analisá-los de forma a documentar informação que só pode ser recolhida em contextos de difícil acesso, só acessível a quem faz trabalho de proximidade com as populações mais vulneráveis. Por estas razões em 2018 iremos iniciar e continuar os seguintes projetos de investigação:

Duração	Projeto	Descrição
2016-2019	HIV-KACRAI	Comparar o impacto de duas sequências de testes na identificação de infeções agudas para o VIH na população de homens que têm sexo com homens.
2014	COBA-Cohort	Estimar a incidência da infeção pelo VIH, e seus preditores, na população de homens que têm sexo com homens.
2015 -contínuo	Coorte Rede de Rastreio Comunitária	Estimar a incidência da infeção pelo VIH, e seus preditores, em populações vulneráveis.
2017-2018	European MSM Internet Survey (EMIS)	Recolher informações sobre os conhecimentos, atitudes e práticas dos HSH na área de saúde sexual.
2018 - 2019	European Safer Injecting Drug use Education Research: EUROSIDER	Implementação e avaliação de um programa comunitário de apoio e educação para a injeção mais segura.
2017 - 2018	Hepatite C - estudo de prevalência em ambiente de consumo injetado de drogas	Estimar a prevalência de VHC em pessoas que usam drogas.
2017 -contínuo	HPV/AIN MSM Cohort	Estimar a incidência da infeção pelo HPV e displasia/cancro na região anal, e seus preditores, na população de homens que têm sexo com homens.
2011-contínuo	Lisbon MSM Cohort	Estimar a incidência da infeção pelo VIH, e seus preditores, na população de homens que têm sexo com homens.
2017-2018	SexTra Study	Recolher informações sobre a situação sociodemográfica, conhecimentos sobre a infeção pelo VIH e as outras infeções sexualmente transmissíveis, práticas sexuais e consumos de drogas em pessoas que nasceram homens.
2018-contínuo	Trans Coorte	Estimar a incidência da infeção pelo VIH, e seus preditores, na população de pessoas trans.



GAT - Grupo de Ativistas em Tratamentos

Avenida Paris, 4 - 1º direito
1000-228 Lisboa
Portugal

Tel.: +351 210 967 826

Fax.: +351 210 938 216

E-mail: geral@gatportugal.org