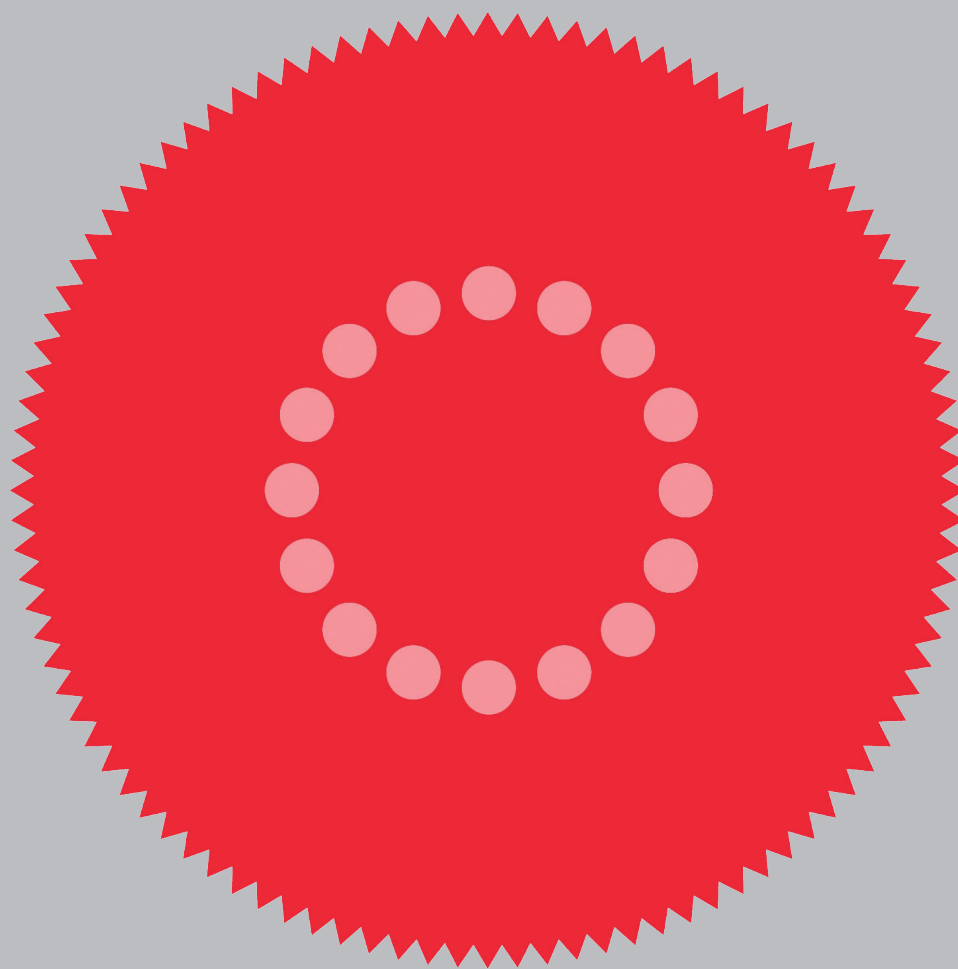


**a&t**

# Ação & Tratamentos

VIH/SIDA

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA Nº32



## Hepatite C O vírus silencioso

## Índice

- PAG. 3** Hepatite C: O vírus silencioso
- PAG. 5** Kit para consumidores de crack
- PAG. 7** Riscos Reduzidos em Rede
- PAG. 8** O VIH em contexto de crise económica: O caso grego
- PAG. 9** III Conferência VIH Portugal: Zero novas infeções VIH, zero casos de discriminação, zero mortes de SIDA
- PAG. 10** Tudo o que precisa de saber sobre: Lei da Não Discriminação
- PAG. 12** Coalition Plus – Uma Aliança Diferente. Conheça melhor esta instituição a que GAT aderiu recentemente
- PAG. 13** Da Rússia com amor
- PAG. 14** Estudo de caracterização de trabalhadores do sexo em apartamento
- PAG. 15** Iniciativa “Love Condoms”
- PAG. 16** Transplante de células estaminais controlam agora a infeção pelo VIH sem tratamento antirretroviral
- PAG. 18** Altas taxas de infeção anal pelo vírus do papiloma humano entre os homens homossexuais jovens
- PAG. 19** Aprovação nos E.U.A. do mais recente

# Dia Mundial das Hepatites

João Brito, Coordenador da Campanha

A 28 de julho, organizações da sociedade civil portuguesa juntaram-se à *World Hepatitis Alliance* (WHA) e à Organização Mundial de Saúde para assinalar o Dia Mundial das Hepatites 2013.

## O que é o dia mundial das hepatites?

Este dia tem por objetivo dar visibilidade e aumentar o conhecimento sobre a problemática das hepatites víricas e defender/promover o acesso universal à prevenção, rastreio e tratamento.

O Dia Mundial das Hepatites foi instituído em 2008 por iniciativa da WHA como resposta à falta de conhecimento e à ausência de prioridade política sobre esta epidemia.

## Porquê um dia mundial das hepatites?

Estima-se que cerca de 500 milhões de pessoas vivem com hepatite B ou C no mundo. Quando não diagnosticadas e tratadas atempadamente, estas podem provocar danos hepáticos graves e morte.

Segundo o Center of Disease Control (CDC dos EUA), estima-se que cerca de 75% das pessoas que vivem com Hepatite C não estão diagnosticadas, pelo que a informação e rastreio adequados são essenciais.

Em Portugal, apesar da vacina da hepatite B integrar o Plano Nacional de Vacinação, não há uma estratégia nacional para prevenção rastreio e tratamento, nem conhecimento epidemiológico adequado.

## Quem deve ser rastreado para a hepatite C?

Segundo as mais recentes recomendações internacionais (CDC), devem ser rastreadas pessoas em maior risco de contrair a infeção pelo VHB (pessoas não vacinadas) e VHC, por partilha de material de uso injetável de drogas ou relações sexuais desprotegidas, onde ocorra contacto com sangue. O CDC recomenda o rastreio universal das pessoas que nasceram entre 1945 e 1965, de todas as que tenham recebido transfusões de sangue antes de 1992 no mundo ocidental, e ainda das pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos, tratamentos injetáveis e outros procedimentos que envolvam transfusões ou contacto com sangue em países africanos ou asiáticos. Em Portugal, é também recomendada especial atenção a todos os homens que participaram no serviço militar antes de 1992.

World Hepatitis Alliance

**GAT**

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



CENTRO  
ANTI-DISCRIMINAÇÃO  
VIH/SIDA

**ser+**

Associação Portuguesa para a Prevenção e Desloca a SIDA

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

## Ficha Técnica

### Diretor:

Pedro Silvério Marques

### Coordenadora:

Rosa Freitas

### Editora:

Érica Almeida Postigo

### Conselho Editorial:

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

### Distribuição:

José Zegre e Luís Zegre

### Logística:

Luís Zegre

### Fotografia:

Cristina Piçarra

### Concepção Gráfica:

Diogo Lencastre

### Impressão:

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

### Tiragem:

22 500 exemplares

### ISSN:

1646-6381

### Depósito Legal:

252028/06

### Edição:

GAT e Ser+

Apartado 8216 – 1803-001 Lisboa

Tel: 210 967 826

Fax: 210 938 216

E-mail: [contactos@gatportugal.org](mailto:contactos@gatportugal.org)

## Hepatite C

# O vírus silencioso

Daniel Simões, Rosa Freitas

### O que pretende a sociedade civil?

- Aumentar o conhecimento da população geral e das populações mais vulneráveis sobre hepatites víricas e reduzir o estigma associado;
- Liderança e compromisso político e uma estratégia nacional clara e específica para as hepatites víricas;
- Implementar respostas integradas de rastreio, diagnóstico, referência e tratamento, tendo como base as estratégias e intervenções recomendadas pela OMS;
- Compromissos claros no sentido de:
  - Aumentar o diagnóstico da hepatite C;
  - Aumentar a acessibilidade de diversas populações, particularmente as mais vulneráveis, à vacinação das hepatites A e B;
  - Reduzir a mortalidade relacionada com hepatites víricas e assumir compromissos mensuráveis neste sentido;
  - Melhorar a vigilância epidemiológica;
  - Envolver os grupos de doentes, organizações das populações mais vulneráveis, com especial atenção às pessoas que usam ou usaram drogas, outros elementos da sociedade civil (como as equipas de redução de riscos e minimização de danos) e os profissionais de saúde no desenho e implementação de políticas de saúde;
  - Utilizar as boas práticas internacionais no desenho e implementação de programas, por exemplo a Estratégia Escocesa;
  - Políticas sobre drogas baseadas na evidência científica e no respeito pelos direitos humanos, de forma a minimizar as barreiras à prevenção, rastreio e tratamento, nomeadamente promovendo a acessibilidade a Programas de Troca de Seringas e Programas de Terapêutica Combinada.

De acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que 184 milhões de pessoas têm anticorpos para o vírus da hepatite A e B, sendo esta uma doença de prevenção relativamente fácil e curável na grande maioria dos casos. A incidência mundial desta infeção é desconhecida.

Segundo estimativas do *Global Burden of Disease*, o conjunto das hepatites B e C causaram 1,4 milhões de mortes em 2010. Contextualizando estes números com outras doenças infecciosas, estima-se que a malária causou 660 000 mortes no mesmo período e a tuberculose e a infeção pelo VIH respetivamente 1,4 e 1,7 milhões em 2011.

A infeção é transmitida pelo contato de sangue com sangue e pode não se manifestar através de sintomas durante vários anos, contudo, durante este período, vai lentamente danificando o fígado. É já uma das principais causas de cirrose e cancro no fígado primário – uma doença com taxas muito baixas de sobrevivência.

Em Portugal, para além da inexistência de recolha sistemática de dados sobre hepatites virais, não há uma estratégia nacional de prevenção e controlo das mesmas nem tão pouco uma política de rastreio, sendo a informação disponível sobre estas infeções muito reduzida. Segundo os dados apresentados em

abril do presente ano, durante uma reunião organizada pela Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado, estima-se que existam entre 100 a 150 mil portadores de hepatite C em Portugal, sendo que apenas 30% conhecem o seu estatuto serológico. Calcula-se ainda que morram anualmente cerca de 984 doentes devido à infeção pelo vírus da hepatite C (VHC). Paralelamente, a população geral permanece mal informada.

Embora os progressos científicos desde a descoberta do vírus, em 1989, e a disponibilização de tratamentos eficazes com taxas de cura a aumentar, alguns dos elementos biológicos do vírus permanecem desconhecidos, como por exemplo, o facto de algumas pessoas progredirem para estágio final de doença hepática e outras não.

Mais investigação é necessária para avaliar a eficácia na combinação de estratégias de prevenção (vacinação para a hepatite B, tratamento do VHC como prevenção, tratamento de substituição opiácea, programas de troca de seringas/agulhas e vacina). O tratamento para o VHC pode reduzir, substancialmente, as taxas de morbilidade e mortalidade, mas para tal é preciso facilitar o acesso aos cuidados de saúde. Cada país tem diferentes necessidades e recursos, mas todos devem ter em conta o quão importante é ter dados fiáveis. É essencial que haja um >>



« compromisso sério que vá para além da inclusão da hepatite B no plano nacional de vacinação. Avizinha-se uma revolução nos tratamentos da hepatite C para muito breve.

O ano de 2013 está a ser um ano de viragem a nível de novos tratamentos para a hepatite C. Alguns medicamentos já estão aprovados e outros foram já submetidos para aprovação na FDA e EMA, prevenindo-se que sejam de toma mais fácil, com menos efeitos secundários e pan-genotípicos (eficazes para todas as estirpes do vírus).

Uma política de prevenção, rastreio e tratamento pode representar um enorme benefício para as pessoas infetadas e para o SNS. Com um investimento moderado numa estratégia integrada dirigida tem nas suas mãos a possibilidade de evitar despesas muito significativas a médio prazo no tratamento da evolução natural da doença para fibrose, cirrose e cancro hepático.

### Dia Mundial das hepatites e a iniciativa da sociedade civil portuguesa

O dia 28 de julho assinala o dia mundial das hepatites, que tem por objetivo dar visibilidade e aumentar o conhecimento sobre a problemática das hepatites víricas e promover o acesso universal à prevenção, rastreio e tratamento. Doze organizações da sociedade civil portuguesas juntaram-se à *World Hepatitis Alliance* (WHA) e à Organização Mundial de Saúde para assinalar esta iniciativa, disponibilizando em meio comunitário o teste rápido para a hepatite C.

Durante duas semanas foram feitos 265 testes e recolhidos dados através do preenchimento de um questionário anónimo a 187 homens e 78 mulheres.

A maioria das pessoas que realizaram o teste era de nacionalidade portuguesa (60%), tendo sido observada forte adesão por parte de pessoas naturais dos países de língua oficial portuguesa: 5,7% de Angola, 9,4% de Cabo Verde, 7,5% do Brasil, e 4,2% da Guiné-Bissau.

Quando questionados sobre se tinham usado o preservativo na últi-

ma relação sexual, 43% dos respondedores afirmou que não.

Questionados sobre se tinham realizado o teste anteriormente, 91 participantes responderam que nunca o tinham feito e 21 não sabia.

Dos testes realizados, 98,1% teve resultado não-reativo. As 5 pessoas com resultado reativo foram reencaaminhadas para as respetivas estruturas de tratamento.

Dezassete pessoas inquiridas responderam que consumiam substâncias por via injetada, embora nenhuma destas seja positiva para a infeção pelo VHC. Sabe-se que a maioria das transmissões do vírus da hepatite C ocorre entre pessoas que usam drogas por via injetada. Esta é uma população a que se deve ter maior atenção quando se implementa estratégias de minimização de riscos. O tratamento para o VHC é eficaz entre as pessoas com consumos ativos e as orientações internacionais recomendam o tratamento nestas situações, contudo, a adesão permanece baixa. Perceber as barreiras e facilitar o processo de tratamento é essencial para que

se possam implementar estratégias inclusivas e programas eficazes de forma a aumentar o número de pessoas que permanece sob tratamento.

Esta iniciativa teve objetivos muito claros:

- Aumentar o conhecimento da população geral e das populações mais vulneráveis sobre hepatites víricas e reduzir o estigma associado;
- Liderança e compromisso político e uma estratégia nacional clara e específica para as hepatites víricas;
- Implementar respostas integradas de rastreio, diagnóstico, referência e tratamento, tendo como base as estratégias e intervenções recomendadas pela OMS.

Espera-se que o Ministério da Saúde assuma esta prioridade e isso se consubstancie numa política que envolva uma estratégia nacional para a prevenção, diagnóstico, referência para os cuidados de saúde e acesso a tratamento eficazes. ■

**Dia Mundial das Hepatites: 28 de Julho**

**FAÇA O TESTE DA HEPATITE C DE 15 A 31 DE JULHO**

[www.worldhepatitisday.info](http://www.worldhepatitisday.info)

World Hepatitis Alliance

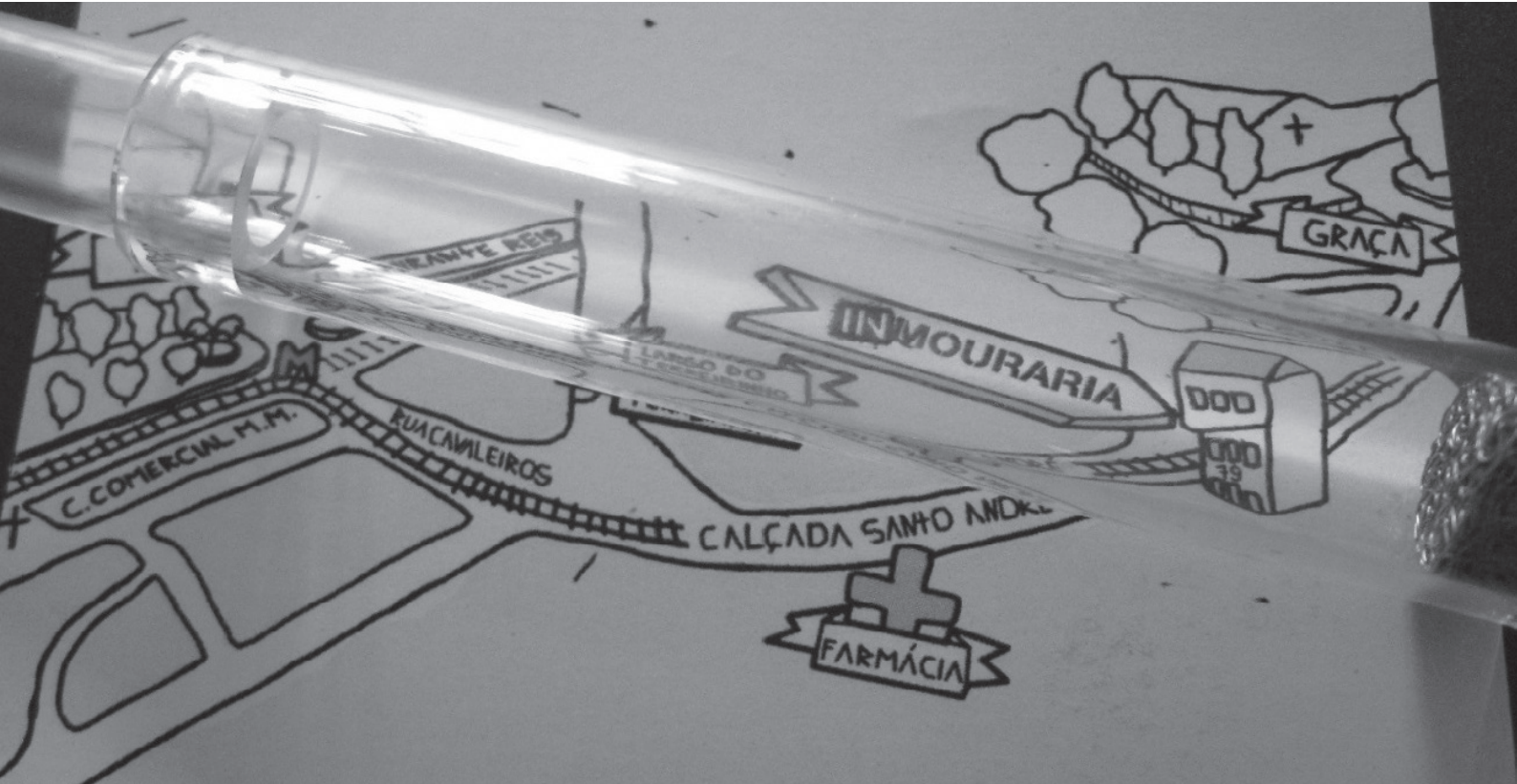


# Kit para consumidores de *crack*

## Projeto piloto

Adriana Curado

Doutoranda em Saúde Internacional, IHMT/UNL



O consumo de cocaína-base, também designada como *crack*, foi reconhecido como um problema de saúde pública nos Estados Unidos da América pela primeira vez em meados dos anos 80. Na Europa, e embora sem a relevância do outro lado do Atlântico, o consumo de cocaína-base tem sido descrito como um fenómeno urbano que afeta uma população socialmente marginalizada, como os consumidores de opiáceos, trabalhadores sexuais ou minorias étnicas. Em Portugal, e particularmente em Lisboa, as equipas de redução de riscos são confrontadas com o consumo de rua concentrado em determinados bairros, para o qual as respostas tradicionais são claramente insuficientes. O consumo de cocaína-base envolve riscos específicos e uma vulnerabilidade acrescida face à infeção pelo VIH, tuberculose e hepatite C.

Na Europa, torna-se cada vez mais importante a necessidade de desenvolver e implementar respostas para prevenir os riscos associados ao consumo fumado de cocaína-base.

À semelhança dos kit de injeção que tiveram um papel primordial no controlo da epidemia de VIH/SIDA entre os utilizadores de drogas, equaciona-se a importância de conceber um kit para os consumidores de cocaína-base fumada, cujos objetivos são evitar a utilização de cachimbos fabricados com material nocivo e prevenir a transmissão de doenças infetocontagiosas que ocorre quando o material é partilhado. Alguns países europeus já implementaram estes kit e outros, como é o caso de Portugal, planeiam fazê-lo.

Em Lisboa, o projeto In-Mouraria, da associação GAT, em parceria com a associação Crescer na Maior, iniciou a implementação de um programa de distribuição de kit para consumidores de cocaína-base fumada. O programa teve como objetivo geral avaliar a aceitabilidade do kit junto dos seus utilizadores e produzir recomendações para melhoria do mesmo. Pretendeu-se também conhecer e envolver a população-alvo no planeamento do programa, de forma a reforçar o seu papel na

prevenção dos riscos associados ao consumo fumado de cocaína-base. O kit, adaptado do modelo francês, é composto por um cachimbo, duas boquilhas, um filtro, uma palheta, um hidratante labial, dois preservativos e um gel (Figura 1) e foi distribuído de forma experimental durante quatro meses por três equipas de redução de riscos em várias zonas de Lisboa.

O estudo observacional é de tipo transversal e a recolha de dados foi realizada através de um questionário aplicado por elementos da equipa previamente treinados, no mínimo uma semana após a distribuição do kit. O questionário foi construído pela equipa técnica e testado em pares (ex-consumidores) e recolheu dados sociodemográficos, perfil de consumo, materiais de consumo utilizados, comportamentos de partilha de material e avaliação do kit. A amostra é constituída por consumidores atuais de cocaína-base fumada, maiores de 18 anos, que foram recrutados pelas equipas para experimentar o kit distribuído. Foi solici- »

«tado consentimento informado oral a todos os participantes que responderam ao questionário. Foi feita uma análise descritiva dos dados quantitativos com o programa SPSS e uma análise de conteúdo para os dados qualitativos do questionário. Entre janeiro e abril de 2013, foram distribuídos 236 kit a 179 consumidores de cocaína-base, 70% dos quais do sexo masculino e 44% representaram novos contactos para as equipas. Responderam ao questionário 42 utilizadores (Tabela 1). A amostra é constituída maiori-



Figura 1 – Composição do kit

tariamente por homens (64.3%), com idade média de 39 anos, cuja principal substância de consumo é a cocaína (59.5%). Relativamente ao perfil de consumo, verifica-se que o consumo de cocaína-base fumada é, para a maioria dos participantes,



Figura 2 – Cachimbo improvisado

diário (50%) e que há uma importante sobreposição com o consumo de heroína, presente em 52.4% dos participantes. Igualmente relevante é a percentagem de consumidores de cocaína-base que está atualmente em programa de metadona, 59.5%. A prevalência do consumo injetado nos últimos 30 dias é de 23.8% para a cocaína e de 16.6% para a heroína. O local habitual de consumo dos participantes é a rua (64.3%). Noventa e cinco por cento dos participantes partilharam material para fumar (boquilhas, tubos e/ou boquilhas) pelo menos uma vez na vida e 64% referiram tê-lo feito nos últimos 30 dias.

Relativamente ao material de consumo utilizado antes da distribuição experimental do kit, 81% dos participantes referiu que fabrica o seu próprio cachimbo, usando um recipiente ou garrafa de plástico (97.2%), com um filtro de prata com cinza (100%) (Figura 2).

A avaliação do kit incidiu sobre a utilização, aceitação e adequação do kit às necessidades dos seus utilizadores. Em termos de utilização, 35.7% dos participantes referiu que passou a usar exclusivamente o cachimbo distribuído. 78.6% avaliou o kit como globalmente adequado às suas necessidades e igual percentagem referiu que vai continuar a usá-lo. Relativamente às vantagens do cachimbo, as principais dizem respeito à utilização: é fácil de usar e de transportar, está pronto a usar, é de utilização individual, discreto e proporciona qualidade de fumo. São também muito valorizados pelos participantes os aspetos relativos à higiene e prevenção de doenças. Por último, são referidas as próprias características do cachimbo, como o tamanho ou o material de que é feito. As principais desvantagens reportadas pelos participantes estão relacionadas com as suas ca-


### Descrição sociodemográfica, perfil de consumo e comportamentos de partilha (n = 42)

| Variáveis   | n (%)      |
|---|------------|
| <b>Sexo</b>   |            |
| Masculino   | 27 (64.3%) |
| Feminino  | 15 (35.7%) |
| <b>Idade</b>  |            |
| Entre 30 e 44 anos  | 27 (66%)   |
| Menos de 30 anos  | 5 (12%)    |
| Mais de 40 anos   | 21 (51%)   |
| <b>Principal droga de consumo</b>                                 |            |
| Cocaína   | 25 (59.5%) |
| Heroína   | 10 (23.8%) |
| <b>Frequência do consumo fumado de cocaína-base</b>               |            |
| Todos os dias   | 21 (50%)   |
| 3 a 5 vezes por semana  | 10 (23.8%) |
| 1 ou 2 vezes por semana   | 6 (14.3%)  |
| 1 ou 2 vezes por mês  | 5 (11.9%)  |
| <b>Consumo injetado nos últimos 30 dias</b>                       |            |
| Cocaína   | 10 (23.8%) |
| Heroína   | 7 (16.6%)  |
| <b>Consumo de heroína nos últimos 30 dias</b>                     |            |
| Apenas injetada   | 4 (9.5%)   |
| Injetada e fumada   | 3 (7.1%)   |
| Apenas fumada   | 15 (35.7%) |
| Não consumiu heroína  | 20 (47.6%) |
| <b>Substituição opiácea nos últimos 30 dias</b>                   |            |
| Metadona prescrita  | 25 (59.5%) |
| Buprenorfina prescrita  | 1 (2.4%)   |
| <b>Local habitual de consumo</b>                                  |            |
| Na rua  | 27 (64.3%) |
| Em casa   | 22 (52.4%) |
| <b>Partilha de material de consumo fumado ao longo da vida</b>    |            |
|   | 38 (90.5%) |
| <b>Partilha de material de consumo fumado nos últimos 30 dias</b> |            |
| Sempre  | 7 (16.7%)  |
| Algumas vezes   | 20 (47.6%) |
| Nunca   | 11 (26.2%) |

## Riscos Reduzidos em Rede

racterísticas, nomeadamente com o formato. O cachimbo devia ser em "L", arredondado ou em forma de garrafa, assemelhando-se mais ao cachimbo improvisado. Outras desvantagens referidas dizem respeito à utilização (queima ou aquece demais) e a gostos pessoais.

Algumas das sugestões para melhoria deixadas pelos participantes no estudo incluem: alterar o formato do cachimbo ou da boquilha; adicionar mais filtros e boquilhas ao kit; utilizar um material mais resistente na embalagem do kit; incluir um suporte para o cachimbo que permita pousá-lo e toalhetes de álcool para desinfeção das mãos; e incluir palhetas de metal em vez de madeira para facilitar a operação de limpeza do cachimbo.

Concluindo, podemos dizer que o perfil encontrado nesta amostra de consumidores de cocaína-base de Lisboa é coincidente com outros estudos realizados na Europa – uma população envelhecida, constituída por atuais ou ex-consumidores de heroína, com elevados níveis de partilha de material de consumo e que consome habitualmente na rua, sugerindo um contexto de marginalização social. Para as equipas de redução de riscos, esta é uma população geralmente difícil de abordar, sendo que o programa de distribuição do kit pode representar uma porta de acesso para outras intervenções de redução de riscos e de referência para serviços sociais e de saúde. Nesse sentido, o estudo conclui que, para potenciar a adesão dos consumidores, o kit deve ser tão acessível quanto possível, em várias localizações e horários e que a informação relativa ao seu funcionamento deve ser reforçada, de forma a promover a sua correta utilização. 


O estudo piloto foi financiado e levado a cabo pelas associações GAT e Crescer na Maior, e os seus resultados apresentados ao Programa de Troca de Seringas, do Ministério da Saúde. Pretende-se com este estudo reforçar a disponibilização e implementação eficaz de medidas preventivas alternativas que respondam às necessidades dos consumidores.

A situação do país em matéria de uso drogas e dependências, e consequentemente em intervenções de RRMD, está a atravessar uma fase crítica. Muitas das respostas, em especial as equipas que prestavam serviços como apoio psicossocial, troca de seringas ou substituição opiácea na rua, junto de utilizadores de drogas, estão a passar por sérias dificuldades de sustentabilidade. O próprio Programa de Troca de Seringas, anteriormente assegurado pela rede nacional de farmácias, e desde janeiro de 2013, protocolizado com os centros de saúde, está com uma execução bastante deficiente, o que deixa em situação de risco muitos utilizadores por via endovenosa.

Os fatores que têm contribuído para fragilizar a RRMD são vários e merecem a nossa atenção. Desde logo a atual crise económica e os consequentes cortes ao nível das políticas públicas, em especial ao nível das políticas sociais e de saúde. Isto traduziu-se numa reestruturação, na prática a extinção, do Instituto da Droga e da Toxicodependência e a criação do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD) cuja gestão orgânica pertence ao Ministério da Saúde. Esta reestruturação aconteceu (e prolongou-se) durante uma altura crítica, de término de financiamento de muitas respostas de RRMD, como Equipas de Rua, em dezembro de 2012. Os dirigentes das organizações cívicas parceiras, os profissionais, os beneficiários e a comunidade envolvente, precisavam de planear o fim das suas intervenções ou a sua continuidade, mas não conseguiram obter da parte deste novo SICAD o melhor apoio informativo para o efeito. Apesar dos constrangimentos inerentes a uma reestruturação orgânica e apesar de um notável esforço em assumir a continuidade de algumas respostas

de RRMD, as dificuldades porque estão a passar todos os organismos de intervenção nas dependências, quer seja de âmbito público quer seja de âmbito privado, são notórias.

A RRMD entrou assim em 2013 fragilizada. Algumas respostas acabaram, outras esforçam-se por continuar a assegurar alguns serviços com um reduzido suporte financeiro de entidades locais. E mesmo as que continuam a existir com o apoio financeiro público debatem-se com dúvidas de sustentabilidade. Uma das fragilidades da RRMD é precisamente a sua dependência financeira face ao setor público, mas a sociedade precisa ainda de algum trabalho de consciencialização para que a estigmatização associada aos utilizadores de drogas decresça, possibilitando o aumento da iniciativa privada. Até lá o domínio público tem de continuar a esforçar-se para colmatar algumas das necessidades destes cidadãos.

O relatório do SICAD que dá conta dos resultados da execução do Plano Nacional de Luta contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012 "congratula-se pelo alargamento da rede de respostas (de RRMD), com consequências claras em termos de resultados de saúde e acessibilidade (...) com os resultados obtidos de redução da prevalência de doenças infecciosas entre consumidores por via endovenosa (p.187) e recomenda garantir a sustentabilidade no futuro dos resultados obtidos (...) evitando retrocessos" (p.191). O R3 deseja que esta fase crítica de reestruturação não implique um retrocesso nas conquistas alcançadas no âmbito da RRMD. Pelo contrário, espera que a definição em curso para os próximos anos, das novas orientações para o campo dos comportamentos aditivos, consiga otimizar estas conquistas. 

# R3

Riscos Reduzidos em Rede

riscosreduzidosemrede@gmail.com





## O VIH em contexto de crise económica

# O caso grego

Érica Almeida Postiço

O agravar da crise na Grécia aumentou as desigualdades e espoletou o crescimento de propostas políticas demagógicas e populistas. Em 2012 o partido de extrema-direita Aurora Dourada subiu de 0,29% para 7%, elegendo pela primeira vez 18 deputados e consolidando o seu apoio popular. Face a esta deslocação do eleitorado, o partido de Tsamaras, atual primeiro-ministro, integrou no discurso e programa de governo várias causas do partido de uma façção mais populista e demagógica, de extrema-direita. Georgios Tsamaras prometeu pôr fim ao “problema” dos “tiranos da sociedade grega”, aqueles que considerava responsáveis pelo crescente desemprego e crise: os imigrantes. Teve então início a operação Zeus, uma medida de limpeza social. A perseguição começou com imigrantes de origem não europeia – de acordo com a *Human Rights Watch*, entre agosto de 2012 e fevereiro de 2013, foram identificados e detidos 85 000 imigrantes. Uma vez lotados os estabelecimentos prisionais, construíram-se 50 campos de detenção (inicialmente apenas para albergar por tempo indeterminado os imigrantes, mais tarde abertos a outros grupos sociais) e, para evitar a entrada de pessoas pela Turquia, um muro de três metros ao longo do rio Evros. Também as pessoas de etnia cigana foram incluídas nesta perseguição: a polícia de intervenção desalojou acampamentos, afirmando tratar-se de uma medida de “prevenção de crime”. O mais recente, a 1 de agosto, contou num só dia com a demolição de 14 barracas, detenção de 623 pessoas e prisão de 84 em campos de detenção. Em 2013 os alvos foram alargados e passaram a incluir assumidamente as pessoas que fazem trabalho sexual, a população LGBT e os consumidores de drogas. Ao mesmo tempo que os militantes de extrema-direita perseguiam e espancavam brutalmente as pessoas LGBT e trabalhadores do sexo, tiveram

início as rusgas diárias a zonas de trabalho e socialização destas populações, bem como detenções de mulheres transgénero com acusações não fundamentadas de trabalho sexual. Estas detenções são marcadas por situações de violência policial, atitudes de humilhação e testes forçados à infeção pelo VIH. Deputados do Parlamento Europeu condenaram o Governo e a polícia gregas por estas atitudes transfóbicas. O *European Centre for Disease Prevention and Control* relata uma situação na qual várias trabalhadoras do sexo foram detidas, submetidas de forma violenta a testes do VIH e tiveram os seus dados pessoais, incluindo o estatuto serológico para a infeção pelo VIH, publicados na internet pelos mesmos agentes. As pessoas que usam drogas e sem-abrigo (que de acordo com a ONG Klimaka aumentaram 25% desde o início da crise) são detidas nas ruas, encaminhadas para centros de detenção na periferia, submetidas a testes de rastreio do VIH e outros exames médicos de forma a estabelecerem-se estatísticas sobre o aumento da epidemia entre esta população. Só depois dos testes é permitida a saída, cabendo aos detidos a procura de um meio de transporte até aos locais onde vivem e dos quais saíram à força. A polícia justifica esta operação, à qual deu o nome de Thetis, com a necessidade de lidar com o problema do consumo de drogas, limpeza do centro de Atenas e controlar a saúde pública. Enquanto as forças policiais desempenham operações anticonstitucionais, os consumidores de drogas seropositivos para o VIH têm o acesso dificultado à terapêutica antirretroviral e aos centros de tratamento, cujos fundos foram cortados.

Esta população é uma das mais afetadas pela crise económica que assola o país. Os cortes no serviço nacional de saúde justificados pelo resgate financeiro do Fundo Monetário Internacional levaram a uma redução nos serviços disponibiliza-

dos, nomeadamente ao nível dos programas de troca de seringas, e a crise contribuiu para o aumento do consumo de substâncias adulteradas, nomeadamente a Sisa. Conhecida como a “cocaína dos pobres”, surgiu em 2010 e a sua composição ainda não é totalmente conhecida, sabendo-se apenas que contem metanfetamina e que custa em média 2€ por dose. Devido ao baixo custo, popularizou-se inicialmente entre os consumidores de heroína e imigrantes, sendo agora consumida por um vasto leque de pessoas que não têm dinheiro para pagar as substâncias que usavam anteriormente. Pela primeira vez, e ao contrário da tendência sentida na maior parte dos países da União Europeia, o número de novos casos de infeção pelo VIH entre pessoas que consomem drogas injetáveis ultrapassou os de homens que têm sexo com homens, perfazendo 41% dos novos casos relatados.

A par da transferência da responsabilidade da gestão da saúde pública para as forças policiais, o governo grego, contra todas as recomendações internacionais, tornou legais os exames médicos obrigatórios, o isolamento e o tratamento forçado de pessoas com doenças consideradas relevantes para a saúde pública. Isto inclui tuberculose, sífilis e hepatites víricas, mas o foco recai sobretudo na infeção pelo VIH, em particular entre as populações consideradas em situações de forte vulnerabilidade: trabalhadores do sexo, pessoas que usam drogas por via injetada, sem-abrigo e imigrantes em situação irregular. No entanto, e apesar dos testes mandatórios, a referenciação para estruturas adequadas de tratamento e cuidados de saúde não acontece com a maior parte das pessoas nesta situação; de acordo com o *Hellenic Center for Disease Control & Prevention*, apenas um em cada três pessoas diagnosticadas com infeção pelo VIH entre os consumidores de drogas injetáveis está sob terapêutica antirretroviral.



### III Conferência VIH Portugal:

# Zero novas infeções VIH, zero casos de discriminação, zero mortes de SIDA

Inês Rego



Nos últimos anos têm sido recorrentes as comparações entre a Grécia e Portugal, países da União Europeia que a par da Irlanda, Espanha e Chipre pediram um empréstimo ao Fundo Monetário Internacional. Também em Portugal se têm sentido os efeitos dos cortes orçamentais na área da saúde e prevenção. A Ordem dos Médicos veio alertar recentemente para as crescentes dificuldades que os consumidores de drogas sentem no acesso ao tratamento e para a diminuição de técnicos especializados. As recaídas no consumo de heroína por via injetável quase triplicaram: de 1008 em 2010 para 2881 em 2012 e de acordo com Santos Silva da Divisão para a Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências na Região Norte, "alguns fatores estão na ordem do dia, como o desemprego e a diminuição dos apoios sociais." Também a infeção pelo VIH está a aumentar entre homens que têm sexo com homens; se em 2001 correspondiam a 7,3% dos casos diagnosticados, em 2012 eram 24,1%. Tal aumento não terá na crise financeira dos últimos anos o seu principal impulsionador, mas esta reforça situações preocupantes, nomeadamente a escassa sensibilização para a necessidade da realização do rastreio com regularidade e o facto de o único centro de rastreio do VIH dirigido a homens que têm sexo com homens, o CheckpointLX, correr o risco de encerrar.

As linhas orientadoras internacionais deixam muito claro que o rastreio da infeção pelo VIH não deve ser feito sem consentimento e que os resultados são confidenciais. A perseguição e a estigmatização de grupos previamente discriminados conduz a uma fuga aos locais de rastreio e serviços de apoio. Esta atitude do Governo grego parece ser motivada por questões ideológicas e não por uma preocupação com os direitos humanos, criando assim graves problemas a médio e longo prazo. ■

Nos dias 21 e 22 de novembro de 2013, o grupo VIH Portugal organiza a III Conferência internacional VIH Portugal: zero novas infeções, zero casos de discriminação, zero mortes por SIDA, no auditório Tomé Pires no INFARMED, em Lisboa.

O VIH Portugal ([www.vihportugal.org](http://www.vihportugal.org)) é uma iniciativa de um grupo independente de ativistas, profissionais de saúde e investigadores que trabalham na área da infeção pelo VIH e que tem por objetivo organizar bianualmente a conferência VIH Portugal, que reúne oradores nacionais e internacionais.

Em 2013, a conferência pretende identificar e promover políticas e programas baseados no melhor conhecimento científico e promoção de direitos humanos, focando-se na prevenção, diagnóstico e cuidados de saúde precoces (0 novos casos de infeção), adesão e retenção no tratamento (0 mortes por SIDA), apresentando as recomendações do Projeto *Stigma Index* do Centro Anti discriminação VIH/SIDA (0 casos de discriminação), entre outras.

Para promover um debate inclusivo entre todos os atores da área do VIH/SIDA, juntam-se ao Grupo de Trabalho Permanente para o acompanhamento da Problemática do VIH/SIDA da Assembleia da República, representantes do Governo, do Plano Nacional da infeção pelo VIH/SIDA, especialistas e investigadores na área do conhecimento epidemiológico, prevenção, tratamentos e cuidados de saúde, indústria

farmacêutica e organizações comunitárias da sociedade civil.

No encontro vão estar presentes oradores nacionais e internacionais, entre os quais Teymur Noori, Conselheiro científico do Centro Europeu de Controlo e Prevenção das Doenças e Jens Lundgren Vice-presidente do *HIV in Europe*. Contamos ainda com a presença do Diretor Geral da Saúde, o Dr. Francisco George e o Deputado Ricardo Batista Leite, Coordenador do Grupo de Trabalho Permanente para Acompanhamento da Problemática do VIH/SIDA.

Para mais informações, por favor contactar o Secretariado da Conferência através do seguinte e-mail [vihportugal2013@gmail.com](mailto:vihportugal2013@gmail.com).

Para proceder à inscrição, consultar o site da conferência [www.vihportugal.org](http://www.vihportugal.org) ou o site da organização encarregue do secretariado [www.gatportugal.org](http://www.gatportugal.org) ■

#### COMISSÃO ORGANIZADORA 2013

Ana Cláudia Carvalho (CHLO-UNL); Emília Valadas (CHLN); Eugénio Teófilo (CHLC); Isabel Aldir (CHLO); Julian Perelman (ENSP-UNL); Luís Mendão (GAT); Marta Maia (CRIA-IUL); Pedro Silvério Marques (Centro Anti Discriminação VIH/SIDA, Ser+/GAT); Sónia Dias (IHMT, UNL).

#### CO-CHAIRS 2013

Francisco Antunes, Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e Ex-Diretor do Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria (CHLN-HSM) e Henrique Barros, Instituto Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP).

# Tudo o que precisa de saber sobre: Lei da Não Discriminação

Adaptação Pedro Águas

## 1. O que devemos entender por: "discriminação em razão da deficiência e da existência de risco agravado de saúde"?

Considera-se discriminação toda a prática de atos que se traduzam na violação de quaisquer direitos fundamentais, ou na recusa ou condicionamento do exercício de quaisquer direitos, por quaisquer pessoas, em razão de uma qualquer deficiência.

## 2. Em situações iguais, uma pessoa com deficiência pode ser tratada de maneira diferente das outras pessoas?

Não, uma pessoa com deficiência ou com risco agravado de saúde não pode, nem deve, ser tratada de forma diferente dos restantes cidadãos, nem deve ser colocada em posição de desvantagem em comparação com as outras pessoas, a não ser que seja por motivos objetivamente justificados por fins legítimos e que os meios para alcançar esses fins sejam adequados e necessários.

## 3. Que formas de discriminação existem?

A discriminação pode ser direta ou indireta.

## 4. O que se entende por "discriminação direta"?

Existe discriminação direta, quando uma pessoa com deficiência é tratada de forma menos favorável do que outra pessoa foi ou seria tratada numa situação comparável.

## 5. E por "discriminação indireta"?

Existe discriminação indireta quando uma disposição, critério ou prática é aplicada igualmente a toda a gente, mas cujo efeito ou impacto da disposição ou prática se revela desvantajoso para as pessoas com deficiência.

## 6. Que tipo de práticas discriminatórias estão incluídas na Lei da Não Discriminação?

Estão incluídos todos os atos ou omissões, que, com culpa ou sem culpa, violem o princípio da igualdade, em razão da deficiência, como por exemplo:

- Recusa de fornecimento ou impedimento de fruição de bens e serviços;
- Impedimento ou limitação ao acesso e exercício normal de uma atividade económica;
- Recusa ou condicionamento de venda, arrendamento ou subarrendamento de imóveis, bem como o acesso ao crédito bancário para compra de habitação e recusa ou penalização na celebração de contratos de seguros;
- Recusa ou impedimento da utilização e divulgação da língua gestual;
- Recusa ou limitação de acesso ao meio edificado ou a locais públicos ou abertos ao público;
- Recusa ou limitação de acesso aos transportes públicos aéreos, terrestres ou marítimos;
- Recusa ou limitação de acesso aos cuidados de saúde prestados em estabelecimentos de saúde públicos ou privados;

- Recusa ou limitação de acesso a estabelecimentos de ensino, público ou privado, assim como a qualquer meio de compensação/apoio adequado às necessidades específicas dos alunos com deficiência;
- Constituição de turmas ou adoção de outras medidas de organização interna nos estabelecimentos de ensino público ou privado, segundo critérios de discriminação em razão da deficiência, salvo se se tratar de beneficiar as pessoas com deficiência com o objetivo de garantir o exercício de direitos em condições de igualdade;
- Adoção de prática ou medida por parte de qualquer empresa, entidade, órgão, serviço, funcionário ou agente da administração direta ou indireta do Estado, das Regiões Autónomas ou das autarquias locais, que condicione ou limite a prática do exercício de qualquer direito;
- Adoção de ato em que, publicamente ou com intenção de ampla divulgação, pessoa singular ou coletiva, pública ou privada, emita uma declaração ou transmita uma informação em virtude da qual um grupo de pessoas seja ameaçado, insultado ou aviltado por motivos de discriminação em razão da deficiência;
- Adoção de medidas que limitem o acesso às novas tecnologias.

## 7. A quem devo apresentar queixa por prática discriminatória?

Pode apresentar a queixa junto de uma das seguintes entidades:

- Membro do Governo que tenha a seu cargo a área da deficiência;
- Conselho Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência;
- Entidade com competência para a instrução do processo de contraordenação.

## 8. Quais são as entidades competentes para a instrução do processo de contraordenação?

São consideradas como tais as entidades administrativas (inspeções-gerais, entidades reguladoras ou outras com competências para o efeito) com competência inspetiva e/ou sancionatória.

## 9. Se duas entidades disserem que não têm competência para a instrução de determinada queixa, quem resolve?

Resolve e decide o membro do Governo que tutele as entidades em conflito.

## 10. O que devo fazer para apresentar queixa?

Deve enviar uma exposição escrita de toda a situação que considera discriminatória a uma das entidades referidas em 7.

Também poderá preencher o Formulário de Queixa, e enviá-lo para [inr@inr.mtss.pt](mailto:inr@inr.mtss.pt).

**11. O que deve conter uma queixa?**

A queixa deve conter:

- Identificação - nome completo, nº do BI ou cartão do cidadão, nº de contribuinte, morada completa, contactos telefónicos ou outros;
- Relato de todos os factos apresentados de forma clara;
- Indicação de testemunhas - nomes, moradas, contactos;
- Deve ainda ter em atenção que deverá fundamentar da melhor forma a sua exposição através de elementos, testemunhas ou documentos que possam demonstrar a prática de ato de discriminação.

**12. Para além da queixa, há mais alguma coisa que possa fazer?**

Sim, nos termos da Lei da Não Discriminação, poderá recorrer aos tribunais pela prática de qualquer ato discriminatório podendo solicitar uma indemnização, por danos patrimoniais e não patrimoniais.

**13. E qual o valor da indemnização a que tenho direito?**

Na fixação da indemnização o tribunal deve atender ao grau de violação dos interesses em causa, ao poder económico dos autores das infrações e às condições da pessoa alvo da prática discriminatória.

**14. O que se segue após a apresentação da queixa?**

Após a apresentação da queixa o processo será enviado à inspeção-geral competente para a fase instrutória onde se irá realizar a produção de prova, sendo que, no final dessa investigação/instrução a inspeção produz um relatório final, definindo igualmente a medida e aplicação das coimas e sanções acessórias cuja cópia é remetida ao Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P. . Da decisão final da entidade competente, há a possibilidade dos interessados recorrerem para os tribunais.

**15. Quais são os procedimentos do processo de contraordenação?**

O processo inicia-se mediante participação, das autoridades policiais ou fiscalizadoras, ou mediante denúncia particular (queixa).

A autoridade administrativa com competência procede à investigação/instrução, finda a qual ou arquiva o processo ou aplica uma coima.

Todas as decisões, despachos e demais medidas tomadas pelas autoridades administrativas no decurso do processo são suscetíveis de impugnação judicial, salvo as medidas que se destinem apenas a preparar a decisão final de arquivamento ou aplicação da coima. Neste caso o tribunal competente é o tribunal em cuja área territorial tiverem ocorrido os factos.

O recurso de impugnação deverá ser feito por escrito e apresentado à autoridade administrativa que aplicou a coima ou arquivou o processo, no prazo de 20 dias após o seu conhecimento, devendo constar de alegações e conclusões.

O prazo para a impugnação da decisão da autoridade administrativa suspende-se aos sábados, domingos e feriados.

**16. Onde se encontram previstos os procedimentos?**

Encontram-se previstos no Decreto-Lei n.º 433/82, de 27 de Outubro, que estabelece o regime geral do ilícito de mera ordenação social, que se aplica em tudo o que não estiver regulado no Decreto-Lei n.º 34/2007, de 15 de Fevereiro.

**17. Quais são as penas a que está sujeito quem praticou atos de discriminação?**

A prática de qualquer ato discriminatório está sujeita ao pagamento de coima que pode variar entre 5 a 30 vezes o valor da retribuição mínima mensal garantida consoante estejamos perante infrações cometidas por pessoas singulares ou coletivas.

**18. Que sanções acessórias podem ser aplicadas?**

Em função da gravidade da infração e da culpa do agente que pratica uma conduta discriminatória, podem ser aplicadas simultaneamente sanções acessórias que se podem traduzir na perda de objetos, interdição do exercício de profissões ou atividades, privação do direito a subsídios ou benefícios concedidos por entidades públicas, encerramento de estabelecimentos e publicidade das decisões condenatórias.

**19. E no caso de voltarem a discriminar?**

Nesse caso as coimas serão elevadas para o dobro.

**20. Para quem reverte o valor das coimas?**

Do total do valor da coima 60% reverte para o Estado, 20% para o Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P. e 20% para a entidade que instruiu o processo de contraordenação.

**21. Quais são as competências do Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P., nos termos da Lei da Não Discriminação?**

O Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P., é o organismo competente para garantir a aplicação da lei e emitir parecer obrigatório sobre as condutas discriminatórias no acesso ao emprego, progressão e formação de trabalhadores, na decisão da entidade empregadora ou de agências de emprego que incluir fatores de natureza física, sensorial ou mental na oferta de emprego, na cessação de contrato ou recusa de contratação, nos processos de inquérito, disciplinares e sindicâncias, instaurados pela Administração Pública.



« O Instituto efetua ainda o registo das decisões comprovativas de prática discriminatória, e elabora um relatório anual sobre a informação recolhida no âmbito da prática de atos discriminatórios com base na deficiência e sanções aplicadas.

## 22. Quais são os prazos previstos para a emissão dos pareceres referidos em 21.?

O prazo varia entre 10 e 20 dias úteis, conforme se trate de parecer sobre as medidas adequadas para o acesso ao emprego, progressão e formação dos trabalhadores, sobre a decisão da entidade empregadora ou de agências de emprego na inclusão de fatores de natureza física, sensorial ou mental na oferta de emprego, cessação de contrato ou recusa de contratação e nos processos de inquérito, disciplinares e sindicâncias instaurados pela Administração Pública.

## 23. Qual a intervenção das associações que defendem interesses das pessoas com e suas famílias no âmbito da Lei da Não Discriminação?

As associações que defendem os direitos das pessoas com deficiência e suas famílias podem apresentar queixas e denúncias, constituírem-se assistentes em processo jurisdicional e acompanharem, se assim o desejarem, o processo contraordenacional, resultante da prática de atos discriminatórios por motivo da deficiência ou risco agravado de saúde.

## 24. O relatório anual é divulgado?

O relatório anual é divulgado no sítio oficial do Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P., e apresentado ao membro do Governo responsável pela área da reabilitação até dia 30 de Março de cada ano.

## 25. Qual a Legislação a consultar?

Lei n.º 46/2006, de 28 de Agosto - Proíbe e pune a discriminação em razão da deficiência e da existência de risco agravado de saúde  
Decreto-Lei n.º 34/2007, de 15 de Fevereiro - Regulamenta a Lei n.º 46/2006, de 28 de Agosto  
Decreto-Lei n.º 433/82, de 27 de Outubro - Regime das contraordenações ■

Para mais informações e esclarecimentos:

**Centro Anti-Discriminação VIH/SIDA  
SER+ Associação Portuguesa para a Prevenção e Desafio à Sida**  
Rua André Homem, Edifício SER+, n.º 60  
2750-783 Cascais  
Telf: +351 214 814 130  
Fax: +351 214 814 139  
Telemóvel: +351 917 553 488

# Coalition Plus – Uma Aliança Diferente

## Conheça melhor esta instituição a que GAT aderiu recentemente

Ricardo Fernandes



A Plus – *Coalition Internationale SIDA* foi criada em 2008 por quatro associações francófonas que sentiram necessidade de partilhar a experiência de várias instituições que trabalhavam na área mas em continentes diferentes. Tinham contudo em comum o facto de envolverem as pessoas mais vulneráveis à infeção pelo VIH/SIDA na vida, trabalho e projetos que executam. Partilham também a ambição de que esta aliança se torne numa entidade internacional de referência, com influência suficiente para alterar o curso da epidemia de VIH a nível mundial.

A *Coalition PLUS* reúne grupos comunitários, maioritariamente francófonas, que compartilham os mesmos valores e objetivos: acesso universal aos cuidados, tratamento e prevenção, a luta contra a estigmatização e criminalização de pessoas que vivem com VIH, a defesa dos direitos das comunidades mais vulneráveis (homossexuais trabalhadores do sexo, pessoas que usam drogas, migrantes, etc.). Todos, de acordo com um princípio inegociável de solidariedade Norte-Sul.

Os objetivos desta aliança são também as prioridades das instituições e das comunidades nela representadas:

- Envolver as pessoas que vivem com VIH no centro do desenvolvimento dos dispositivos de prevenção e apoio;
- Influenciar os grandes financiadores internacionais para que os programas evoluam;
- Desenvolver as associações membros apoiando-as e dando-lhes mais meios;
- Partilhar a experiência para a condução de projetos de investigação de base comunitária.

Na carta de missão desta aliança encontramos também os valores que a regem. A imparcialidade, no que diz respeito à etnia, sexo, religião, condição social, filiação política, à identidade cultural, à sexualidade e estilo de vida. A independência religiosa, política, moral ou científica de todos os membros. A confidencialidade em todo o trabalho que fazem junto das pessoas infectadas ou afetadas pelo VIH. Liberdade de expressão: a aliança é um espaço de livre troca de ideias e escolhas sobre todas as questões relacionadas com infeção pelo VIH/SIDA.

O GAT solicitou este ano a adesão como parceiro a esta aliança internacional, com o objetivo de vir a tornar-se um dos membros desta organização promissora, cujos membros são maioritariamente de países em desenvolvimento em África ou na América do Sul.

Esta adesão tem como principal objetivo melhorar o trabalho do GAT a nível internacional em contextos de menor intervenção, como são os dos países de língua oficial portuguesa, bem como partilhar a experiência de investigação comunitária que temos vindo a desenvolver nos últimos anos nos vários projetos de investigação que temos liderado em parceria com a academia. ■



# Da Rússia com amor

Érica Almeida Postiço

Não sendo um exemplo em matéria de direitos humanos, a Rússia tornou-se nos últimos meses tema de debate em todo o mundo ocidental devido ao desrespeito pelos direitos das pessoas lésbicas, gays, bissexuais e transgéneros (LGBT).

Com uma vida associativa e noturna fulgurante nas cidades de Moscovo e São Petersburgo, a realidade LGBT do país não estava muito distante da de países ocidentais: os atos sexuais consentidos entre dois adultos do mesmo sexo foram descriminalizados em 1993, a mudança legal de género é permitida a pessoas transexuais desde 1997 e a homossexualidade deixou de ser considerada doença mental em 1999. Também na inexistência de uma lei que proteja as pessoas LGBT de atos de homo, bi e transfobia o país não se encontrava muito distante da maior parte do mundo – ao contrário do caso português, onde o artigo 13º da Constituição da República Portuguesa proíbe a discriminação com base na orientação sexual, tal não existe na maior parte dos países ditos “civilizados”.

No entanto, sondagens à opinião pública indicam existir uma maioria social desfavorável ao reconhecimento de direitos iguais para as pessoas LGBT: apenas 16% da população apoia a legalização do casamento entre pessoas do mesmo sexo, 74% afirma que a homossexualidade não é algo socialmente aceitável, sendo que 68% acreditam tratar-se de algo “errado”.

A situação parece ter piorado nos últimos meses. Já desde 2006 que dez estados russos tinham aprovado e posto em vigor leis contra a “propaganda ao homossexualismo” com menores, tendo alguns alargado a proibição para a população em geral. Em 2011 uma lei semelhante foi aprovada em São Petersburgo, proibindo a “propaganda homossexual, bissexual e transgénera” a menores, não estando definida no entanto o que se entende por propaganda. Em

2012, e na sequência da discussão e aprovação destas leis, foi legislada a ilegalização das marchas do orgulho LGBT durante um século. Em junho deste ano a lei foi aprovada a nível federal na Duma, proibindo assim a “propaganda homossexual” a menores de idade, bem como a adoção de crianças russas por casais do mesmo sexo que vivam em países onde este tipo de adoção é legal.

Embora seja difícil quantificar a real dimensão do problema, facto é que as notícias de crimes de ódio não param de chegar nos últimos meses. Relatos de detenções de ativistas LGBT russos, fotografias de agressões a participantes em manifestações e vídeos online que mostram cenas de violência física e psicológica a pessoas LGBT, geralmente em espaços públicos. Tratam-se de ataques organizados por membros de grupos de extrema-direita que entram em contacto com homens gay e pessoas transgénero nas redes sociais mais populares do país, fazem-se passar por jovens gay e combinam encontros. À chegada ao local a vítima depara-se com uma série de homens que insultam, humilham, espancam ou torturam. Nesses mesmos vídeos é possível ver várias pessoas a passar, detendo-se para observar mas sem nada fazerem para impedir o espancamento ou inclusive tomando a palavra para incentivar os agressores e ofender a vítima. Os vídeos – com cenas de enorme violência – são depois publicados na internet sem que os agressores escondam a sua identidade e sem que nada até ao momento tenha sido feito a nível judicial. Os relatos de crimes de ódio que culminam na morte das vítimas, bem como o suicídio de pessoas LGBT, têm vindo a aumentar desde então.

Tem sido elevado o número de ativistas e pessoas assumidamente LGBT na Rússia a emigrar ou pedir asilo político noutros países. Nesta lista inclui-se a escritora lésbica

Margarita Sharapova, que pediu asilo político em Portugal, afirmando não poder falar abertamente sobre os motivos que a fazem querer abandonar o seu país, revelando apenas tratarem-se de coisas “demasiado horríveis”.

Ativistas LGBT de todo o mundo têm-se unido na denúncia do total desrespeito pelos direitos humanos a acontecer na Rússia. Atores como Tilda Swinton e Wentworth Miller já vieram a público demonstrar o seu repúdio pelas políticas russas e existe um apelo generalizado ao boicote aos Jogos Olímpicos de 2014, bem como às marcas que o patrocinam.

Tudo isto se passa no país que detém 70% dos casos de infeção pelo VIH da Europa de Leste e Ásia Central, regiões do mundo onde o número de infeções mais cresce e que não faz o investimento devido na prevenção entre grupos em situação de maior vulnerabilidade. A maior parte dos fundos alocados para a área do VIH/SIDA são destinados à promoção de um estilo de vida saudável e não no trabalho com os grupos mais atingidos – nomeadamente os consumidores de drogas injetáveis, perseguidos e reprimidos no país. Dados de 2011 revelam que foram feitos 24 milhões de testes de rastreio ao VIH, tendo apenas 1% sido em consumidores de drogas injetáveis e homens que têm sexo com homens (existindo aliás um decréscimo no número de testes em relação ao ano anterior: menos 35.9% entre homossexuais e bissexuais e 10.2% entre consumidores de drogas).

A política conservadora e repressiva da Rússia para com minorias sexuais e grupos mais desfavorecidos permanece inalterada, dando indícios de poder tornar-se mais austera nos próximos tempos, dificultando ainda mais o trabalho de prevenção da infeção pelo VIH no país ou simplesmente a defesa dos direitos humanos. ■

# Estudo de caracterização de trabalhadores do sexo em apartamento

Alexandra Oliveira

Neste artigo apresentamos alguns dados de uma investigação levada a cabo pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP) em parceria com o projeto HOSHO do GAT. O projeto, já terminado, tinha por objetivo, entre outros, a prevenção da infeção pelo VIH/SIDA entre homens que têm sexo com homens (HSH). Este projeto começou por abranger apenas HSH residentes ou trabalhadores em Lisboa mas posteriormente a sua população e o seu âmbito de intervenção foram alargados, designadamente incluindo trabalhadore(a)s do sexo (TS).

O objetivo deste estudo foi o de caracterizar os HSH e o(a)s TS ao nível sócio demográfico, das características e condições de exercício da atividade e das práticas de saúde. Para tal, foi desenhada uma investigação predominantemente quantitativa, com recurso a um questionário que foi concebido para esse efeito. O acesso ao contexto do trabalho sexual de apartamento foi intermediado ou efetuado pelo mediador cultural do projeto. A recolha de dados decorreu junto de HSH e de TS de apartamento na região da Grande Lisboa

durante o ano de 2011. A análise dos dados fez-se com recurso ao programa SPSS e à estatística descritiva.

A amostra foi constituída por 121 participantes, com 44,6% de mulheres (n=54), 35,5% de homens (n=43) e 19,8% de transexuais (n=24). A média de idades foi de 30.13 anos (DP=7.12), com a maioria do(a)s inquirido(a)s a situar-se na faixa etária dos 26 e os 35 anos (51,2%).

Cerca de 2/3 do(a)s participantes era de nacionalidade brasileira (66,9%; n=81), representando o(a)s português(a)s 24% da amostra (n=29). Os restantes 9,1% (n=11) tinham nacionalidades diversas.

Quanto à escolaridade, 54,5% (n=66) tinha completado entre 10 e 12 anos de escolaridade, com 18,2% (n=22) dos participantes tendo mais do que 12 anos, 19% (n=23) entre os 7 e os 9 anos de ensino e 8,3% tinham menos de 6 anos de escolaridade completos.

No que se refere à orientação sexual, 58,7% são heterossexuais, 30,6% são homossexuais e 10,7% são bissexuais.

A duração média do tempo de permanência na atividade é de 3.88

anos (DP=3.74), com um mínimo de um mês e um máximo de 21 anos de trabalho sexual comercial.

Do(a)s inquiridos, 38,8% trabalham apenas em apartamentos e 52,9% fazem também deslocações, a hotéis ou aos domicílios dos clientes.

A publicitação do sexo comercial é feita através de anúncios colocados simultaneamente em jornais e em páginas da internet por 42,9% dos inquiridos, enquanto 28% publicitam apenas na internet e 26% somente em jornais.

A quantidade de clientes que o(a)s TS atendem é, em média, de 3.58 por dia (DP=2.05). Os serviços prestados incluem diversas combinações que abarcam o sexo oral, anal e vaginal, sendo a percentagem mais relevante a do(a)s que dizem realizar as três práticas (34,2%), seguida daqueles que dizem praticar apenas sexo oral e anal (27,2%).

O número de horas que trabalham por dia varia entre as 3 a 4 horas (5%) e as 24 horas (26,4%), com 34,7% dele(a)s a trabalhar entre 9 e 12 horas por dia. Uma percentagem de 47,9 trabalha 7 dias por semana, enquanto 31,4% e 16,5% trabalham 6 e 5 dias por semana, respetivamente.

Com as questões relativas à saúde, concluímos que 79,3% (N=96) do(a)s participantes recorrem habitualmente a serviços de saúde, com 92,8% deste(a)s a terem-no feito há um ano ou menos. De referir que, quando contactam um profissional de saúde, 63,2% do(a)s inquirido(a)s nunca ou quase nunca refere que pratica sexo comercial (no caso de ser relevante para o problema que o levou a recorrer ao serviço de saúde).

Quanto à frequência com que o preservativo é utilizado nas relações sexuais comerciais, ela depende do tipo de prática, com taxas de utilização mais baixas no sexo oral do que no sexo vaginal e anal. Cerca de 98% do(a)s inquirido(a)s dizem usar o preservativo sem exceção, seja no sexo vaginal, seja no sexo anal (98,7% e 97,9%, respetivamente). Já quanto ao sexo oral, 31,4% dizem usar sempre, 29,4% quase sempre, 22,3% às vezes,



# Iniciativa “Love Condoms”

Daniel Simões

14,9% quase nunca e 1,7% nunca. As frequências de utilização de preservativos com parceiros sexuais não comerciais são bastante mais baixas em qualquer uma das práticas, com o 89,1% do(a)s participantes a admitir que nunca usa preservativo no sexo oral, 78,9% a nunca usar no sexo vaginal e 45,7% sem nunca utilizar no sexo anal.

Os TS de apartamento da zona da Grande Lisboa que integraram esta investigação têm um leque variado de características sócio demográficas, em sexo, orientação sexual, identidade de género, escolaridade, idade e nacionalidade, sendo que, no caso destas duas últimas, há um predomínio do(a)s jovens estrangeiro(a)s.

Quanto às características da atividade, é evidente a importância que têm as novas tecnologias de informação na divulgação dos serviços que permitiram novas formas e contextos do sexo comercial, sem que, contudo, se tivessem diversificado o tipo de serviços prestados.

O trabalho sexual de apartamento não implica habitualmente uma carreira na prostituição, pois a permanência na atividade tem em média uma duração baixa, o que poderá estar relacionado com os quase ¾ de migrantes constantes da amostra, na medida em que estes encaram esta atividade como temporária (Oliveira, 2011). Ainda mais é de destacar o excessivo número de horas e de dias que trabalham muito(a)s do(a)s inquirido(a)s, o que pode ter um forte impacto negativo na sua saúde e bem estar.

No que concerne às práticas de saúde, os níveis de recurso aos serviços e as elevadas taxas de utilização do preservativo nas relações sexuais comerciais parecem indicar preocupação e cuidados adequados. Já a mais baixa frequência com que utilizam preservativo nas relações sexuais não comerciais parece apontar para um maior perigo de contágio de doenças pelos profissionais do sexo associado a relações com companheiros ou com clientes regulares (Warr & Pyett, 1999), o que deve ter consequências ao nível da prevenção. ■

A campanha *LOVE Condoms* é uma iniciativa criada pela *AIDS Healthcare Foundation* (AHF) para promover o acesso e uso do preservativo como meio eficaz para controlar a epidemia do VIH/SIDA.

Desde o início de 2013 que o GAT trabalha em parceria com a AHF, fundação americana que desenvolve trabalho em vários países, promovendo e disponibilizando preservativos, o teste rápido do VIH e tratamento para as pessoas que vivem com o vírus.

Em Portugal, o objetivo da campanha, para além de promover o uso do preservativo, é estabelecer um diálogo contínuo com entidades públicas e privadas com a finalidade de remover barreiras económicas e ideológicas que impedem o seu acesso fácil e gratuito ou a baixo custo para todas as pessoas que precisem.

Foi também este ano que a iniciativa *LOVE Condoms* chegou a Portugal. O início deste trabalho conjunto materializou-se em fevereiro, nas iniciativas em torno do Dia Internacional do Preservativo, onde o GAT apelou à importância de um investimento sério neste meio de prevenção, através de distribuição pública de material preventivo e diálogo com representantes políticos

da área da Saúde e com o Sr. Primeiro-ministro.

A parceria entre a AHF e o GAT já assegurou o envio de 1,5 milhões de preservativos e 750 mil embalagens de gel lubrificante para Portugal, material este que está a ser distribuído junto das populações consideradas prioritárias, quer pelo GAT, quer por outras estruturas públicas e privadas do país, através de uma parceria oficial com o Programa Nacional para a prevenção e controlo da infeção VIH/SIDA e de várias parcerias com Organizações Não Governamentais.

Pretende-se, no entanto, fazer ainda mais. O acesso gratuito a preservativos no país pode melhorar e existem ainda muitos locais e pessoas que podem beneficiar deste material.

Neste sentido, o GAT tem em curso até ao final do mês de setembro uma iniciativa de promoção desta campanha, disponibilizando a sua distribuição a todas as pessoas e/ou entidades interessadas.

Neste âmbito, poderão ser solicitadas mais informações através do e-mail [daniel.simoes@gatportugal.org](mailto:daniel.simoes@gatportugal.org) ou consultar o site [www.gatportugal.org](http://www.gatportugal.org) Para mais informações sobre a AHF consulte o site [www.lovecondoms.org](http://www.lovecondoms.org) ■



Dia Internacional do Preservativo



# Transplante de células estaminais controlam agora a infecção pelo VIH sem tratamento antirretroviral

## Dois casos de sucesso

Adaptação Rosa Freitas

Duas pessoas infetadas pelo VIH que receberam transplante de células estaminais para o tratamento de um linfoma controlam agora a replicação do VIH sem medicação antirretroviral. Nas semanas iniciais após a interrupção do tratamento, verificou-se que ambas têm carga viral indetetável do ADN do VIH, segundo a apresentação na 7ª Conferência da *International AIDS Society* sobre a Patogénese do VIH, Tratamento e Prevenção que se realizou em Kuala Lumpur, na Malásia.

Apesar dos padrões do tratamento dos dois doentes terem algumas semelhanças ao tratamento do "doente de Berlim" – que obteve uma "cura funcional" da infecção pelo VIH após ter sido submetido a tratamento de quimioterapia agressiva, tratamento imunossupressor e transplante de medula óssea de um dador com resistência genética ao VIH – os "doentes de Boston" diferem também em muitos aspetos, o que pode disponibilizar importantes hipóteses sobre como a remissão da infecção ativa por VIH pode ser alcançada em pessoas com doença prolongada.

As conclusões foram apresentadas por Timothy Henrich, da Brigham and Women's Hospital, em Boston, chefe da equipa que acompanhou o estudo intensivo realizado a estes doentes. Dizem respeito a um pequeno grupo de pessoas que vive com VIH e que foram avaliadas após os transplantes hematopoiéticos de células estaminais para o tratamento de linfoma em hospitais de Boston (transferência de células estaminais que substituem todas as células da corrente sanguínea, provenientes de dadores geneticamente compatíveis). Três doentes foram inicialmente avaliados, contudo, um morreu devido ao reaparecimento de linfoma de *Hodgkin* seis meses após o transplante.

Os doentes que sobreviveram tinham estado sob terapêutica antirretroviral prolongada e receberam transplante de células estaminais num regime de quimioterapia de intensidade reduzida com o intuito

de erradicar o cancro e eliminar a medula óssea existente. No caso dos dois doentes sob investigação, o regime de tratamento não incluiu radioterapia e não eliminou a população linfocitária residual. A contrastar, o "doente de Berlim" fez um tratamento muito mais agressivo que eliminou as células da medula óssea existentes.

Os transplantes também diferiram do transplante do "doente de Berlim" uma vez que os dadores não eram geneticamente resistentes ao VIH (mutação delta 32 CCR5), sendo as células suscetíveis à infecção pelo VIH.

A medição do ADN do VIH demonstrou que, cerca de 200 dias depois do transplante, os níveis do ADN desceram abaixo de 50 cópias por milhão de PBMC (células mononucleares sangue periférico) num doente, enquanto no outro doente, o ADN do VIH desceu abaixo daquele nível cerca de 280 dias após o transplante. Em ambos os casos, os níveis do ADN do VIH continuaram a descer após este período. Após o transplante, os dois doentes têm sido seguidos durante 21 (doente A) e 42 meses (doente B), respetivamente.

Testes mais sensíveis realizados ao ADN do VIH foram aplicados utilizando amostras de sangue maiores obtidas por leucaferese e biopsia do tecido retal, demonstrando que o ADN do VIH estava abaixo do limite de deteção em ambos os doentes. O doente A disponibilizou uma amostra de 25 milhões PBMC e o teste com limite de deteção de 0,07 cópias por milhão PBMC falhou na deteção de ADN do VIH. O doente B disponibilizou uma amostra de 50 milhões de PBMC e o teste com limite de deteção de 0,01 unidades internacionais por milhão de PBMC da mesma forma falhou na deteção de ADN do vírus.

A co cultura viral de linfócitos CD4 falhou na deteção de VIH em ambos os doentes. A biopsia retal no doente B não permitiu detetar ADN do VIH nas células retais, sendo de esperar que providenciasse o reser-

vatório de VIH (limite de deteção de 2 cópias por milhão de células).

Após estabelecer que o ADN do VIH não podia ser detetado, os investigadores tiveram conversas prolongadas com os doentes e os profissionais de saúde durante um período de seis meses sobre a aceitabilidade de uma interrupção experimental do tratamento de forma a testar a carga viral sem a toma da medicação. Ambos os doentes consentiram após uma revisão do protocolo do estudo feita por um painel interno. Os doentes estão agora a ser intensamente monitorizados com testes semanais de carga viral (ARN), dois testes semanais ao ADN do VIH em PBMC e após seis a oito semanas, os doentes doaram uma grande quantidade de sangue para serem efetuadas análises mais sensíveis ao ADN do VIH. A leucaferese será repetida a cada três meses.

Até à data, o doente A permanece sem tratamento há sete semanas e o doente B há 15. Nenhum mostrou até ao momento evidência de replicação viral através do teste de ARN ou qualquer evidência de ADN do VIH nos PBMC. O teste com maior quantidade de sangue do doente B realizado à sexta semana teve resultados semelhantes, e não foi possível detetar o VIH.

Nenhum dos recetores do transplante mostrou qualquer sinal de resposta imunológica específica ao VIH.

Timothy Henrich afirmou aos jornalistas que o grupo de investigação acredita que a redução substancial do reservatório viral é consequência da reação enxerto *versus* hospedeiro pós transplante.

"O efeito enxerto *versus* hospedeiro elimina as células hospedeiras residuais," afirmou. "Seis a nove meses após um transplante de intensidade controlada, observamos uma mistura entre as células do hospedeiro e do dador, e ao longo do tempo as células do dador eliminam as células do hospedeiro. Os linfócitos do sangue periférico eliminados são importantes reservatórios do VIH. O que pensamos estar a acontecer



é que há uma eliminação não específica realizada pelas células do dador que reconhecem as células do hospedeiro como sendo um pouco diferentes.”

Os testes levados a cabo 200 dias após o transplante demonstraram que em ambos os doentes, as células do hospedeiro tinham sido quase todas substituídas pelas células do dador derivadas das PBMC; apenas 0,00041-0,00081% das PBMC eram originários do hospedeiro num doente, e a distribuição foi quase idêntica no outro doente.

As células estaminais do dador parecem proteger “pelo fato de termos mantido os doentes sob terapêutica antirretroviral durante e depois do transplante, enquanto os reservatórios residuais decresciam e as novas células do dador assumiam o controlo”, afirmou o Dr. Henrich.

Os investigadores são cuidadosos em não descrever as suas conclu-

sões como cura funcional. O professor Dan Kuritzkes, do Hospital de Brigham and Women e da Harvard Medical School, também membro do grupo de investigação, comentou que os estudos anteriores sobre interrupções estruturadas do tratamento demonstraram que a maioria dos doentes tinham voltado aos mesmos níveis virais em duas a quatro semanas, virtualmente todos eram virémicos pela oitava semana, e quase todos estabilizaram às semanas 12 a 16. “Em cada estudo um ou dois doentes tinha tendência para demorar mais tempo, por isso somos cuidadosos,” afirmou.

Os investigadores não excluem o reaparecimento de replicação viral após um ano, sendo por isso importante continuar a monitorização no futuro.

Henrich descartou qualquer sugestão de que uma abordagem no futuro de uma cura funcional ou esterili-

zante possa envolver transplante de células estaminais.

“Esta não é uma estratégia prática que possamos fazer na maioria das pessoas que vive com VIH. O transplante de células estaminais é perigoso. Há até 20% de mortalidade associada à transferência de células estaminais no primeiro ano após transplante,” segundo as declarações do Dr. Henrich aos jornalistas. O valor acrescido do estudo será os dados sobre a redução de ADN do VIH que pode ser necessário alcançar de forma a controlar o vírus sem tratamento, segundo concluiu Timothy Henrich.

“Qual o nível de redução do reservatório que precisamos de atingir para um impacto duradouro? Esperamos que o nosso estudo esclareça esta importante questão.” ■

Fonte: [www.aidsmap.com](http://www.aidsmap.com)



Timothy Henrich da *Brigham and Women's Hospital*, Boston, durante a Conferência IAS 2013.

# Altas taxas de infecção anal pelo vírus do papiloma humano entre os homens homossexuais jovens

## Prevalência e incidência têm implicações para estratégias de vacinação

Adaptação Miguel Rocha

Segundo investigação dos EUA publicada na *Journal of Infectious Diseases*, a prevalência e incidência anal do vírus do papiloma humano (HPV) é alta entre os homens homossexuais jovens. A prevalência total da infecção por HPV foi de 70% e o HPV 16 e/ou 18 – os tipos de HPV mais associados ao cancro anal – foram detetados em 37% dos participantes do estudo. Os investigadores acreditam que a sua investigação demonstrou a importância de vacinar os homens homossexuais jovens antes de estes se tornarem sexualmente ativos. Contudo, nenhum dos homens estava infetado com os quatro tipos de HPV cobertos pela vacina quadrivalente Gardasil®, mostrando portanto que a imunização ainda valeria a pena para os homens homossexuais jovens sexualmente ativos.

“Os nossos resultados evidenciaram a necessidade de imunizar os HSHJ [homens que têm sexo com homens jovens] antes do início da atividade sexual, algo que provavelmente iria requerer a imunização universal masculina”, escreveram os autores. “Entretanto, o facto da maioria dos HSHJ parecer manter-se suscetível a alguns tipos de HPV incluídos na vacina, esquemas tardios de imunização dos HSHJ trazem algum benefício.”

As taxas de cancro anal são mais elevadas entre homens homossexuais do que em outros grupos. O cancro está associado à infecção persistente com tipos de HPV de alto risco. A Gardasil® fornece alta proteção contra os dois tipos mais associados ao cancro (16 e 18). Nos E.U.A., a imunização com esta vacina, é atualmente recomendada para todos os homens com idades entre os 11 e os 21 anos e para todos os homens

que têm sexo com homens até aos 26 anos de idade.

Apesar destas recomendações, pouco é atualmente conhecido sobre a prevalência e incidência da infecção anal pelo HPV entre os homens homossexuais jovens. Deste modo, investigadores em Seattle realizaram um estudo prospetivo durante um ano, envolvendo 94 homens homossexuais com idades entre os 16 e 30 anos. Estes participantes realizaram esfregaços anais à partida, e novamente passados seis e doze meses, para detetar a infecção e os tipos HPV. Os autores também procuraram fatores associados à infecção pelo HPV e os conhecimentos sobre o vírus e respetiva vacinação. Pretendiam obter resultados que orientassem as estratégias de vacinação. A maioria dos homens era caucasiana (60%) e a mediana das idades era de 21 anos. Quase todos os participantes relataram uma história de pelo menos um episódio de sexo anal insertivo (88%) e sexo anal recetivo (92%). A mediana da idade da primeira penetração anal com outro homem foi de 18 anos. A mediana do número de parceiros, ao longo da vida, insertivos foi de dois e a mediana do número de parceiros recetivos foi de três.

No total, 70% dos homens tiveram a infecção anal pelo HPV detetada, nalgum momento, durante o estudo. O HPV 16 foi o tipo de maior prevalência (28%). Entre os homens que não tinham infecção pelo HPV à partida, a incidência da nova infecção anal pelo HPV foi de 39 por 1000 pessoas/mês.

As infeções por HPV 16 e/ou 18 foram detetadas em 37% dos homens no decurso do estudo com uma incidência de 15 por 1000 pessoas/mês.

Aproximadamente um quinto dos participantes (19%) apresentava infecção persistente pelo HPV 16 ou 18, com a mesma estirpe detetada em esfregaços consecutivos.

Metade do total de participantes teve pelo menos uma das estirpes cobertas pela Gardasil® detetadas nalgum momento durante o estudo. Contudo, nenhum participante testado foi positivo para os quatro tipos e apenas 3% tiveram evidência de adquirir o HPV 16 e 18, ao mesmo tempo, durante o seguimento.

Um total de 48 homens com qualquer infecção prevalente pelo HPV providenciou dois ou mais esfregaços. A maioria destes homens (81%) negativaram para um ou mais tipos de HPV durante o seguimento. Metade dos 18 homens com HPV 16 negativaram, tal como 67% daqueles com HPV 18. A prevalência da infecção pelo HPV, incluindo os tipos de alto risco, aumentou quando se verificou um número mais elevado de parceiros sexuais anais masculinos. Entre os homens que referiram à entrada no estudo um parceiro sexual ao longo da vida, 35% tinham infecção pelo HPV e 6% estavam infetados pelo HPV 16 e/ou 18. Entre os homens com dois ou mais parceiros sexuais, havia uma prevalência de 35% da infecção anal pelo HPV 16 e/ou 18.

Para cada parceiro adicional nos três meses anteriores, o risco da prevalência da infecção aumentou um quarto (OR=1.24; IC 95%, 1.00-1.57) e a probabilidade de infecção incidente por um terço (OR=1.32; IC 95%, 1.03-1.70).

Os participantes tinham um razoável conhecimento sobre a infecção por HPV, com 76% dos homens a referir que tinham ouvido falar desta infeção. Contudo, apenas 34% sa-

# Aprovação nos E.U.A. do mais recente Inibidor da Integrase - dolutegravir

Ricardo Fernandes

biam que era a causa do cancro anal e 6% identificaram corretamente o vírus como uma causa de cancro oral e laríngeo.

Aproximadamente três quartos dos participantes tinham ouvido falar da Gardasil®. Os investigadores explicaram o esquema vacinal, efeitos secundários e a eficácia aos participantes, após a qual 93% dos homens referiram estar algo ou muito interessados na vacina se estivesse disponível gratuitamente.

“Observámos uma prevalência e incidência elevadas da infeção anal pelo HPV,” comentam os autores, “A infeção por HPV 16 e/ou 18, as duas estirpes que causam a maioria dos cancros anais, foi detetada em mais de um terço dos participantes do estudo pelo menos uma vez no seguimento durante um ano, e quase 20% do total de HSHJ no nosso estudo tiveram evidência de infeção persistente com uma ou duas estirpes.”

Os investigadores acreditam que os seus resultados têm implicações nas estratégias de vacinação para o HPV: “Dada a elevada prevalência da infeção pelo HPV entre os HSHJ, muitos (se não a maioria) foram expostos à infeção por um dos seus primeiros parceiros, um achado que evidencia a necessidade de imunização dos HSHJ antes de se tornarem sexualmente ativos.”

Ainda assim, eles também acreditam que os homens que são sexualmente ativos também beneficiariam da vacinação. ■

Fonte: [www.aidsmap.com](http://www.aidsmap.com)

A Viiv Healthcare anunciou há algumas semanas a aprovação daquele que é o seu primeiro fármaco novo para a infeção pelo VIH, o dolutegravir, que será comercializado com o nome de Tivicay®. Trata-se de o terceiro fármaco na mais recente classe de antirretrovíricos disponíveis para o tratamento da infeção pelo VIH, os inibidores da integrase. O dolutegravir junta-se ao raltegravir (pioneiro) e também ao recente elvitegravir, nesta classe que é conhecida pelo perfil de efeitos secundários favorável e consequente boa tolerabilidade, bem como pela supressão rápida da carga viral do VIH.

O dolutegravir teve a aprovação nos E.U.A. para o tratamento da infeção pelo VIH-1 em adultos e crianças com idades superiores a 12 anos, com um peso mínimo de 40kg, em combinação com outros antirretrovíricos. As indicações aprovadas para o tratamento são de 50mg uma vez ao dia para pessoas sem experiência de terapêutica antirretroviral (TAR) ou inexperientes com inibidores da integrase e 50mg duas vezes ao dia para pessoas resistentes a esta classe. A dose duas vezes ao dia é também recomendada tanto para pessoas experientes como inexperientes à TAR quando coadministrada com efavirenz, fosamprenavir/ritonavir, tipranavir/ritonavir, ou rifampicina. Este fármaco pode ser tomado com ou sem comida, no entanto deve ser tomado 2 horas antes ou 6 horas depois da toma de antiácidos, suplementos de cálcio ou ferro e laxativos. A aprovação deste fármaco pela *Food and Drug Administration* (FDA) teve como base estudos de fase III, cujos resultados são públicos:

- SPRING-2: dolutegravir (uma vez ao dia) vs raltegravir (duas vezes ao dia) com uma combinação dupla escolhida pelo investigador de dois INTR (abacavir/3TC ou tenofovir/FTC);
- SINGLE: dolutegravir com abacavir/3TC vs efavirenz/tenofovir/FTC (Atripla) em doentes sem experiência de tratamento.
- SAILING: dolutegravir (uma vez ao dia) vs raltegravir (duas vezes ao dia) em doentes com ex-



Comprimido utilizado durante a investigação.

periência de tratamentos, mas inexperientes com inibidores de integrase, com uma combinação escolhida pelo investigador.

- VIKING-3: dolutegravir (uma vez ao dia), com uma combinação escolhida pelo investigador, em pessoas resistentes ao raltegravir e elvitegravir.

Na União Europeia, espera-se a aprovação deste fármaco pela *European Medicines Agency* (EMA) ainda durante este ano, já que a submissão do processo uma vez foi efetuada. A aprovação centralizada da EMA, nem sempre corresponde a uma aprovação imediata nos países membros, pois existem procedimentos internos que atrasam o processo. Sendo que em Portugal, a média de tempo entre a aprovação central pela EMA e a introdução no mercado português é de aproximadamente um ano.

Do ponto de vista comunitário, existe uma preocupação crescente em relação ao custo deste fármaco no mercado Europeu. Os preços revelados para o mercado norte-americano ascendem aos 1175,00 USD/mês por 30 comprimidos (39,00 USD dia, 14 105,00 USD ano), tornando-o a toma uma vez ao dia do dolutegravir mais cara que os inibidores da integrase já aprovados e no mercado. Teme-se que, num contexto de sistemas de saúde Europeus fragilizados pelas contrações económicas recentes, este medicamento não chegue a todos os doentes que dele possam necessitar. ■

A Viiv Healthcare foi fundada em 2009 pela GlaxoSmithKline e Pfizer, dedicada exclusivamente ao VIH. Desde 2012 que também a Shionogi possui 10% das ações desta empresa. Herdeira dos produtos das companhias farmacêuticas que a fundaram, antes da aprovação do dolutegravir nos EUA, o seu portfólio de antirretrovíricos incluía lamivudina (3TC), abacavir (ABC), zidovudina (AZT) e maraviroc (MVC), o primeiro inibidor de coreceptores CCR5.

[www.gatportugal.org](http://www.gatportugal.org)  
[www.sermais.pt](http://www.sermais.pt)

# Discriminar é Proibido

o GAT apoia o Centro Anti-Discriminação VIH/SIDA

[seeufosseseropositivo@gmail.com](mailto:seeufosseseropositivo@gmail.com)

Linha de apoio jurídico e informativo

707 240 240

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

Apartado 8216  
1803-001 Lisboa



Nome:

Morada:

Código Postal:                    -

Telefone:

(opcional)

E-mail:

Se desejar receber em envelope confidencial, assinale com uma cruz

