

VIH/ Sida: situação da prevenção em Portugal e o contexto europeu

Aliete Cunha-Oliveira

PhD, MSc, RN. Investigadora do CEIS20

E-mail: aliete.cunha@gmail.com

José Cunha-Oliveira

MSc, MD. Médico psiquiatra

E-mail: josecunhaol@gmail.com

Salvador Massano Cardoso

PhD, MD. Prof. da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

E-mail: massanocardoso@hotmail.com

Resumo

O VIH constitui um dos principais problemas de saúde pública nos países da EU/EEE. Os novos casos continuam a aumentar em homens que têm sexo com homens, que representam 42 % dos novos casos diagnosticados. 47% dos novos diagnósticos ocorrem em fase avançada da infeção. O tratamento como prevenção, a profilaxia pré-exposição e a indicação de tratamento independentemente das T CD4+, alteraram o paradigma de abordagem da infeção. Os programas dos últimos dez anos devem-se às Declarações de Dublin e Vínus. A intensificação da prevenção e do tratamento nos próximos 5 anos são essenciais para atingirmos o objetivo “90-90-90”.

Palavras-chave: Educação; Prevenção; VIH Europa; VIH Portugal; Sida

Abstract

HIV is a major public health problem in the countries of the EU/EEA. New cases continue to rise in men who have sex with men, which accounted for 42% of newly

diagnosed cases. 47% of newly diagnosed cases occur in advanced stages of the infection. The treatment as prevention, pre-exposure prophylaxis and treatment indication independently of T CD4 + altered the approach paradigm towards the infection. Programs of the past decade are due to the Dublin and Vilnius Declarations. The intensification of prevention and treatment over the next five years are essential to achieve the goal "90-90-90".

Keywords: Education; Prevention; HIV Europe; HIV Portugal; AIDS

1. Introdução

O vírus da imunodeficiência humana (VIH) continua a constituir um dos principais problemas de saúde pública dos 30 países da União Europeia/Espaço Económico Europeu (UE/EEE). É uma infeção associada com doença grave, custos persistentemente elevados de tratamento e cuidados, número significativo de mortes e esperança de vida encurtada. O VIH é um vírus que ataca o sistema imunológico e provoca uma doença grave com um longo período de incubação e prolongada ao longo da vida.

Em toda a Europa, a epidemia de VIH/Sida tem causado enorme sofrimento humano e perdas financeiras, o número de novos diagnósticos de infeções pelo VIH continuava a aumentar, entre 2000 e 2007, e a taxa anual de infeção relatada pelo VIH aumentou de 39 para 75 milhões.

De acordo com o Relatório Epidemiológico Anual de 2013 do ECDC, o número total de novos casos estabilizou em cerca de 29 mil casos por ano (correspondendo a uma taxa de 5,7/100 000 habitantes), com 11% dos diagnósticos ocorrendo nas idades dos 15 aos 24 anos de idade, apesar de a epidemiologia nos grupos de risco diferir de uns países para os outros. Já na região Europeia da OMS a taxa de novas infeções era de 7,8/100 000 habitantes. Na UE/EEE as taxas mais elevadas registavam-se na Estónia (24,6), na Letónia (16,8) e em Portugal (10,4) (ECDC, 2014).

A maior parte dos novos casos pertence ao grupo dos homens que têm relações sexuais com outros homens (42%), seguido do grupo de pessoas infetadas através de relações heterossexuais (32%) e do grupo dos consumidores de drogas injetáveis (5%). Mais de um quarto dos casos foi registado na Grécia, Lituânia e Roménia. 33% dos diagnósticos ocorrem na faixa etária dos 30 aos 39 anos. Os homens que têm sexo com outros homens (HSH) tendem a predominar nas faixas etárias mais jovens (20-29 anos), enquanto os heterossexuais predominam nas faixas etárias acima dos 50 anos.

A transmissão vertical de mãe para filho, as infeções profissionais acidentais e as transfusões de sangue ou de produtos derivados do sangue contribuíram para 1% dos casos (ECDC, 2014). Entre 2004 e 2010 o número de casos entre HSH aumentou 39%; os casos de infeção adquirida através de contacto heterossexual têm-se mantido relativamente estáveis (36%); e os casos nos outros grupos de risco continuaram a diminuir. Na Roménia e na Grécia, pelo contrário, verificou-se em 2011 um forte aumento da infeção entre usuários de drogas injetáveis (UDI). Apesar do elevado número total de pessoas que vivem com VIH, no período de 2004 a 2010 o número de novos diagnósticos de Sida por ano diminuiu para metade na Europa, o que se deve à melhoria do acesso aos cuidados e tratamentos (ECDC, 2013).

Portugal continua a apresentar das mais elevadas incidências de infeção VIH no espaço da Europa Ocidental, apesar de estar a observar-se uma tendência de descida de novos casos, de 1941 em 2007 para 1518 em 2010 e 1220 em 2014 (DGS, 2012; DGS, 2015).

Quanto à distribuição por géneros, verificou-se um predomínio do sexo masculino até 2001, passando a um predomínio do sexo feminino entre 2002 e 2005 e a novo predomínio do sexo masculino a partir de 2006, devido aos casos registados em HSH (CORTES MARTINS, Helena, 2014).

Portugal tem uma área de 92 117.5 km². A sua população, estimada em 10,5 milhões de habitantes, goza de uma esperança de vida à nascença de 76,4 anos para os homens e de 82,3 anos para as mulheres (INE, 2012). Toda a população tem acesso aos serviços prestados pelo Serviço Nacional de Saúde. No que respeita à infeção VIH e à Sida, cada doente infetado, de acordo com as normas nacionais, é clinicamente considerado candidato a tratamento antirretrovírico (TAR) e tem acesso gratuito aos medicamentos. Assim, a partir de 1987, a medicação antirretrovírica passa a ser comparticipada pelo Estado Português a 100% do seu custo e a partir de 1992 os indivíduos portadores de VIH passaram a gozar de isenção de pagamento da “taxa moderadora”.

O primeiro caso de Sida foi diagnosticado em outubro de 1983, num cidadão português, dois anos após a deteção da doença a nível mundial. Casos anteriores terão sido observados, desde 1979, na enfermaria de Doenças Infeciosas e Medicina Tropical do Hospital Egas Moniz. Foram descritos em homossexuais masculinos de raça branca. A infeção VIH-1 terá entrado no país via Europa e África: via Europa através de consumidores de drogas endovenosas; e a partir de África através de grupos de

heterossexuais que haviam residido e tido comportamentos de risco em África (DUQUE, Vítor, 2006).

Em 2004, morriam de Sida cerca de 1 000 pessoas por ano, tendo até 2010 morrido 7 694 pessoas. De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, três quartos da mortalidade associada à Sida ocorriam entre os 25 e os 44 anos de idade (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2004). A mortalidade por Sida aumentou até 1996, tendo estabilizado desde então. Estes dados contrariam a tendência de descida da mortalidade noutros países desenvolvidos, apesar de Portugal dispor de um acesso universal e gratuito aos melhores tratamentos (PORTUGAL, 2007). Em relação ao indicador “mortalidade por Sida em idades inferiores a 65 anos”, a meta da ONUSIDA para 2010 era 7/100 mil pessoas. Portugal, com 6,8, cumpriu o objetivo, mas na União Europeia em geral o indicador registava 1,14, sendo os melhores valores os da Finlândia e da Grécia, com 0,2 (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2010).

Calcula-se que o número de pessoas com diagnóstico tardio de infeção (definido pela contagem de linfócitos T CD4+ inferior a 350/mm³) se mantém elevado, superior a 60%, tendência que, sendo comum à de outros países da União Europeia, é, ainda assim, muito superior em Portugal. De acordo com a ECDC, o número de casos diagnosticados com CD4+ <350 era de 62.5% em Portugal, contra 49.4% no total da União Europeia (ECDC, 2011).

Quanto à transmissão mãe-filho, entre 1999 e 2010 nasceram 2 656 crianças em risco de infeção. Em 73 casos houve transmissão mãe-filho. Em 2010 nasceram 264 crianças de mães com VIH, com uma taxa de transmissão de 1,9%, significando 5 casos VIH positivos. Estes resultados devem-se em grande medida à implementação, pelo então chamado Laboratório de Referência da Sida, de um protocolo laboratorial de apoio aos pediatras infeciologistas para o diagnóstico precoce da transmissão mãe-filho dos vírus VIH-1 e VIH-2. (PÁDUA, Elizabeth [et al.], 2012). De acordo com o atual Programa Nacional para a Infeção VIH/Sida, prevê-se, como um dos objetivos principais, uma redução das taxas anuais de transmissão mãe-filho para níveis próximos de 1% até 2016 (DGS, 2012a).

A epidemia portuguesa de VIH é do tipo concentrado, isto é, a prevalência na população geral é inferior a 1%, atingindo sobretudo populações com comportamentos que determinam uma especial vulnerabilidade, designadamente usuários de drogas injetáveis (UDI), trabalhadores de sexo, HSH e reclusos, grupos em que a prevalência da infeção é superior a 5%. Assim: nos HSH, apontam-se prevalências de 7,7% a

10,2%; nos trabalhadores de sexo que acederam a realizar voluntariamente o teste de VIH, a percentagem de seropositividade foi de 8,9%; já a prevalência auto-reportada foi de 7,2%; nos UDI, que representavam de início a maior proporção de infetados, a prevalência tem vindo a diminuir, mas permanece acima dos 10% (DGS, 2012).

Os dados referentes a 2014 indicam 53 072 casos de infeção VIH, sendo 36 % jovens dos 15-29 anos de idade (infeção na adolescência ou início da idade adulta). 49% dos diagnósticos são tardios, 18,3 % em fase Sida, e a média de idades do diagnóstico era de 40 anos. Também a distribuição por género manteve, relativamente ao ano anterior, a tendência de ligeiro decréscimo da proporção de casos ocorridos no género feminino, verificada desde meados da década anterior e mencionada no Relatório referente ao ano de 2013.

Desde o início da epidemia em Portugal, 74,2% dos casos notificados ocorreram no grupo etário 20-44 anos e 14,6% em pessoas acima dos 49 anos. É admissível que esta evolução esteja a ser influenciada pela proporção progressivamente crescente de casos HSH notificados. Em 2014, mais de 25% do total de novos casos notificados ocorreram em pessoas com 50 ou mais anos de idade e 6,5% em pessoas acima de 65 anos, fenómeno idêntico ao que se passa na UE / EEE em geral.

Os últimos dados disponíveis indicam o VIH e a Sida como 9ª causa de anos de vida potencialmente perdidos (DGS, 2015).

A importância dos movimentos de migração nos países ocidentais continua a ser alvo de atenção particular, tendo em vista a definição de melhores estratégias de prevenção primária, diagnóstico precoce, acesso e retenção nos cuidados de saúde destas populações. O Relatório “Avaliar o Peso das Doenças Infeciosas entre Populações Migrantes na UE/EEE” revela que a nível populacional a maior parte dos migrantes é saudável e que apenas é mais afetada por certas doenças, como o VIH e a tuberculose. Os migrantes representavam 40% dos casos de VIH registados na EU / EEE entre 2007 e 2011. Além disso, os migrantes são diagnosticados mais tarde e têm piores resultados clínicos do que as populações nativas (ECDC, 2015 a).

Em Portugal, após uma tendência crescente da frequência de novos casos de infeção por VIH, que se verificava desde 2000 e que atingiu o máximo em 2010 (26,4%), tem vindo a verificar-se um decréscimo progressivo a partir de então, correspondendo a 17,1% em 2014, ainda assim significativa em regiões-chave, como a área metropolitana de Lisboa e o Algarve. Apesar do decréscimo que se tem vindo a verificar e atendendo ao contexto internacional em que o país se insere, a questão da

infecção por VIH nas populações migrantes deve merecer uma estratégia nacional específica, a implementar em 2016, tendo em vista os objetivos de prevenção, diagnóstico, acesso aos cuidados de saúde e tratamento acima identificados, particularmente nas regiões mais afetadas e, sobretudo, nas populações originárias da África Subsaariana e América Latina (DGS, 2015).

Em 2001, Portugal reconheceu aos cidadãos estrangeiros residentes o direito de acederem, em igualdade de tratamento com os beneficiários do Sistema Nacional de Saúde, aos cuidados de saúde e assistência medicamentosa¹.

2. Os caminhos da prevenção, diagnóstico e tratamento

Desde 2011, o avanço que se verificou nos conceitos de prevenção, diagnóstico e tratamento só tem comparação na década de 90, com a introdução da TAR combinada. Os conceitos de tratamento como prevenção e, posteriormente, de profilaxia pré-exposição e a indicação de tratamento para todos, independentemente do valor de linfócitos T CD4+, abriram, no seu conjunto, uma perspetiva de alteração do paradigma de abordagem da infeção por VIH, mesmo considerando que a controvérsia de algumas destas opções (nomeadamente a profilaxia pré-exposição) e outras nos obriguem a encontrar novos modelos que assegurem a sua exequibilidade (DGS, 2015).

Desde a introdução do Programa de Troca de Seringas, em 1993, nas farmácias portuguesas, até ao momento atual, as estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento incluem: a articulação dos cuidados de saúde primários (CSP) com a população de utilizadores de drogas intravenosas, integrada no Programa “Diz não a uma seringa em 2ª mão”; a atualização das indicações para realização de teste de VIH; o início organizado da realização de testes rápidos de diagnóstico nos CSP; a indicação de tratamento para todas as pessoas infetadas (independentemente do estágio imunológico); e a implementação de um sistema de monitorização da infeção por VIH (SLVIDA) constituem a face mais visível de uma mudança em curso na abordagem desta infeção, e que se destina a atingirmos as metas definidas pela ONUSIDA. O Relatório sobre “Infeção por VIH, Sida e Tuberculose em números – 2015” refere que “neste contexto, não é utópico pensar que, em 2030, Portugal também poderá ser um país sem Sida, em termos de ameaça à saúde pública. Os dados agora apresentados, referentes a 2014 contribuem para esta visão, nomeadamente os que respeitam ao

¹ DESPACHO n.º 25360/2001, do ministro da Saúde. DR n.º 286, II Série, de 12 de dezembro.

número de novos casos notificados de casos de Sida e de diagnósticos tardios. Afirmá-lo não significa esquecer o caminho que ainda falta percorrer, as dificuldades a ultrapassar e as medidas que será necessárias introduzir que, tal como outras já implementadas, terão que satisfazer duas condições: fazer melhor e fazer diferente. Ambas são indissociáveis e a ausência de qualquer uma inviabilizará o objetivo final” (DGS, 2015).

A este propósito é de referir que nos EUA a PrEP foi aprovada em 2012 e as orientações clínicas foram aprovadas em 2014. Na Europa, os planos para implementação da PrEP como componente integral das estratégias de prevenção do VIH estão ainda numa fase inicial, mesmo nos países onde a investigação tem sido muito ativa. Apesar das evidências de custo-eficácia, a implementação da PrEP não é fácil a nível europeu em virtude da variedade de sistemas de saúde e mecanismos de financiamento (CAIRNS, Gus, 2015).

A velha controvérsia sobre quando iniciar a TAR está resolvida. As últimas orientações da OMS sobre a infeção VIH recomendam que todas as pessoas diagnosticadas devem iniciar o tratamento independentemente do resultado da contagem de células CD4+. Porém, ainda subsiste a falta de conhecimentos sobre o efeito da medicação a longo prazo. A questão da segurança da terapêutica está longe de estar encerrada (LUNDGREN, Jens, 2015).

Em Portugal a TAR está recomendada em todos os doentes com infeção crónica por VIH-1 com uma contagem de linfócitos T CD4+ ≤ 500 células/ μ l (DGS, 2015).

A Região da Europa precisa de intensificar as atividades de prevenção e tratamento, para atingir a meta da ONUSIDA para 2020 (90% de pessoas diagnosticadas, 90% das pessoas diagnosticadas em tratamento e 90% das pessoas em tratamento com carga viral suprimida – “90-90-90”). Porém, e como disse o Professor Michel Kazatchkine, enviado especial do secretário-geral das Nações Unidas para o VIH e a Sida na Europa Oriental e Ásia Central, na sessão de abertura da XV European AIDS Conference, realizada em Barcelona, “não existe uma única Europa. De facto, existem três Europas, a Europa Oriental, a Europa Central e a Europa Oriental, cada uma com as suas próprias características epidemiológicas, diferentes tipos de resposta e e diferentes níveis de resultados”. Na Europa Oriental a epidemia continua a crescer entre os UDI, bem como nos heterossexuais homens e mulheres. Não existem serviços de prevenção a uma escala adequada e o acesso à redução de danos é limitado. Existem ainda um baixo nível de cooperação entre governos e ONG, o que impede de

desenvolver mais atividades de prevenção. Na Europa Central, apesar da baixa prevalência, a incidência de VIH tem crescido gradualmente em muitos países. A epidemia continua muito concentrada entre HSH e UDI. Alguns países desta região, como a Roménia, pioraram a sua situação, designadamente entre os UDI. Quanto à Europa Ocidental, apesar de parecer ter tudo para dar uma resposta bem-sucedida ao VIH, a verdade é que o nível global de novas infeções permaneceu estável na última década. Não obstante a cobertura universal de saúde, dos excelentes cuidados no VIH e do alto nível do apoio social, as novas infeções têm aumentado entre HSH nos últimos 10-15 anos. É preciso desenvolver esforços muito mais intensos nas áreas da prevenção e do tratamento. “Se não intensificarmos os nossos esforços nos próximos 5 anos não conseguiremos fazer o caminho para o fim da Sida” (ALCORN, Keith, 2015). No entanto, continua o Professor Kazatchkine, o objetivo “90-90-90” deverá ser atingível, quer pela Europa Ocidental quer pela Europa Central. Há que centrar esforços em pessoas que fazem parte dos grupos mais afetados pelo VIH, como os UDI, os migrantes, os trabalhadores de sexo e os HSH, que continuam, em muitos *settings* regionais, com falta de acesso ao teste, ao tratamento e aos cuidados.

Atualmente, na Europa Oriental, o número de novos casos em cada ano é superior ao número de pessoas que iniciam tratamento. A cobertura de tratamento anda à volta de 35%, contra uma cobertura global de aproximadamente 60%, e menos de 10% dos UDI infetados têm acesso ao tratamento. As *guidelines* nacionais de cada um dos países da Europa Central e da Ásia Central acabam por agravar a lacuna do tratamento ao restringirem o tratamento a pessoas com contagens de CD4+ abaixo de 350. Assim, na Federação Russa, por exemplo, que constitui o país com o maior número de pessoas que vivem com o VIH, apenas 12% delas estão em tratamento.

Na Europa Ocidental os diagnósticos tardios continuam a constituir o principal desafio para se atingir uma elevada cobertura de tratamento, especialmente entre os migrantes, população em que o acesso aos serviços de saúde é deficiente. Na Europa Central o estigma e a discriminação constituem as maiores barreiras ao teste e ao tratamento, sobretudo entre HSH. O estigma é reforçado pela falta de informação sobre o VIH, nomeadamente a falta de consciência face aos recentes avanços no tratamento e à esperança de vida praticamente normal das pessoas que recebem tratamento antirretrovírico adequado, e face ao impacto do tratamento na prevenção da transmissão do VIH (ALCORN, Keith, 2015).

3.Infeção VIH e Sida: representações sociais e mensagens preventivas

Em 1982, o Diário de Notícias dava conta da nova doença em Portugal. Como não tinha ainda nome próprio, as primeiras notícias referem indiretamente a doença como “cancro”, “doença misteriosa” ou “síndrome cubano”. O Correio da Manhã dá as primeiras notícias da nova doença em 1983, chamando-lhe “doença desconhecida”, depois “nova doença” e, ainda no mesmo ano, designa-a pelo acrónimo “SIDA”. O termo “Sida”, como nome comum, começa a impor-se na imprensa portuguesa em 1985 (PONTE, Cristina., 2005). Embora designe apenas o estadio terminal da infeção VIH, a palavra “Sida” tem sido utilizada de forma incorreta, representando, e simultaneamente ocultando, toda a problemática associada ao vírus da Sida. No campo das representações, esta sinédoque constitui um importante obstáculo comunicacional, já que oculta das preocupações imediatas a verdadeira origem e dimensão do problema. Assim, em 2011, a ONUSIDA desaconselhou o uso da expressão “VIH/Sida”, por ser geradora de confusão, propondo o uso separado de cada um dos termos.

As representações sociais da epidemia VIH/Sida e o impacto das campanhas preventivas da infeção e da doença estão indissociavelmente ligadas. A Sida, de algum modo, veio pôr em questão as conquistas da revolução sexual dos anos 60 e 70 do século XX. Uma vez detetada, foi rapidamente associada às relações sexuais, primeiro no contexto da homossexualidade masculina, mas depressa atingindo também a população heterossexual. Entretanto, o vírus transpunha as fronteiras dos grupos de risco iniciais (praticantes de sexo comercial, homossexuais masculinos, hemofílicos e consumidores de drogas injetadas), transformando-se numa ameaça transversal e global. Mas a descoberta e utilização clínica dos medicamentos antirretrovíricos veio alterar a imagem ameaçadora, fatal, da doença. Mas se as pessoas usaram de alguma contenção e se protegeram na fase em que a doença era aguda, rápida e visivelmente mortal, cedo se deixaram iludir por um otimismo de todo injustificado. E a falsa iminência de uma vacina anti-VIH veio aumentar ainda mais esse injustificado otimismo (OLIVEIRA, Aliete, 2008).

A existência de um período-janela entre o momento da infeção e a seropositividade, e o alongamento do tempo entre a seropositividade e a instalação da Sida, fazem com que pessoas infetadas transmitam a doença sem que elas e suas parcerias sexuais se apercebam disso. A Sida perdeu a sua visibilidade e o poder imediatamente ameaçador, sem ter deixado de ser um grave problema de saúde pública,

responsável pela perda de um número cada vez maior de vidas e recursos. Tornou-se uma doença insidiosa, invisível, de evolução mais lenta, mas ainda assim mortal.

O ganho obtido em sobrevida criou uma nova realidade. Grupos de opinião e de pressão na área da sexualidade começaram a preocupar-se com a qualidade de vida das pessoas infetadas, com o seu direito à sexualidade, com o peso dos “mitos” e fantasmas criados nos primeiros tempos da doença, e procuraram erradicar o perigo da marginalização e da exclusão das pessoas seropositivas (OLIVEIRA, Aliete, 2008).

Responsáveis pelas políticas de saúde e investigadores de várias áreas da Ciência têm pesquisado, ao longo do tempo os conhecimentos e as perceções da população a respeito da Sida. Uma das formas de avaliar a informação e os conhecimentos da população é fazer inquéritos aos conhecimentos, atitudes e ideias-feitas (crenças) sobre o vírus e a doença. Em Portugal, João Lucas, então membro da CNLCS, levou a cabo em 1987 um inquérito à população, tendo verificado que 56% dos inquiridos identificava a via sexual como a via de transmissão do VIH, 30,9% relacionava o contágio com as transfusões de sangue e 17,9% com seringas infetadas. Cerca de um quarto dos inquiridos desconhecia as formas de transmissão do vírus (LUCAS, João, 1987). Num estudo de 2003, Fausto Amaro verificou que 31,5% da população estudada referia os serviços de saúde e as transfusões de sangue como situações de transmissão do VIH. Este dado não se devia a uma experiência pessoal de risco, mas ao facto de que “na sua mente havia uma associação entre essas situações e a infeção pelo VIH” (AMARO, Fausto [et al.], 2004). Porém, os dados estatísticos de 1983 a 2004 revelam que os serviços de saúde apenas podem ser responsabilizados por 1,5% das categorias de transmissão do VIH (CVEDT, 2004).

Comparando as opiniões dos portugueses com as do conjunto dos cidadãos da UE em 2003 e 2006 (15 e 25 estados, respetivamente), vê-se que em 2006 11% dos portugueses (contra 14% em 2003) pensavam que se podia contrair a Sida num aperto de mão a um doente ou seropositivo, para uma média de 9 % (contra 3%) no conjunto da União Europeia a 25 (UE a 15 em 2003); 18% (contra 10% em 2003) pensavam que era possível contrair a Sida tomando uma refeição preparada por um doente ou seropositivo, para uma média de 17% (3% em 2003) no conjunto da União; 55% (58% em 2003) dos europeus diziam que não é possível contrair a Sida sentando-se numa sanita previamente usada por um doente ou seropositivo, enquanto só 45% (35% em 2003) dos portugueses tinham a mesma opinião; 52% (54% em 2003) do conjunto dos cidadãos europeus achavam que não é possível contrair o VIH ou apanhar a Sida

bebendo por um copo utilizado por um doente ou seropositivo; e 42% (11% em 2003) acham que essa é uma das formas de se ser infetado, enquanto as respostas dos portugueses atingiam 41% (em 2003 era superior à da UE a 15). Quanto a cuidar de alguém com Sida ou VIH positivo, 38% acham perigoso, contra 37% da UE (EUROBAROMÈTRE SPÉCIAL, 2003; EUROBAROMÈTRE SPÉCIAL, 2006). Estes dados traduzem o impacto dos fantasmas associados à doença, dizendo respeito ao potencial discriminatório, mas não têm relevância para a questão dos comportamentos preventivos.

Num estudo de 2006 com 4 877 jovens com idade média de 14 anos, verificou-se que só 48,1% dos inquiridos dizia que o VIH não se transmite através da partilha de uma refeição ou bebida e cerca de 22% não respondem corretamente ao item “mesmo pessoas de aparência saudável podem estar infetadas” (MATOS, Margarida [et al.], 2006)

Um estudo de Aliete Cunha-Oliveira numa população universitária mostrou que as representações sociais do VIH/Sida são uma fonte de novas ideias erróneas que refletem expectativas irrealistas sobre a transmissão do VIH e o controlo da infeção e da doença, criando uma barreira à penetração das mensagens preventivas. São os chamados “novos mitos” sobre o VIH/Sida. Baseiam-se quase todos numa deficiente leitura dos dados estatísticos ou numa interpretação apressada dos avanços terapêuticos. São eles: “o risco está nos heterossexuais”, “a Sida não mata”, “ter relações sexuais não acarreta mais risco do que não ter”, “já existe vacina”, “o número de infetados será menor nos próximos anos”, “as pessoas infetadas estão muito doentes”, “o sexo oral não acarreta perigo” (OLIVEIRA, Aliete, 2008).

A ideia segundo a qual “o risco está nos heterossexuais” merece especial atenção. A propagação do VIH e da Sida a bissexuais e heterossexuais desviou as atenções para o grupo dos heterossexuais, hoje o mais atingido em números absolutos. Gerou-se a ideia de que já não há grupos sujeitos a risco especial. Mas trata-se de um perigoso equívoco, porque, se os heterossexuais são hoje o grupo mais atingido pelo VIH/Sida, são também, de longe, o grupo mais representado em termos sociodemográficos. E se entre os casos de VIH/Sida, a proporção de heterossexuais para homo-bissexuais oscila entre 2,6-3,9:1, a sua representação demográfica global cifra-se em 20:1, aproximadamente. Continua, pois, a ser verdade que há proporcionalmente mais VIH/Sida entre os homo-bissexuais do que entre os heterossexuais e que é muito mais provável ser-se infetado num encontro homossexual masculino do que num

encontro heterossexual (OLIVEIRA, Aliete, op. cit.; MAIA, Marta, 2010). Entre as consequências deste novo “mito” estão a diminuição do uso do preservativo em relações homossexuais e o aumento consistente da incidência de VIH e de outras IST nesta população em muitos países (Ibidem). “Os homens *gays* e bissexuais de todas as raças continuam a ser o grupo mais afetado pela epidemia. Os HSH constituem 2% da população, mas representam mais de metade das novas infeções nos Estados Unidos” (FRIEDEN, Thomas, 2011).

Outra ideia errónea que merece a nossa melhor atenção é a de que “não se morre de Sida”. Na verdade, apesar das mil mortes anuais por Sida em Portugal, a ideia persiste, tendo consequências óbvias na perceção da necessidade imperiosa de medidas individuais de prevenção. Este conceito erróneo poderá estar baseado no facto de muitas das mortes não serem diretamente resultantes da doença Sida em si mesma, mas a doenças ou condições que resultam da imunossupressão ou do estado geral debilitado do doente, as quais, de qualquer modo, não estariam presentes sem a doença de base.

4. Os programas europeus de combate ao VIH e à Sida

Muitos dos programas europeus realizados nos últimos dez anos devem-se às estratégias definidas nas Declarações de Dublin e de Vínus, de 2004. Na sua sequência, a Comissão Europeia definiu um quadro político para tratar a questão do VIH/Sida na UE e países vizinhos, publicando posteriormente duas comunicações e três planos de ação operacionais, de 2006-2009, 2009-2013 e de 2014-2016. Apesar de progressos consideráveis, a doença continua a causar muito sofrimento na Europa e no resto do mundo. Embora disponhamos de tratamento, a cura não existe e o VIH/Sida permanece uma ameaça grave para a saúde e para a sociedade. Ao contrário da tendência mundial, o número de novos casos de VIH comunicados na região europeia alargada continua a aumentar, especialmente entre os HSH, que representaram 42 % dos novos casos diagnosticados em 2013. Além disso, na UE e no EEE 47% das pessoas que vivem com o VIH/Sida são diagnosticados em fase avançada da infeção. O que quer dizer que muitas pessoas não sabem que estão infetadas, facto confirmado pelas baixas taxas de despistagem, muitas vezes em relação com o medo do estigma e da discriminação. Por esse motivo, a Comissão Europeia prolongou a plano de ação até 2016. É preciso chegar às pessoas a quem é mais difícil chegar e que estão em maior risco, como os HSH, os migrantes e os toxicodependentes que consomem drogas injetáveis. No entanto, ninguém está imune e 30% das infeções por VIH/Sida ocorrem

na população heterossexual. O objetivo último de erradicar a doença só poderá ser atingido se o VIH/Sida continuar a ser uma das prioridades da agenda política e se a vigilância for considerada uma questão importante em toda a Europa (MARZEC-BOGUSLAWSKA, Anna, 2014).

A pedido da Comissão Europeia, em 2013 o ECDC redigiu um relatório de monitorização sobre a implementação da Comunicação da Comissão e o Plano de Ação de combate ao VIH/Sida. Esse relatório realça vários êxitos no quadro das políticas da União Europeia. Por exemplo, a Comunicação foi referida como sendo um instrumento importante de estímulo à liderança política, contribuindo para manter o VIH/Sida na agenda e ajudar a sociedade civil a enquadrar o debate a nível regional e nacional. O Grupo de Reflexão e o Forum da Sociedade Civil provaram ser plataformas válidas para o diálogo político e para a troca de informação e experiência, ajudando a promover uma ação e comunicação efetiva à escala europeia.

Além disso, o relatório identifica áreas que requerem uma atenção contínua e áreas onde os progressos são menos evidentes. Entre outros, manter o VIH/Sida visível na agenda política, combater a discriminação relativamente ao VIH/Sida, conseguir o acesso universal ao teste voluntário, ao tratamento e cuidados, a implementação de medidas de redução de danos e reforçar a vigilância comportamental. Em maio de 2013, o encontro de alto nível sobre VIH e Direitos Humanos (“*Right to health, right to life*”), organizado conjuntamente pela Comissão Europeia e pela ONUSIDA, reconheceu a necessidade de um compromisso continuado e renovado para manter o VIH/Sida no topo da agenda política. O encontro identificou também áreas importantes dirigidas à Comunicação e ao Plano de Ação, que requerem atenção posterior, apontando para novos desenvolvimentos que deverão merecer atenção, tais como a liderança política, o estigma e a discriminação, as coinfeções, o tratamento e a prevenção da transmissão do VIH e manter a alinhamento com as redes de ação regionais (EUROPEAN COMMISSION, 2014).

O Plano de Ação - *European Action Plan for HIV/AIDS 2012-2015*- assenta nos seguintes princípios orientadores: equidade em saúde; participação comunitária; direitos humanos; políticas orientadas pela evidência científica; e abordagens éticas de saúde pública. Está estruturado em torno de quatro direções estratégicas: otimizar os *outcomes* de prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados do VIH; alavancar resultados de saúde mais amplos através de respostas ao VIH; construir sistemas fortes e sustentáveis; reduzir a vulnerabilidade e remover barreiras estruturais ao acesso aos serviços.

O diagnóstico precoce, seguido de aconselhamento e tratamento, bem como as estratégias de prevenção têm um papel fundamental na redução da propagação da doença. A evidência mais recente sugere que o tratamento precoce tem um efeito significativo na redução do risco de transmissão, na morbilidade e na mortalidade. Contudo, na UE/EEE, 49% das pessoas que vivem com o VIH são diagnosticadas tardiamente e esta percentagem é ainda maior na Europa Oriental e na Ásia Central. Além disso, existem significativas lacunas na cobertura por medidas de prevenção e no acesso à TAR em alguns países da Europa Oriental. Em vários países o elevado número de coinfeções com o VIH/Sida, como a tuberculose, as hepatites víricas e IST não-VIH/Sida constituem outra preocupação séria (EUROPEAN COMMISSION, 2014).

5. Organização da luta contra o VIH/Sida em Portugal

Desde a década de 80, Portugal acompanha os restantes países ocidentais no combate à Sida. A participação portuguesa no sistema europeu de vigilância decorre desde 1985, possibilitando a comparação da evolução da epidemia nos diversos países do espaço europeu (CVEDT, 2007). Em 1985, o Ministério da Saúde criou o Grupo de Trabalho da SIDA², com o objetivo de recolher informação sobre novos casos de infeção, confirmar ou refutar os diagnósticos até aí estabelecidos e implementar estratégias nacionais de prevenção. Esse grupo de trabalho incluía representantes da Direção-geral dos Cuidados de Saúde Primários, da Direção-geral dos Hospitais, do Instituto Nacional do Sangue, do Centro de Histocompatibilidade do Sul e do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, cabendo a este último, na pessoa de Laura Ayres, a coordenação do Grupo. Do grupo de trabalho saíram, em 1986, as primeiras medidas de prevenção nos centros de hemodiálise, com pesquisa obrigatória de VIH-1 nos hemodadores e, em 1989, também de VIH-2. Porém, o avanço da epidemia ditaria a necessidade de reformular o Grupo de Trabalho, criando-se, em 1989, a Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA³ (CNLCS), incumbida de implementar as ações nas vertentes preventiva, educativa, assistencial, de investigação, aconselhamento e acompanhamento.

No mandato de Odette Ferreira teve início o programa de troca de seringas, intitulado “Diz não a uma seringa em segunda mão”, destinado a diminuir o risco de transmissão do VIH e outras doenças transmissíveis em usuários de drogas injetáveis

² AVISO, Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, de 19 de outubro, D.R. n.º 241, II Série, de 19 de outubro de 1985.

³ DESPACHO n.º 5/90, do ministro da Saúde, D.R., n.º 78, II Série, de 3 de abril de 1990.

(UDI). Este Programa, iniciado em 1993 numa parceria do Ministério da Saúde com a Associação Nacional de Farmácias, era assegurado em um terço pelas farmácias e em dois terços por organismos governamentais e ONG. Segundo esse protocolo, financiado pelo Estado, as farmácias distribuíam gratuitamente um *kit* de duas seringas e agulhas esterilizadas, dois toalhetes antissépticos, um preservativo, dois filtros, duas ampolas de água destilada, dois recipientes para a preparação da droga e duas saquetas de ácido cítrico. A partir de 2013, a parte que cabia às farmácias passou a ser assegurada pelos Centros de Saúde, sob orientação dos departamentos de Saúde Pública e por postos móveis. Entre 1993 e 2008 o Programa permitiu a distribuição gratuita de mais de 43 milhões de seringas (TORRE, Carla; LUCAS, Raquel e BARROS, Henrique, 2010). A partir de meados de 2014, o Programa de troca de seringas voltou a incluir as farmácias. Portugal segue os países onde se garante a comparticipação a 100% da medicação antirretrovírica. Em 1996, são publicadas as regras relativas aos medicamentos antirretrovíricos, quanto à sua prescrição, utilização e gratuitidade. A despesa nacional portuguesa com medicamentos antirretrovíricos vem aumentando, de 75 milhões de euros/ano em 2001, para quase 150 milhões de euros em 2007 (CPLP/UNAIDS, 2010). Convém referir que a dispensa gratuita de medicamentos para a Sida tem causado uma despesa colossal, que em 2012 representou 213 milhões de euros. Comparativamente, a despesa com medicamentos gratuitos para o cancro representou uma despesa de 180 milhões de euros.

Em maio de 2000 a CNLCS sofre uma reestruturação orgânica e financeira, sendo nomeado seu coordenador Fernando Ventura. A CNLCS adquire a natureza de Estrutura de Projeto ⁴. Surge o Plano Estratégico de Luta Contra a Infecção pelo VIH/SIDA 2001-2003, que apostava na criação de uma rede interdistrital de Centros de Aconselhamento e Deteção (CAD), postos em ação logo em 2002 como estruturas de apoio à prevenção. Atualmente, existem 23 CAD ao nível nacional. Em agosto de 2003, a CNLCS é reestruturada orgânica e funcionalmente, adquirindo o estatuto de Unidade de Missão ⁵. Meliço Silvestre é nomeado Encarregado de Missão e concebe e dirige o Plano Nacional de Luta Contra Sida para o triénio 2004-2006, “*Diferentes, SIM! Indiferentes, NUNCA!*” (CNLCS, 2005), que incluía 10 metas.

A partir de dezembro de 2001, Portugal passa a reconhecer aos cidadãos estrangeiros residentes legalmente no país o acesso, em igualdade de tratamento com os

⁴ RESOLUÇÃO n.º 173/2000, de 21 de dezembro, D.R. n.º 293, Série I-B, de 21 de dezembro de 2000.

⁵ RESOLUÇÃO n.º 121/2003, de 20 de agosto, D. R., n.º 191, Série I-B, de 20 de agosto de 2003.

beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, aos cuidados de saúde e assistência medicamentosa.

Em 16 de março de 2005, a infeção VIH/Sida passa a doença de declaração obrigatória ⁶, devendo todos os casos ser notificados “aquando do diagnóstico, em qualquer estadio da infeção por VIH, seja portador assintomático, complexo relacionado com a Sida (CRS-LGP) e Sida, e sempre que se verifique mudança de estadiamento ou óbito” (Portaria nº 258/2005)⁷.

Em 2005 é constituída, sob os auspícios da CNLCS, a Plataforma Laboral contra a SIDA, com o objetivo de priorizar a infeção VIH como questão laboral, mediante a criação de uma rede de intervenientes de referência do setor, a fim de, em conjunto, serem elaboradas políticas de empresa e diretrizes sobre VIH/Sida para o local de trabalho. Um dos projetos desenvolvidos pela Plataforma Laboral contra a SIDA foi o Código de Conduta “Empresas e VIH”, destinado a obter o compromisso das empresas no sentido de garantirem condições de trabalho dignas a pessoas que vivem com a infeção pelo VIH, nas suas três vertentes: não discriminação, prevenção e acesso ao tratamento.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 entendia a Sida como um dos problemas prioritários nacionais, pelo que, em agosto do mesmo ano, é extinta a CNLCS e, sob a designação de Coordenação Nacional para a Infeção VIH/Sida (CNSida), é integrada no Alto Comissariado da Saúde ⁸, sendo nomeado coordenador Henrique de Barros. O objetivo da reestruturação foi implementar um modelo organizativo que permitisse uma gestão eficiente de programas, uma melhor integração vertical das instituições envolvidas e uma eficaz articulação horizontal com outros agentes e setores. Daí surgiu o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção VIH/Sida 2007-2010, “*um compromisso com o futuro*”, cujas metas eram reduzir a expressão da epidemia no País e contribuir para diminuir a dimensão mundial da epidemia. Da primeira meta constava o objetivo de reduzir em 25% a incidência e a mortalidade da Sida; da segunda, a nível internacional, o objetivo de contribuir para a redução da transmissão do VIH e melhorar os cuidados e o apoio aos doentes infetados ou com Sida, através da ajuda pública ao desenvolvimento. Em 2007 dá-se início ao Plano de Ação Nacional de Combate à Propagação de Doenças Infeciosas em Meio Prisional, com particular incidência em

⁶ PORTARIA nº 258/2005, do Ministério da saúde. DR, 1ª Série B, de 16 de março.

⁷ PORTARIA nº 258/2005, do Ministério da Saúde. DR, 2ª Série, de 16 de março.

⁸ DECRETO REGULAMENTAR nº 7/2005, de 10 de agosto, D. R., nº 153, Série I-B, de 10 de agosto de 2005.

dois estabelecimentos prisionais (Lisboa e Paços de Ferreira), onde se iniciou um programa de troca de seringas para reclusos usuários de drogas injetáveis.

No mesmo ano, com a Presidência Portuguesa do Conselho da União Europeia (1 de julho-31 de dezembro), realiza-se em Lisboa, de 12 a 13 de outubro, a Reunião dos Coordenadores dos Programas Nacionais VIH/Sida dos Países da UE, da Região OMS-EURO e Países Vizinhos, Área política: Emprego, Política Social, Saúde e Consumidores.

Em 2007 é criado o Conselho Nacional para a Infecção VIH/Sida ⁹, estrutura consultiva destinada a melhorar a cooperação entre governo, autoridades públicas, serviços de saúde e organizações não-governamentais locais (ONG) que trabalhem no domínio do VIH/Sida.

Em 2009, dando cumprimento à Resolução do Parlamento Europeu, de 24 de abril de 2007, e em consonância com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/Sida, é criado o Fórum Nacional da Sociedade Civil para o VIH/Sida, estrutura de cariz consultivo, composta pelas seguintes organizações da sociedade civil votadas à prevenção e controle da infecção VIH/Sida: AIDS Portugal; Associação dos Jovens Promotores Amadora Saudável; Associação para o Planeamento da Família; Associação Passo a Passo; Associação Seres; Associação SOL; Associação Meio Caminho; Associação Cidadãos do Mundo; Fundação da Juventude; Fundação Portuguesa a Comunidade Contra a Sida; Grupo de Apoio e Desafio à SIDA; Grupo Português de Ativistas sobre Tratamento VIH/Sida (GAT); ILGA Portugal, Liga Portuguesa Contra a Sida; Liga Portuguesa Profilaxia Social; e Movimento de Apoio à SIDA, Positivo – Grupos de Apoio e Auto-ajuda (DESPACHO n° 22811/2009)¹⁰.

O resultado oficial do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/Sida 2007-2010 saldou-se por uma redução da mortalidade de apenas 10% entre 2006 e 2010, mas com uma redução de 34,4 % de novos casos de Sida no mesmo período (474 novos diagnósticos em 2010, contra 721 em 2006).

O consumo de drogas injetáveis tem sido o principal responsável pela transmissão de infeções de origem sanguínea em Portugal, mas a proporção de casos relatados de Sida atribuíveis ao uso de drogas injetáveis diminuiu de 49% em 2002 para 27% em 2008. E se bem que a promoção de práticas de injeção segura seja uma componente chave da prevenção, é preciso ter em conta também que o consumo de

⁹ DESPACHO n° 27504/2007, do ministro da Saúde, DR n° 236, Série II de 1007, de 7 de dezembro.

¹⁰ DESPACHO n° 22811/2009, da ministra da Saúde, DR. 2ª Série, n° 200, de 15 de outubro de 2009.

drogas injetáveis manifesta uma tendência de declínio em Portugal. Mas, por seu turno, o Programa português de Trocas de Seringas também registou um declínio consistente da participação das farmácias, que era de 82.1% em 1999 e passou a 57.9% em 2007 (TORRE, Carla [et al.], 2010), até cessar por completo em janeiro de 2013, sendo direcionado para os Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde, sob orientação dos departamentos de saúde pública. Mas, como já vimos, a partir de 2014 o Programa voltaria a contar com as farmácias.

Em 2012, o XIX Governo Constitucional manteve como prioritário o Programa Nacional para a Infecção VIH/Sida, agora integrado na Direção-Geral da Saúde, sob a coordenação do Dr. António Coelho Diniz ¹¹. O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA 2012-2016 tinha por objetivo reduzir em 25% a incidência e em 50% a mortalidade por VIH até 2016.

Este Programa “assume uma visão coincidente com a da ONUSIDA, na qual se marca um caminho que prevê: zero novas infeções e zero mortes relacionadas com a Sida, bem como zero casos de discriminação”. Para se aproximar desse desiderato, projetou uma redução em 50% do número de anos de vida potencialmente perdidos e que passasse de 6,2 para 4,2/100 000 a taxa de mortalidade por Sida em idades inferiores a 65 anos (DGS, 2012a).

Em 2012, integradas no Programa Nacional para a Infecção VIH/Sida, são publicadas as “Recomendações Portuguesas para o tratamento da Infecção VIH-1 e VIH-2”, que assentavam em três princípios fundamentais de atuação clínica: a universalidade, com a disponibilização de terapêutica antirretrovírica a todos os portadores de infeção VIH elegíveis para tratamento; a equidade, ou seja, a uniformidade de tratamento a nível nacional, em que doentes em situação clínica idêntica tenham acesso ao mesmo regime terapêutico e não excluir das opções terapêuticas nenhum fármaco antirretrovírico, exceto por razões exclusivamente clínicas; finalmente, a qualidade, ou seja, a utilização dos regimes terapêuticos considerados mais adequados face à evidência científica disponível (DGS, 2012^a; DGS 2012b).

Em maio de 2012, Portugal estabelece as regras específicas para a dispensa de terapêuticas com antirretrovíricos às pessoas que vivem com VIH e Sida e adequada

¹¹ PORTARIA n.º 3/2012, do secretário de Estado Adjunto do ministro da Saúde. DR. n.º1, 1.ª Série, de 2 de janeiro de 2012.

utilização do sistema informático SI.VIDA – Sistema de Informação para a Infecção VIH/Sida¹² (DESPACHO nº 6716/2012).

De acordo com os registos efetuados no SI.VIDA, no final de 2014 encontravam-se em seguimento ambulatorio 30 956 pessoas infetadas por VIH. Adicionalmente, estavam registados 1317 óbitos e 426 casos de profilaxia pós-exposição ao VIH (PPE). Do total de casos em seguimento, 3,4% eram portadores de infeção pelo VIH-2, uma proporção que se mantém elevada no contexto europeu. Dos 26 580 doentes registados em hospitais integrando o SI.VIDA e cujo processo de registo automático incluiu a prescrição terapêutica e a informação laboratorial, 22 005 encontravam-se sob terapêutica antirretrovírica (TAR) (82,8%). Destes, no final de 2014, 17 249 apresentavam carga vírica indetetável (78,4%). Estes dois elementos, se bem que num universo mais restrito (85,9% dos doentes envolvidos no SI.VIDA em 2014), constituem já uma aproximação à “cascata do tratamento”, tendo em vista os objetivos definidos pela ONUSIDA, para 2020 (DGS, 2015).

Adicionalmente, em 2014, foram ainda registados 150 casos de Profilaxia Pós-Exposição ao VIH (71 casos de profilaxia pós-exposição não profissional, 65 casos de profilaxia pós-exposição profissional e 14 situações não discriminadas), ocorridas em 138 pessoas (DGS, 2015)

Comparativamente à totalidade dos casos em seguimento no final de 2014, os novos casos, apresentam menor proporção de coinfeção pelo VHC e de Tuberculose mas, simultaneamente, uma maior proporção de diagnósticos de Sífilis. De igual modo, também a proporção de comorbilidades é inferior nos novos casos, quando comparada com o conjunto dos doentes em seguimento, o que se enquadra nas características demográficas (mais jovem) e clínicas (menos tempo de evolução de doença e diagnóstico mais precoce) desta população (DGS, 2015).

Embora a proporção de esquemas terapêuticos de acordo com as “Recomendações portuguesas para o tratamento da infeção por VIH-1 e VIH-2” e a Norma de Orientação Clínica nº 27/2012 seja superior a 85%, ainda existe, globalmente, uma elevada proporção de esquemas terapêuticos iniciais baseados em inibidores da protease, discordantes do preconizado nessas recomendações. Quer no total de doentes que iniciaram TAR em 2014, quer no grupo mais restrito dos que tiveram diagnóstico em 2014, a proporção de casos com contagem vírica <50 cópias/ml, seis meses após o

¹² DESPACHO nº 6716/2012, do secretário de Estado da Saúde. D. R., 2.ª série, nº 96, de 17 de maio de 2012.

início da TAR, foi próxima de 80% (79,1% e 77,7%, respetivamente). O SI.VIDA reporta ainda o registo de 338 óbitos, 25 dos quais em pessoas a quem o diagnóstico de infeção por VIH foi efetuado neste mesmo ano (DGS, 2015).

Portugal participa na Semana Europeia do Teste de VIH, na qual se estabelece que os serviços de testagem e aconselhamento de VIH deverão ser continuamente promovidos e estar acessíveis a todos, para garantir o diagnóstico precoce, a articulação de cuidados e o início do tratamento. A OMS/Europa apoia a iniciativa da União Europeia de 2013, no sentido de tornar as pessoas mais conscientes do seu *status* relativamente ao VIH e reduzir o diagnóstico tardio, fazendo ampla divulgação dos benefícios do teste.

6. Portugal: educação para a saúde no contexto da epidemia VIH/Sida

Em 1996 os ministérios da Saúde e da Educação concertam esforços, através da CNLCS e do Programa de Promoção e Educação para a Saúde, com vista ao desenvolvimento, estímulo e apoio de ações de educação para a prevenção da infeção VIH/Sida junto dos conselhos diretivos, professores, pessoal não docente, alunos e encarregados de educação.

Em 2002 é implementado o Programa ADIS/SIDA, para financiamento de Projetos e Ações no âmbito da formação, apoio social e prevenção da infeção VIH desenvolvidos por organizações da sociedade civil. Em 2007, estabelece-se que cada agrupamento de escolas com programas ou projetos na área da educação para a saúde deverá designar um professor do 2º ou do 3º ciclo do ensino básico encarregado de coordenar a educação para a saúde.

Em 2008, tendo em conta que, comparativamente aos restantes Estados Europeus, Portugal apresentava índices de saúde pública preocupantes nas áreas do alcoolismo, consumo de substâncias ilícitas, IST (incluindo o VIH/Sida) e gravidez inoportuna, foi criado o Programa CUIDA-TE, a gerir pelo Instituto Português da Juventude, destinado a fomentar mecanismos de apoio ao bem-estar integral dos jovens dos 12 aos 25 anos, “através de ações de sensibilização e aconselhamento, nomeadamente nas áreas da saúde, condutas de risco, atividade física, desporto e ambiente”. Este Projeto, entre outras medidas, previa a disponibilização de unidades móveis a deslocar às escolas, lugares de diversão diurna e noturna, mostras, feiras, festivais, praias e outros locais em que se verifique a presença de jovens em número

significativo. Essas unidades móveis teriam por função atender e encaminhar os jovens para entidades públicas ou privadas aptas a solucionar os problemas encontrados. Tinham também por função efetuar testes de VIH a pedido dos jovens interessados.

Em 2009, o Conselho Nacional de Educação emitiu um parecer sobre os “projetos de lei relativos ao regime de aplicação da educação sexual nas escolas”. No mesmo ano, são consagradas na lei portuguesa as bases gerais da educação sexual em meio escolar, já obrigatória desde o ano 2000, estabelecendo que ela deverá ser desenvolvida em parceria entre a escola e a família e respeitar o pluralismo das concepções existentes na sociedade, devendo a educação para a saúde e a educação sexual ser apoiadas ao nível local pela unidade de saúde pública competente. Um dos objetivos reconhecidos da educação sexual em meio escolar é “a redução de consequências negativas dos comportamentos sexuais de risco, tais como a gravidez não desejada e as infeções sexualmente transmissíveis”¹³. De acordo com a lei, as escolas devem disponibilizar aos alunos um gabinete de informação e apoio no âmbito da educação para a saúde e educação sexual e o atendimento e funcionamento do gabinete terão de ser assegurados por profissionais com formação nas áreas da educação para a saúde e educação sexual. Ainda no mesmo ano, no concurso europeu de mensagens preventivas da Sida “European AIDS Video Clip Contest ‘Clip & Klar Europe 09’”, o *spot* publicitário vencedor foi o português, “Cinco razões para não usar preservativo”, um título paradoxal, que procura traçar a evolução das fases da infeção VIH até à fase Sida e identifica as cinco razões ou situações que levaram as pessoas a não usar preservativo quando o deviam ou podiam ter usado: “corta o momento”; “tira o prazer”; “é desconfortável”; “é difícil de colocar”; e “reduz a sensibilidade”.

7. Perspetivas futuras da evolução da prevenção e do tratamento da doença

Há 25 anos atrás ninguém diria que a prevenção do VIH seria tão difícil. Há que fazer melhor, é verdade, mas a questão é como. Temos de reconhecer que não há soluções simples nem fáceis para a prevenção do VIH e que temos de ser humildes se queremos impedir o vírus de passar de uma pessoa a outra (COATES, Thomas; RICHTER, Linda; e CACERES, Carlos. 2008).

¹³ LEI n.º 60/2009. DR, 1ª série - n.º 151 A, de 6 de agosto.

No início da epidemia era reconhecido que o VIH se transmite sexualmente, pelo que os primeiros programas de prevenção do VIH procuravam promover a mudança dos comportamentos sexuais. E as primeiras intervenções comportamentais concebidas para deter a expansão do VIH ocorreram há cerca de 30 anos, logo após o relato dos primeiros casos de Sida. Definiu-se a chamada abordagem ABC, adotada por inúmeras organizações governamentais e não-governamentais.

Em quase todas as populações com risco conhecido de VIH e Sida, as intervenções assentes em reconhecidas teorias de modificação do comportamento mostraram eficácia na redução das práticas de alto risco, sexuais ou por injeção. O aconselhamento breve de redução de risco, os *workshops* de treino de aptidões em pequenos grupos, os programas de troca de seringas, o aconselhamento mais aprofundado e o teste de VIH, as intervenções dirigidas a pessoas que vivem com VIH, os programas de *marketing* social do preservativo, os modelos de educação por pares e outras abordagens comportamentais de prevenção do VIH, demonstraram eficácia em ensaios clínicos ou de base comunitária cuidadosamente controlados. As meta-análises vêm demonstrando repetidamente que estas intervenções produzem *outcomes* comportamentais frequentemente favoráveis. Infelizmente, a continuidade das intervenções comportamentais exige um forte empenhamento e uma disponibilidade de recursos muito grande. E, a despeito da sua eficácia, as intervenções de redução de risco do VIH não forneceram a solução rápida ao problema da Sida que muitos planificadores e decisores procuram há décadas (KALICHMAN, Seth., 2008).

Para prevenir o VIH são necessárias intervenções comportamentais, biomédicas e estruturais. As intervenções comportamentais têm sido bem-sucedidas mas pouco consistentes ou sustentadas, e poucas têm sido concebidas para acompanhar as inovações biomédicas que vão surgindo. Os progressos biomédicos são promissores mas vão muitos anos à frente da sua disseminação, dificilmente são 100% eficazes e exigem uma ampla aceitação e adesão. O impacto das intervenções estruturais é difícil de avaliar pelos meios científicos padrão de prova, mas as intervenções estruturais estão intrinsecamente ligadas aos esforços preventivos comportamentais e biomédicos, através do financiamento e das decisões políticas.

A próxima geração de prevenção do VIH pode assentar no desenvolvimento e adaptação das intervenções baseadas na evidência (IBE); em fatores comuns subjacentes à eficácia de todas as IBE; em criar uma ciência de conceção e disseminação das IBE

utilizando um paradigma de melhoria contínua da qualidade, em lugar de um modelo de replicação fiel; no uso de processos empresariais para conceber, difundir e utilizar os programas; em reformular a prevenção, saindo de um modelo de gestão de doença para uma perspectiva de bem-estar, que reforce a ideia da infecção VIH como doença de evolução prolongada; e em tirar a prevenção dos *settings* e técnicos de cuidados de saúde e levá-la para estruturas e lideranças comunitárias (ROTHERHAM-BORUS, Mary; SWENDEMAN, Dallas; e CHOVNICK, Gary, 2009).

O discurso sobre a resposta global à Sida e o controlo do VIH já não é sobre prevenção ou sobre tratamento. Hoje em dia, o discurso centra-se mais na utilização dos antirretrovíricos como componentes-chave de intervenções combinadas. O impulso para esta mudança de perspectiva surgiu a partir da XVIII International AIDS Conference, realizada em Viena em 2010, e nasce de evidências muito consistentes de que os fármacos antirretrovíricos previnem a infecção VIH na população geral heterossexual (KARIM, Abdool; e KARIM, Quarraisha, 2011).

Como estamos na transição de uma era de um método eficaz de intervenção biomédica para uma era de intervenções múltiplas eficazes, torna-se necessário adaptar a linguagem no que toca a sexo protegido e sexo desprotegido. Até agora, proteção contra o VIH significava uso do preservativo, mas no futuro a palavra proteção pode vir a significar ainda profilaxia pré-exposição (PrEP), profilaxia pós-exposição (PPE), agentes tópicos ou outros produtos. Este é também o tempo oportuno para uma discussão efetiva sobre a eficácia e a eficiência de um e de outro método. A literatura de investigação sugere que os preservativos são geralmente eficazes na ordem dos 80% a 87%, quando em utilização vaginal em sexo heterossexual. Tendo em conta os resultados do ensaio de eficácia em HSH, a PrEP pode ter uma eficácia de 44% entre os HSH e uma eficácia de 73% se houver uma elevada adesão (igual ou superior a 90%). No entanto, os fatores de hospedeiro e parceiro têm uma importância decisiva na equação (tais como a carga viral, o funcionamento do sistema imunitário, o número e a intensidade das exposições, e os efeitos secundários da PrEP). Globalmente, o preservativo continua a estar fortemente recomendado na prevenção da transmissão sexual do VIH para todos os HSH, e a PrEP oferece uma proteção adicional em alguns HSH de muito alto risco. Ou seja, a mensagem a transmitir deve ser que o uso do preservativo continua a ser a maneira mais eficaz de prevenir a transmissão e aquisição do VIH através das relações sexuais e que a PrEP é uma intervenção biomédica

complementar que pode oferecer proteção contra a infecção VIH (MANSERGH, Gordon; KOBLIN, Beryl; e SULLIVAN, Patrick, 2012).

Contrastando com as intervenções comportamentais, as abordagens biomédicas de prevenção do VIH dão-nos esperança de imunidade, de redução permanente da suscetibilidade e de uma infeciosidade diminuída. A intervenção biomédica mais bem-sucedida continua a ser, de longe, a medicação ARV para prevenir a transmissão de mãe a filho. Também têm sido muito animadores os ensaios clínicos de circuncisão masculina para a redução do risco de VIH, mostrando mesmo uma redução da transmissão da ordem dos 60%, resultado que não é de esperar, por exemplo, da maioria dos modelos de vacina. A circuncisão masculina enfrenta desafios de implementação, devido a condicionantes de natureza cultural e religiosa, um problema que tem que ser resolvido a nível de cada comunidade em particular. Seja como for, a eficácia da circuncisão masculina na transmissão mulher-homem é indiscutível. Infelizmente, os resultados, tão ansiosamente esperados, de outras tecnologias biomédicas de prevenção têm sido menos animadores.

Nenhuma estratégia de prevenção será suficiente só por si para controlar a pandemia de VIH, inclusive a própria vacina. Convirá, no entanto, dizer que um número crescente de intervenções tem-se mostrado promissor na proteção parcial contra a transmissão e aquisição do VIH, como sejam o conhecimento do estado serológico, a redução dos comportamentos de risco, o uso do preservativo, a circuncisão masculina, a troca de seringas, o tratamento das IST curáveis e o uso sistémico ou tópico de medicamentos antirretrovíricos em pessoas infetadas ou não. Mas a combinação de várias estratégias parcialmente protetoras pode, a nível das populações, ter um efeito aditivo e sinérgico na redução da incidência de VIH. Do mesmo modo que é necessário combinar vários medicamentos na terapêutica antirretrovírica, há um crescente reconhecimento de que a combinação de estratégias pode otimizar o impacto da prevenção do VIH, o suficiente para reduzir a transmissão abaixo da taxa de reprodução necessária para manter a epidemia de VIH a nível do globo (KURTH, Ann [et al.], 2011).

Considerações finais

Mais de trinta anos passaram sobre a descoberta do VIH a nível mundial e o início conhecido dos primeiros casos da doença em Portugal. O VIH e a Sida continuam a fazer o seu caminho. De início confinada apenas, aparentemente, ao universo

homossexual masculino e suas redes de contactos, a infeção atingiu sucessivamente bissexuais, consumidores de drogas injetáveis, heterossexuais, hemofílicos sujeitos a transfusões de fator VIII e, por fim, os fetos de grávidas seropositivas. Pela sua maior representatividade relativa na população geral, os heterossexuais são hoje os mais atingidos em número absoluto, mas têm uma taxa de infeção relativamente baixa, comparada com os grupos restantes. Isto tem induzido em erro ou tem ampliado o estado de negação dos HSH (homo e bissexuais), os quais não só negligenciam a mudança dos seus comportamentos de risco, como, inclusive, os agravam. E se é certo que a taxa de novos infetados está relativamente estabilizada entre os heterossexuais e foi dramaticamente reduzida nos consumidores de drogas injetáveis, tem subido de forma preocupante no grupo dos homens que têm sexo com homens.

As terapêuticas antirretrovíricas tornaram a doença crónica, alargando em vários anos o tempo de sobrevida, o suficiente para tornar menos perceptível, e logo menos assustadora, a evolução fatal. De início, o espanto e o medo causado por uma doença nova rapidamente mortal, que atingia sucessivas figuras públicas, das artes, do desporto e dos espetáculos, levaram as pessoas e grupos de maior risco a usar de contenção e prudência.

Seja qual for a evolução na área do tratamento, a modificação dos comportamentos continua a ser a estratégia prioritária. Mas é pouco provável que a modificação dos comportamentos possa ocorrer sem uma profunda revisão das estratégias seguidas até hoje. As mensagens preventivas têm sido ambíguas, demasiado brandas, eufemísticas e complacentes.

Hoje em dia, o discurso sobre a resposta global à Sida e o controlo do VIH centra-se mais na utilização dos antirretrovíricos como componentes-chave de intervenções combinadas. Até agora, proteção contra o VIH significava uso do preservativo, mas no futuro a palavra proteção pode vir a significar ainda profilaxia pré-exposição (PrEP), profilaxia pós-exposição.

A prevenção é a resposta para uma doença evitável, na qual o preservativo continua a ser a estratégia mais custo-eficaz. Globalmente, o preservativo continua a estar fortemente recomendado na prevenção da transmissão sexual do VIH para todos os HSH, e a PrEP oferece uma proteção adicional em alguns HSH de muito alto risco. Ou seja, a mensagem a transmitir deve ser que o uso do preservativo continua a ser a maneira mais eficaz de prevenir a transmissão e aquisição do VIH através das relações

sexuais e que a PrEP é uma intervenção biomédica complementar que pode oferecer proteção contra a infeção VIH.

Nenhuma estratégia de prevenção é suficiente só por si para controlar a pandemia de VIH, inclusive a própria vacina.

Na Europa, os programas dos últimos dez anos devem-se às Declarações de Dublin e Viena. A intensificação da prevenção e do tratamento nos próximos 5 anos são essenciais para atingirmos o objetivo “90-90-90”.

Ao contrário da tendência mundial, o número de novos casos de VIH comunicados na região europeia alargada continua a aumentar, especialmente entre os HSH, que representaram 42% dos novos casos diagnosticados em 2013. Além disso, na UE e no EEE 47% das pessoas que vivem com o VIH/Sida são diagnosticados em fase avançada da infeção. O que quer dizer que muitas pessoas não sabem que estão infetadas, facto confirmado pelas baixas taxas de despistagem, muitas vezes em relação com o medo do estigma e da discriminação.

Em Portugal a epidemia atinge sobretudo populações com comportamentos que determinam uma especial vulnerabilidade, designadamente trabalhadores de sexo, HSH e reclusos, grupos em que a prevalência da infeção é superior a 5%.

Comparativamente com os restantes Estados europeus, o número de pessoas com diagnóstico tardio de infeção mantém-se elevado, superior a 49%.

Após uma tendência crescente da frequência de novos casos de infeção por VIH, que se verificava desde 2000 e que atingiu o máximo em 2010 (26,4%), em Portugal tem vindo a verificar-se um decréscimo progressivo a partir de então, correspondendo a 17,1% em 2014, ainda assim significativa em regiões-chave, como a área metropolitana de Lisboa e o Algarve. Apesar do decréscimo que se tem vindo a verificar e atendendo ao contexto internacional em que o país se insere, a questão da infeção por VIH nas populações migrantes deve merecer uma estratégia nacional específica, a implementar em 2016, tendo em vista os objetivos de prevenção, diagnóstico, acesso aos cuidados de saúde e tratamento acima identificados, particularmente nas regiões mais afetadas.

Desde a introdução do Programa de Troca de Seringas, as estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento incluem: a articulação dos cuidados de saúde primários (CSP) com a população de utilizadores de drogas intravenosas, integrada no Programa “Diz não a uma seringa em 2ª mão”; a atualização das indicações para realização de teste de VIH; o início organizado da realização de testes rápidos de diagnóstico nos CSP; a indicação de tratamento para todas as pessoas infetadas e a

implementação de um sistema de monitorização da infeção por VIH (SI.VIDA) constituem a face mais visível de uma mudança em curso na abordagem desta infeção, e que se destina a atingirmos as metas definidas pela ONUSIDA.

A Região da Europa precisa de intensificar as atividades de prevenção e tratamento, para atingir a meta da ONUSIDA para 2020 (90% de pessoas diagnosticadas, 90 % das pessoas diagnosticadas em tratamento e 90% das pessoas em tratamento com carga viral suprimida – “90-90-90”). É preciso desenvolver esforços muito mais intensos nas áreas da prevenção e do tratamento.

O recente Relatório do ECDC sobre a monitorização do combate ao VIH/Sida veio constituir um importante instrumento de estímulo à liderança política, contribuindo para manter o VIH/ Sida na agenda e ajudar a sociedade civil a enquadrar o debate a nível regional e nacional. O diagnóstico precoce, seguido de aconselhamento e tratamento, bem como as estratégias de prevenção têm um papel fundamental na redução da propagação da doença.

Tabela 1. Principais marcos da luta contra a Sida na Europa

Ano	Mês	Medida
1984		Lançado o HIV/AIDS Surveillance in Europe – centro europeu para a monitorização epidemiológica da Sida
1999		HIV Surveillance in Europe passa a designar-se EuroHIV.
2001		Criada a rede European Surveillance of Sexually Transmitted Infections (ESSTI).
2004	23 e 24 de fevereiro	Declaração de Dublin (Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia)
	16 e 17 de setembro	Declaração de Vilnius (Declaration on Measures to Strengthen Responses to HIV/AIDS in the European Union and in Neighbouring Countries)
2005	15 de dezembro	A Comissão das Comunidades Europeias emite a Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu relativa à luta contra o VIH e Sida na União Europeia e nos países vizinhos, 2006-2009
2007	13 de março	Declaração de Bremen (Declaration on Responsibility and Partnership – together against HIV/AIDS)
2008		Substituindo o EuroHIV. A partir de janeiro surge a coordenação conjunta do ECDC e do Departamento Regional da OMS para a Europa (WHO Regional Office for Europe) da vigilância epidemiológica do VIH/Sida na Europa, assegurando uma elevada qualidade dos dados da vigilância em 53 países da Região europeia (The European Surveillance System - TESSy). A 1 de dezembro de cada ano é publicado o relatório de vigilância do VIH e Sida
2009	janeiro	O ECDC assume a responsabilidade pela coordenação do reforço da vigilância das IST nos países da União Europeia e da EFTA, cobrindo quer a vigilância epidemiológica quer a microbiológica
	12 e 13 de fevereiro	Num Meeting de peritos de vigilância comportamental, realizado em Montreux, na Suíça, com estudiosos de várias organizações internacionais (ECDC, EMCDDA, WHO e ONUSIDA) foram debatidos e revistos os indicadores comportamentais e biológicos a propor para cada tipo de

		população e aconselhados os indicadores prioritários. O esboço de resolução foi enviado aos pontos de contacto nacionais para validação. Responderam ao questionário 31 países e três não deram resposta (Bulgária, Roménia e Portugal)
	26 de outubro	Comissão das Comunidades Europeias: Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: Combating HIV/AIDS in the European Union and neighbouring countries, 2009-2013. Os objetivos gerais desta Comunicação eram: contribuir para a redução das novas infeções nos países europeus até 2013; melhorar o acesso à prevenção, tratamento e apoio; e melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com, estão afetadas por, ou são mais vulneráveis ao VIH e Sida na União Europeia e países vizinhos
2011		WHO/OMS. European Action Plan for HIV/AIDS 2012-2015
2013		O ECDC redige um relatório de monitorização sobre a implementação da Comunicação da Comissão e o Plano de Ação de combate ao VIH/Sida.

Tabela 2. Principais marcos da luta contra a Sida em Portugal

Ano	Mês	Medida
1985	outubro	Constituído o Grupo de Trabalho da Sida; criado o sistema de notificação de casos de VIH/Sida.
1986	maio	Determinadas as medidas de profilaxia da Sida nos centros de hemodiálise, de histocompatibilidade e de transplantação (Despacho nº 11/86 do Ministério da Saúde)
1987		Comparticipação a 100% da medicação antirretrovírica
1990	abril	Criada a Comissão Nacional de Luta Contra a Sida – CNLCS (Despacho nº 5/90, Ministério da Saúde, de 13 de abril)
1991	setembro	Aprovado o Regulamento sobre Transfusão de Sangue (Despacho nº 19/91, Ministério da Saúde, de 12 de setembro)
1993	outubro	Introdução do Programa de Troca de Seringas
1996	outubro	Assinado Protocolo entre a CNLCS e o Programa de Promoção e Educação para a Saúde (Aviso, Ministério da Saúde, de 14 de outubro)
1999	setembro	Aprovadas medidas de combate à propagação de doenças infeto-contagiosas em meio prisional (Lei nº 170/99, de 18 de setembro)
2001	julho	Aprovado o Manual de Boas Práticas de Hemodiálise, com a lista das doenças transmissíveis (Despacho nº 14391/2001, da ministra da Saúde, de 10 de julho).
	dezembro	Os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal passam aceder, em igualdade de tratamento com os beneficiários do SNS, aos cuidados de saúde e assistência medicamentosa (Despacho 25360/2001, do ministro da Saúde, de 12 de dezembro)
2002		Criação da Rede Nacional de Centros de Aconselhamento e Deteção (CAD)
2003	agosto	Doentes com Sida e seropositivos ficam isentos do pagamento de taxas moderadoras (Decreto-Lei nº 173/2003, de 1 de agosto)
2004	julho	Criada a Comissão Toxicodependência e Sida em Meio Prisional (Despacho conjunto, nº 421/2004, ministros da Justiça e da saúde, 13 de julho)
2005	março	Infeção VIH e Sida incluídas nas patologias de notificação obrigatória (Portaria nº 103/2005, de 25 de janeiro, alterada pela Portaria nº 258/2005, de 16 de março).
	agosto	Coordenação Nacional para a Infeção VIH/Sida sucede à Comissão Nacional de Luta Contra a Sida
2007	janeiro	Adotadas medidas de combate à propagação de doenças infetocontagiosas em meio prisional (Lei nº 3/2007, de 16 de janeiro)
	setembro	Aprovado o Regulamento do Programa Específico de Trocas de Seringas (Despacho nº 22144/2007, ministros da Justiça e da Saúde, de 21 de setembro)

	dezembro	Criado o Conselho Nacional para a Infecção VIH/Sida – instrumento de coordenação e acompanhamento das políticas setoriais públicas de prevenção e controlo da infecção VIH (Despacho nº 27504/2007, ministro da Saúde, de 7 de dezembro).
2009	agosto	Regime da educação sexual em meio escolar (Lei nº 60/2009, de 6 de agosto)
	outubro	Criado o Fórum Nacional da Sociedade Civil para o VIH/Sida (Despacho nº 22811/2009, ministra da Saúde, de 15 de outubro)
2012	janeiro	Programa Nacional para a Infecção VIH/Sida constitui um dos oito programas de saúde prioritários a desenvolver pela DGS, tendo cada um deles um diretor (Despacho nº 404/2012, do secretário de Estado da Saúde)
	setembro	Publicado o “Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA, 2012-2016: orientações programáticas”, a cargo da Direção-Geral da Saúde.
	dezembro	DGS publica as Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Infecção por VIH-1 e VIH-2.
2013	maio	Publicado o “Programa Nacional de Saúde, 2012-2016, versão resumida”, que inclui o indicador “mortalidade por Sida antes dos 65 anos (por 100 000 habitantes)”, com uma meta de 3.1 até 2016 (contra 9.9 em 2001 e 6.2 em 2009)
2015	novembro	Publicada a Rede Nacional Hospitalar de Referência para a Infecção por VIH.

Bibliografia

ALCORN, Keith. Can Europe reach the 90-90-90 target for HIV treatment by 2020? Eastern Europe unlikely to reach 90-90-90 target by 2020. 15th European AIDS Conference has been made possible thanks to support from the European AIDS Clinical Society (EACS). Barcelona, 2015.

AMARO, Fausto; FRAZÃO, Carla; PEREIRA, Elizabete; e CUNHA-TELES, Louise - HIV/AIDS Risk Perception, Attitudes and Sexual Behavior in Portugal. International Journal of STD and AIDS. Sage Publications. 2004. 15.

CAIRNS, Gus - When will Europe get PrEP? 15th European AIDS Conference has been made possible thanks to support from the European AIDS Clinical Society (EACS), Bristol-Myers Squibb, Gilead, Merck & Co., Inc., and ViiV Healthcare. Barcelona, 2015.

PORTUGAL - Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/sida 2007-2010: um compromisso com o futuro. Lisboa. Ministério da Saúde. 2007. ISBN 978-972-8478-18-6.

PORTUGAL. Ministerio da Saúde. Rede Nacional Hospitalar de Referência para a Infecção por VIH (RNHR VIH). 2015.

COATES, Thomas; RICHTER, Linda; e CACERES, Carlos - Behavioral strategies to reduce HIV transmission: How to make them work better. Lancet. Elsevier. 372 (9639). 2008.[consulta em 5 novembro de 2015]. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60886-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60886-7).

CORTES MARTINS, Helena - Casos de Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana diagnosticados em Portugal em jovens dos 15 aos 24 anos, 1983-2012. Observações. Boletim Epidemiológico. 7 (2ª série). Lisboa: INSA. 2014. ISSN: 0874-2928 2182-8873.

CPLP/UNAIDS - Epidemia de VIH nos Países de Língua Oficial Portuguesa: situação atual e perspectivas futuras rumo ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados. Coordenação da Publicação ONUSIDA-Brasil. 2010.

CVEDT – Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2006. Doc. 137. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde, 2007.

CVEDT – Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2011. Doc. 143. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde, 2012. ISBN: 978-972-8643-68-3. ISSN: 0872-4334.

DGS – Direção-Geral da Saúde - Recomendações Portuguesas para o tratamento da infecção por VIH-1 e VIH-2. Versão 1.0. Lisboa: Ministério da Saúde, 2015.

DGS – Direção-Geral da Saúde - Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA – Orientações Programáticas. Lisboa: Ministério da Saúde, 2012a.

DGS – Direção-Geral da Saúde - Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Infecção por VIH-1 e VIH-2. Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA. Lisboa: Ministério da Saúde, 2012b.

DUQUE, Vítor - Subtipos Circulantes e Fenómenos de Resistência Genotípica na Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana Tipo 1.S/edição.Coimbra. Edição do autor, 2006.

ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control - HIV testing: Increasing uptake and effectiveness in the European Union. Stockholm: ECDC; 2010. ISBN 978-92-9193-224-5.

ECDC – European Centre for Diseases Prevention and Control/ WHO Regional Office for Europe - HIV/AIDS surveillance in Europe 2010. Stockholm: ECDC, 2011. ISBN 978-92-9193-324-2. ISSN 1831-9483. doi 10.2900/16489.

ECDC – European Centre for Diseases Prevention and Control - HIV/AIDS surveillance in Europe 2012. Stockholm: ECDC, 2013. ISBN 978-92-9193-541-3. ISSN 1831-9483. doi 10.2900/11420.

ECDC- European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe - HIV/AIDS surveillance in Europe 2013.Stockholm: ECDC; 2014. ISBN 978-92-9193-608-3. ISSN 2363-3085. doi 10.2900/42271.

ECDC- European Centre for Disease Prevention and Control - Thematic report: Migrants. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 progress report. Stockholm: ECDC; 2015a. ISBN 978-92-9193-654-0. doi 10.2900/628779.

ECDC- European Centre for Disease Prevention and Control - Evidence brief: HIV and treatment. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia – 2014 progress report. Stockholm: ECDC; 2015b.

ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control - Evidence brief: HIV prevention in Europe. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia – 2014 progress report. Stockholm: ECDC; 2015c.

ECDC- European Centre for Disease Prevention and Control. Evidence brief: HIV and men who have sex with men – Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia – 2014 progress report. Stockholm: ECDC; 2015d. ISBN 978-92-9193-668-7. doi 10.2900/414056.

EUROBAROMÈTRE SPÉCIAL - Le Sida. Bruxelles: Commission Européenne, 2003.

EUROBAROMÈTRE SPÉCIAL - Le Sida. Bruxelles: Commission Européenne, 2006.

European Commission. Commission Staff Working Document - Action Plan on HIV/AIDS in the EU and neighboring countries: 2014-2016. 2014. SWD (2014) 106 final. Bruxelles, 2014.

FRIEDEN, Thomas - Commemorating 30 Years of HIV/AIDS. Media Statement. CDC, 2 June, 2011.

KALICHMAN, Seth - Time to take stock in HIV/AIDS prevention. AIDS Behaviors. New York: Springer. 2008/Vol.12. 2008, p.333-334.

KARIM, Abdool e KARIM, Quarraisha - Antiretroviral prophylaxis: A defining moment in HIV control. Lancet.London: Elsevier. 2011/Vol.378 (9809), 2011, p.23-32.

KURTH, Ann; CELUM, Connie; BAETEN, Jared; VERMUND, Sten; e WASSERHEIT, Judith. - Combination HIV prevention: Significance, challenges, and opportunities. Current HIV/AIDS Reports Journal. New York: Springer. 2011/Vol.8:1(2011), p. 62-72.

LUCAS, João - Os Portugueses e a Sida: inquérito nacional sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos associados à sida. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.1987/Vol.5: 3-4 (1987), p. 89-100.

LUNDGREN, Jens - Antiviral therapy – thinking ahead: implications of the DAD and START studies. 15th European AIDS Conference and 17th International Workshop on Co-morbidities and Adverse Drug Reactions in HIV. Barcelona, 2015.

MANSERGH, Gordon; KOBLIN, Beryl; e SULLIVAN, Patrick - Challenges for HIV pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men in the United States. PLOS Medicine. San Francisco: Public Library of Science. 2012/Vol.9:8 (2012).

MARZEC-BOGUSLAWSKA, Anna - VIH/SIDA: Os dez anos da Declaração de Dublin não constituem um momento para nos congratularmos, mas sim para refletirmos. Boletim informativo Saúde-UE 141, 2014. Comissão Europeia. Bruxelas [14-11-2015]. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/newsletter/141/focus_newsletter_pt.htm.

MATOS, Margarida; e equipa do Projeto Aventura Social & Saúde - A Saúde dos Adolescentes portugueses (quatro anos depois). Lisboa: Edições FMH. 2006. ISBN: 978-989-95849-5-2.

OLIVEIRA, Aliete - Preservativo, Sida e Saúde Pública – factores que condicionam a adesão aos mecanismos de prevenção do VIH/sida. Col. Ciências e Culturas, Nº 10. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008. ISBN: 978-989-8074-62-1. 2008 Parlamento Europeu - Proposta de Resolução Comum. RC/642203PT.doc. 2006.

PÁDUA, Elizabeth; ALMEIDA, Catarina; ÁGUA DOCE, Ivone; NUNES, Baltazar; e CORTES MARTINS, Helena - Evolução de casos de transmissão VIH-1 da mãe ao filho em Portugal. Repositório Científico do Instituto Nacional de Saúde. 2012. Lisboa. INSA. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.18/1559>.

PONTE, Cristina - A cobertura de epidemias na imprensa portuguesa. O caso da Sida, Actas dos III Sopcom, IV Lusocom e II Ibérico, Covilhã, Universidade da Beira Interior. Vol. IV, 2005, p. 53-60. ISBN – 972-8790-39-2.

PORTUGAL. Ministério da Saúde - Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde Para Todos, vol. I – Prioridades. Lisboa: DGS. 2004. ISBN Coleção: 972-675-108-X. ISBN 972-675-109-8.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. Direção de Serviços de Informação e Análise Portugal – Infecção VIH, SIDA e Tuberculose em números – 2015. Lisboa: DGS. 2015. ISSN: 2183-0754

PORTUGAL. Ministério da Saúde - WHO. Evaluation of the National Health Plan of Portugal 2004–2010. Lisboa: DGS. 2010.

ROTHERHAM - BORUS, Mary; SWENDEMAN, Dallas; e CHOVNICK, Gary - The past, present and future of HIV prevention: Integrating behavioral, biomedical, and structural intervention strategies for the next generation of HIV prevention. Annual Review of Clinical Psychology. Los Angeles: Annual Reviews. 2009/Vol.5. (2009), p.143-167.

TORRE, Carla; LUCAS, Raquel; e BARROS, Henrique - Syringe exchange in community pharmacies – the Portuguese experience. International Journal of Drug Policy. London: Elsevier. 2010/ Vol. 21.2010, p.514-517.

Artigo Recebido a 10 de dezembro de 2015 | Aceite a 09 de março de 2016