

PLANO NACIONAL DE LUTA CONTRA A SIDA DE 2004

METAS PARA 2006



Documento provisório

Nota:

O presente documento apresenta uma versão provisória do Plano Nacional de Luta Contra a SIDA, para 2004, da Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA. Está ainda prevista uma consulta sobre o Plano aos parceiros mais próximos da CNLCS, nomeadamente, Direcção-Geral da Saúde, Instituto Português do Sangue, Instituto da Droga e da Toxicodependência, Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, Ministério da Educação, Ministério da Justiça, Ministério da Segurança Social e do Trabalho, Secretaria de Estado da Juventude e Desportos, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Fundação para a Ciência e a Tecnologia, Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas, Associação Nacional de Farmácias e Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da SIDA. De igual forma, está agendada para o dia 23 de Janeiro, no âmbito do Compromisso Fórum SIDA, a auscultação de todos os outros parceiros, em particular as Organizações Não Governamentais. Na sequência destes dois momentos de consulta, e com a introdução de eventuais aspectos conceptuais e estratégicos em falta, o Plano Nacional será finalizado.

Plano Nacional de Luta Contra a SIDA 2004

Documento provisório

(Prefácio assinado pelo Ministro da Saúde)

Plano Nacional de Luta Contra a SIDA 2004

Documento provisório

(Prefácio assinado pelo Encarregado de Missão da CNLCS)

INDÍCE

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 7 |
| SECÇÃO I – A Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA | 10 |
| Breve historial | 10 |
| Missão | 11 |
| Natureza, enquadramento institucional, financiamento, competências e orgânica | 12 |
| Política de descentralização: as Comissões Distritais e Regionais de Luta Contra a SIDA e os Núcleos Piloto | 15 |
| SECÇÃO II – Situação actual da Infecção VIH/SIDA em Portugal | 17 |
| Epidemiologia | 17 |
| Promoção da saúde e prevenção da Infecção pelo VIH/SIDA | 21 |
| Educação em contexto escolar | 21 |
| Educação fora do contexto escolar | 23 |
| Heterossexuais | 24 |
| Grupos específicos | 25 |
| <i>Pessoas que se prostituem</i> | 25 |
| <i>Minorias étnicas, imigrantes e populações com elevada mobilidade</i> | 26 |
| <i>Toxicodependentes por via endovenosa</i> | 29 |
| <i>População prisional</i> | 32 |
| <i>Homossexuais</i> | 33 |
| Meio laboral | 33 |
| Aconselhamento e detecção precoce do VIH | 35 |
| Apoio e suporte social | 36 |
| Apoio e suporte hospitalar | 39 |
| Apoio à sociedade civil | 40 |
| Investigação e ensino | 42 |
| Cooperação e parcerias internacionais | 43 |
| Monitorização e avaliação | 45 |
| SECÇÃO III – Premissas para o sucesso da implementação do Plano Nacional | 47 |
| Cooperação intra e inter-ministerial | 47 |
| Cooperação com outros organismos de direito público | 48 |
| Cooperação com a Sociedade Civil | 49 |

Documento provisório

| | |
|--|----|
| SECÇÃO IV – Metas a atingir em 2006 e estratégias globais | 50 |
| SECÇÃO V – Áreas prioritárias de intervenção, objectivos e estratégias em 2004 | 54 |
| Epidemiologia | 54 |
| Promoção da saúde e prevenção da Infecção pelo VIH/SIDA | 56 |
| Educação em contexto escolar | 57 |
| Educação fora do contexto escolar | 59 |
| Heterossexuais | 60 |
| Grupos específicos | 61 |
| <i>Pessoas que se prostituem</i> | 61 |
| <i>Minorias étnicas, imigrantes e populações com elevada mobilidade</i> | 62 |
| <i>Toxicodependentes por via endovenosa</i> | 62 |
| <i>População prisional</i> | 64 |
| <i>Homossexuais</i> | 65 |
| Meio laboral | 65 |
| Aconselhamento e detecção precoce do VIH | 66 |
| Cuidados de saúde primários | 68 |
| Informação, comunicação e meios de prevenção | 69 |
| Apoio e suporte social | 69 |
| Apoio e suporte hospitalar | 70 |
| Apoio à sociedade civil | 72 |
| Investigação e ensino | 73 |
| Cooperação e parcerias internacionais | 74 |
| Monitorização e avaliação | 75 |
| SECÇÃO VI – Recursos | 78 |
| Recursos humanos | 78 |
| Recursos financeiros | 79 |
| ANEXO I – Siglas utilizadas | 81 |

INTRODUÇÃO

Este documento apresenta o Plano Nacional de Luta Contra a SIDA, da Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (CNLCS), Ministério da Saúde, para o ano de 2004.

A CNLCS é a entidade governamental que, no âmbito do Ministério da Saúde, assegura, desde 1990, a coordenação, implementação e avaliação do programa nacional de luta contra o VIH/SIDA.

A 1 de Julho de 2003, a CNLCS, por Resolução do Conselho de Ministros¹, foi reestruturada em Unidade de Missão, por forma a melhor conduzir a coordenação e acompanhamento da luta contra a SIDA, em Portugal.

Neste desígnio, impõe-se a elaboração de um novo Plano Nacional de Luta Contra a SIDA, que dê resposta à nova missão da qual a CNLCS está incumbida. De igual forma, o último Plano Estratégico da CNLCS foi concebido para o triénio 2001 – 2003, pelo que urge elaborar um novo Plano, que re-equacione a estratégia nacional, assegurando a continuidade das boas práticas adquiridas e introduzindo os vectores de acção necessários à inversão da tendência actual da epidemia.

O Plano Nacional foi concebido e coordenado pelo Encarregado de Missão, Adjuntas e Gabinete Técnico da CNLCS. Para a sua elaboração, a CNLCS contou com o contributo do Conselho Consultivo, das Comissões Distritais e Regionais de Luta Contra a SIDA (CDLCS e CRLCS), e com o contributo dos parceiros, governamentais e não governamentais que, voluntariamente, quiseram participar na sua elaboração.

O contributo das CDLCS e CRLCS² foi recolhido numa jornada de trabalho, no dia 17 de Outubro de 2003, tendo-se, neste encontro, identificado os principais problemas distritais e sugerido medidas de intervenção, com vista à sua melhor resolução.

¹ Resolução do Conselho de Ministros n.º 121/2003, Diário da República, I Série – B, 20 de Agosto.

² Existe uma Comissão Distrital por cada um dos 18 Distritos do País e uma Comissão Regional por cada Região Autónoma, Açores e Madeira.

Documento provisório

Nos dias 30 de Setembro e 19 de Novembro de 2003, reuniu-se o Fórum Compromisso SIDA³. Este Fórum juntou as diferentes organizações, governamentais e não governamentais, com responsabilidade na área da prevenção da infecção pelo VIH, e teve como objectivos identificar as prioridades de actuação na luta contra a SIDA, assim como um conjunto de recomendações sobre a forma desejável de articulação entre os diferentes parceiros presentes. De ambos os encontros resultou um conjunto de recomendações para uma futura estratégia global de combate ao VIH/SIDA, que foram posteriormente utilizadas na elaboração do Plano Nacional.

No seguimento do Fórum Compromisso SIDA, e com vista a obter um contributo mais específico e concreto dos seus parceiros, a CNLCS solicitou aos mesmos a apresentação, por escrito, de recomendações ou sugestões nas seguintes áreas de intervenção: epidemiologia, apoio e suporte psicossocial, educação e prevenção, apoio e suporte hospitalar, investigação e ensino, comunicação, monitorização e avaliação.

A CNLCS pôde ainda contar com o contributo das organizações não governamentais (ONG) presentes na Audição Pública sobre SIDA, que foi promovida pela Comissão de Trabalho e dos Assuntos Sociais da Assembleia da República (Presidente Dr. Joaquim Pina Moura), que teve lugar no dia 3 de Dezembro de 2003, na Assembleia da República, em debate directo com o Encarregado de Missão da CNLCS e moderado pela Sra. Deputada Clara Carneiro (Presidente da Sub-Comissão de Saúde e Toxicodependência).

Posteriormente, os elementos da CNLCS, responsáveis pela elaboração do Plano Nacional, analisaram o resultado das diferentes reuniões, e a sua viabilidade estratégica para a Missão.

O Plano Nacional divide-se em seis Secções. Uma primeira, que apresenta e descreve a CNLCS, enquanto organismo de direito público responsável pela coordenação da luta contra a SIDA. Uma Secção II que apresenta, de forma sintética, a situação actual da infecção pelo VIH/SIDA no nosso País, descrevendo os principais problemas que a epidemia acarreta. A III Secção identifica as premissas para o sucesso da implementação do Plano, ou seja, requisitos necessários à sua execução. A Secção seguinte estabelece as

³ O Fórum Compromisso SIDA é uma iniciativa da Fundação GlaxoSmithKline para as Ciências da Saúde, que pretendia juntar as diferentes organizações envolvidas na problemática da Infecção pelo VIH/SIDA, com vista à criação de um compromisso comum, ao qual a CNLCS aderiu, como mais uma iniciativa de proximidade aos seus parceiros.

Documento provisório

grandes metas a atingir no triénio da Missão, 2003 – 2006, bem como as macro estratégias que lhe estão na base. De seguida, o Plano identifica e desenvolve, na sua V Secção, as áreas prioritárias de intervenção, respectivos objectivos e estratégias, para 2004. A opção por apresentar um Plano Nacional com o limite temporal de um ano justifica-se pela inexistência actual de uma sólida fundamentação epidemiológica, na qual se possa assentar, com mais rigor, o planeamento das intervenções. Assim, o Plano Nacional de Luta Contra a SIDA que ora se apresenta, evidencia-se por produzir um forte investimento na caracterização epidemiológica do País, e em estrito acordo com o cumprimento realista das metas enunciadas pela Declaração de Compromisso sobre o VIH/SIDA, resultante da Sessão Extraordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA, de Junho de 2001. A última Secção do Plano apresenta os recursos humanos e financeiros disponíveis para 2004.

SECÇÃO I | A Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA

Breve historial

Em Portugal, o primeiro caso de infecção pelo VIH foi diagnosticado em Outubro de 1983 e coincidiu com o primeiro caso de SIDA no nosso País⁴.

Para o conhecimento da condição do País face à Infecção pelo VIH, o Ministério da Saúde criou, em 1985, o Grupo de Trabalho da SIDA⁵, que tinha como objectivos: recolher informação sobre novos casos de infecção pelo VIH/SIDA; confirmar ou refutar os diagnósticos realizados; e implementar estratégias, ao nível nacional, de prevenção da infecção. O Grupo de Trabalho era constituído por representantes das Direcções-Gerais dos Cuidados de Saúde Primários e dos Hospitais, do Instituto Nacional do Sangue, do Centro de Histocompatibilidade do Sul e do Instituto Nacional de Saúde, este último com funções de Coordenador do grupo, na pessoa da Prof^a. Doutora Laura Ayres.

O avanço da epidemia ditou, em 1990, a reformulação do Grupo de Trabalho, tendo-se criado uma nova estrutura, a Comissão Nacional de Luta contra a SIDA⁶. O falecimento da Prof^a. Doutora Laura Ayres, em Janeiro de 1992, levou à nomeação de um novo Coordenador, o Prof. Doutor Machado Caetano, tendo este sido substituído ainda no mesmo ano pela Prof^a. Doutora Odette Ferreira. Em Julho de 1993, o Ministro da Saúde aprovou o Plano Nacional de Luta Contra a SIDA, que orientou a acção da CNLCS até ao ano de 2000.

Em 1998, por Despacho Conjunto⁷ dos Ministros da Educação, Saúde, Trabalho e Solidariedade e do Secretário de Estado da Juventude, foram criadas as Comissões Distritais de Luta Contra a SIDA. Estas estruturas vinham responder à necessidade de descentralização da coordenação e execução das acções desenvolvidas no âmbito do Plano Nacional de Luta Contra a SIDA. Em 1992, por Resolução do Conselho Regional da Madeira foi criada a Comissão Regional de Luta Contra a SIDA da Madeira. Em 1993, por

⁴ Boletim Infecção VIH/SIDA – A Situação em Portugal, Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, 28 de Novembro de 2003.

⁵ Despacho ministerial de 20 de Junho de 1985, Diário da República, II Série, 19 de Outubro.

⁶ Despacho ministerial n.º 5/90, de 15 de Fevereiro, Diário da República, II Série, 3 de Abril.

⁷ Despacho conjunto n.º 686/98, Diário da República, II Série, 8 de Outubro.

Documento provisório

Despacho da Secretaria Regional da Saúde e Segurança Social, é criada a Comissão Regional de Luta Contra a SIDA dos Açores.

Tendo em vista a redefinição da missão da CNLCS, a sua reestruturação orgânica e a optimização da afectação dos recursos existentes, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 57/2000⁸ nomeou um novo Coordenador, Prof. Doutor Fernando Ventura, por três anos, e a Resolução n.º 173/2000⁹ atribuiu à CNLCS a natureza de Estrutura de Projecto.

A CNLCS concebeu o Plano Estratégico de Luta contra a Infecção pelo VIH/SIDA, para o triénio 2001 – 2003, instrumento que orientou a sua acção até ao final do seu mandato. Em virtude de Portugal ter assumido em 2002 – 2003 a Presidência do Conselho de Coordenação do Programa das Nações Unidas de Luta Contra a SIDA (ONUSIDA), o mandato do Coordenador, que terminava a 3 de Maio de 2003, foi prorrogado até dia 30 de Junho de 2003.

A 1 de Julho de 2003, a CNLCS, por Resolução do Conselho de Ministros¹⁰, foi reestruturada em Unidade de Missão, por forma a melhor conduzir a coordenação e acompanhamento da luta contra a SIDA, em Portugal, tendo sido nomeado como Encarregado de Missão o Prof. Doutor António Meliço-Silvestre.

Missão

A CNLCS tem como missão (n.º 3 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 121/2003):

Definir, coordenar e gerir o Programa Nacional de Luta contra a SIDA e assumir como objectivos prioritários a diminuição significativa, para índices próximos dos europeus, dos valores da prevalência dos seropositivos para o VIH, tendo em consideração as suas próprias especificidades e o desenvolvimento progressivo do conceito de SIDA – doença crónica, apoiando integralmente os doentes e combatendo a discriminação pela informação criteriosa.

⁸ Resolução do Conselho de Ministros n.º 57/2000, Diário da República, II Série, 11 de Maio.

⁹ Resolução do Conselho de Ministros n.º 173/2000, Diário da República, I Série – B, 21 de Dezembro.

¹⁰ Resolução do Conselho de Ministros n.º 121/2003, Diário da República, I Série – B, 20 de Agosto.

Natureza, enquadramento institucional, financiamento, competências e orgânica

Natureza

Actualmente, a CNLCS assume a natureza de Unidade de Missão (n.º 1 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 121/2003).

A Unidade de Missão tem a duração de três anos, de acordo com o n.º 19 da citada Resolução, pelo que o seu término está previsto para o dia 30 de Junho de 2006.

Enquadramento institucional

A CNLCS é uma estrutura na dependência directa do Ministro da Saúde (n.º 1 da Resolução do Conselho de Ministros nº 121/2003), não possuindo autonomia jurídico-administrativa, pelo que os encargos orçamentais decorrentes do funcionamento da Unidade de Missão, assim como o apoio logístico à sua instalação e funcionamento, serão suportados pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF) (n.ºs 14º e 18º da citada Resolução).

Financiamento

A CNLCS é financiada pelo Orçamento de Estado (OE) e por 25% dos resultados líquidos da exploração do JOKER, de acordo com o Decreto-lei n.º 421/93, de 21 de Dezembro.

Competências

A CNLCS é a entidade governamental que, no âmbito do Ministério da Saúde, tem como função, desde 1990, a coordenação, implementação e avaliação do Programa Nacional de Luta contra o VIH/SIDA.

Compete à CNLCS (n.º 4 da Resolução do Conselho de Ministros nº 121/2003):

Documento provisório

- a) Desenvolver acções de informação, educação e aconselhamento nos diferentes graus de ensino e diferentes grupos etários, orientadas no contexto do binómio ensino/aprendizagem e assente em teorias psicossociais, visando uma intervenção comunitária com ênfase especial nos jovens e outros grupos específicos de maior risco, em articulação com as ONG e com as estruturas governamentais;
- b) Incentivar o Programa ADIS/SIDA e desenvolver a sua avaliação contínua;
- c) Estabelecer e articular com entidades do sector público, social e privado acções de campo de informação e sensibilização, bem como de prevenção;
- d) Promover a interligação com programas contra a tuberculose (co-infecção) e contra as hepatites (co-infecção);
- e) Estabelecer e articular a execução de protocolos com o Instituto da Droga e da Toxicoddependência e com a Direcção-Geral dos Serviços Prisionais no âmbito dos programas interministeriais;
- f) Desenvolver com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical programas comuns de prevenção da síndrome de imunodeficiência adquirida;
- g) Reforçar as ligações com outras entidades, designadamente as administrações regionais de saúde (ARS);
- h) Incrementar a interacção com o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge;
- i) Apoiar os departamentos clínicos dos hospitais centrais, distritais e especializados com experiência em terapêuticas;
- j) Reforçar os laços institucionais com a Ordem dos Médicos;
- k) Cooperar com o INFARMED na área da política dos medicamentos anti-retrovíricos;
- l) Fomentar o intercâmbio com os serviços do âmbito da segurança social, de modo a facilitar a integração e o suporte destes doentes;
- m) Interagir com as fundações de manifesto cariz social;
- n) Reforçar a cooperação com as instâncias internacionais da OMS e da União Europeia, visando a integração de políticas de saúde definidas superiormente e potencializando áreas de actuação interministeriais;
- o) Aprofundar as questões ético-jurídicas e o intercâmbio científico e pedagógico com os centros de direito biomédico;
- p) Estabelecer parcerias de molde a fomentar-se a formação pós-graduada em áreas transdisciplinares, com o apoio das Ordens e das Universidades;

Documento provisório

- q) Fomentar a investigação clínica e básica através do reforço da parceria com a FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, no âmbito dos projectos de investigação apresentados à CNLCS;
- r) Avaliar, apoiar e acompanhar todos os novos projectos de interesse na luta contra a SIDA.

Orgânica

A CNLCS é dirigida por um Encarregado de Missão, nomeado pelo Conselho de Ministros. O Encarregado de Missão é coadjuvado por dois Adjuntos, nomeados pelo Ministro da Saúde.

A CNLCS integra um Gabinete Técnico, que tem por incumbência assessorar o Encarregado de Missão na vertente científica, médica, social e de gestão. O Gabinete Técnico é composto pelas seguintes Unidades funcionais:

- Unidade de Epidemiologia, Monitorização e Avaliação
- Unidade de Apoio e Suporte Social
- Unidade de Prevenção
- Unidade de Investigação e Ensino
- Unidade de Apoio e Suporte Hospitalar
- Unidade de Comunicação
- Unidade de Programas Especiais Direcctionados

O Gabinete Técnico integra uma Unidade de Administração, que exerce funções de suporte técnico-administrativo, e uma Unidade Financeira, que exerce funções técnico-financeiras e de apoio à gestão.

A actividade da CNLCS é apoiada por um Conselho Consultivo. A composição e o funcionamento do Conselho Consultivo são determinados por Despacho do Ministro da Saúde, bem como a designação dos respectivos representantes. O Conselho Consultivo subdivide-se em Conselho Consultivo, *stricto sensu*, e Conselho Técnico. O Conselho Consultivo *stricto sensu* é composto por individualidades de saber multidisciplinar, com reconhecido mérito nacional. O Conselho Técnico divide-se em subgrupos de trabalho por

Documento provisório

diferentes áreas de intervenção na infecção pelo VIH/SIDA, sendo composto por especialistas de reconhecido mérito e por ONG que exercem a sua actividade na área do VIH/SIDA. Ao Conselho Consultivo, no seu todo, incumbe emitir, quando solicitado, global ou parcialmente, pareceres referentes ao campo de actuação específica, para definição e orientação das actividades a executar.

A nova orgânica da CNLCS prevê ainda a existência de um Observatório Nacional da SIDA. Este Observatório é um fórum permanente, com sede na página oficial da Internet da CNLCS, que tem como objectivo difundir informação, conhecimento e resultados da actividade da CNLCS.

Política de descentralização: as Comissões Distritais e Regionais de Luta Contra a SIDA e os Núcleos Piloto

A gestão descentralizada dos programas de luta contra a SIDA é fundamental para a sua melhor adequação e proximidade às realidades locais.

Em 1998, por Despacho Conjunto dos Ministros da Educação, Saúde, Trabalho e Solidariedade e do Secretário de Estado da Juventude, foram criadas as Comissões Distritais de Luta Contra a SIDA (CDLCS).

As CDLCS integram dois representantes distritais do sector da Saúde – o Coordenador da Sub-Região de Saúde e o Director Regional do Instituto da Droga e Toxicoddependência – um representante do sector da Segurança Social – Coordenador sub-regional dos Serviços de Segurança Social – um representante do sector da Educação – Coordenador do Centro da Área Educativa – e um representante do sector da Juventude – Delegado Regional do Instituto Português da Juventude.

Em 1992, por Resolução do Conselho Regional da Madeira foi criada a Comissão Regional de Luta Contra a SIDA da Madeira. Em 1993, por Despacho da Secretaria Regional da Saúde e Segurança Social, é criada a Comissão Regional de Luta Contra a SIDA dos Açores.

Documento provisório

Estas estruturas respondem à necessidade de descentralização da coordenação e execução das acções desenvolvidas no âmbito do Plano Nacional de Luta Contra a SIDA.

Neste sentido, a CNLCS criou, no âmbito do seu Gabinete Técnico, três Núcleos Piloto, respeitando a divisão administrativa das ARS, com vista a operacionalizar e facilitar o desenvolvimento regional de políticas de luta contra a SIDA: Núcleo Piloto do Norte (ARS Norte), Núcleo Piloto do Centro (ARS Centro) e Núcleo Piloto do Sul (ARS Lisboa e Vale do Tejo, ARS Alentejo, ARS Algarve). Por motivos de funcionalidade, o Núcleo Piloto do Sul integra as Regiões Autónomas dos Açores e Madeira.

SECÇÃO II | Situação actual da Infecção VIH/SIDA em Portugal

Epidemiologia

Das informações disponíveis no País, tudo indica que os principais factores que têm contribuído para a propagação do VIH estão relacionados com a transmissão sexual entre heterossexuais e com a toxicoddependência por via endovenosa, que representam 55,1% e 36,3%, respectivamente, do total de infecções registadas no Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT), até ao dia 30 de Setembro de 2003.

O relatório anual do Instituto Português da Droga e da Toxicoddependência (IPDT), de 2001, confirma os dados do CVEDT, ao referir que nos casos notificados se registava uma maior incidência do VIH entre os toxicoddependentes até àquele ano. Neste período, o rasteio realizado pelo IPDT entre os toxicoddependentes, que procuraram tratamento pela primeira vez, demonstrou que a proporção de seropositivos para o VIH era de 14%.

Estudos de carácter Nacional¹¹ que incidiram sobre a população com consumos de drogas ilícitas injectáveis, estimavam para 2002 uma taxa de prevalência de 4,3 a 6,4 de Utilizadores de Drogas Injectáveis (UDI) por 1000 habitantes, dos 15 aos 64 anos, e uma percentagem de seropositividade para o VIH de 26% no total destes consumidores.

Outros estudos relevantes, como o realizado por Torres et al.¹², revelam uma taxa de consumos de drogas ilícitas por via endovenosa de 11%, entre a população em reclusão.

Mais do que ignorar que, em ultima instância, o factor de causalidade directa para a infecção pelo VIH é um comportamento de risco *per se*, importa aqui citar algumas das características que têm permitido identificar determinados grupos populacionais como apresentando uma maior susceptibilidade à infecção.

¹¹ Estimativa da prevalência e padrões de consumo problemático de drogas em Portugal, Negreiros, 2002, Faculdade Psicologia e de Ciência da Educação Universidade do Porto.

¹² Torres, Amália (coord), et al -Trajectórias e Consumos de drogas nas Prisões: um Diagnóstico. Lisboa: CIES/ISCTE, 2001.

Documento provisório

Na população portuguesa, os indivíduos da faixa etária dos 18 aos 40 anos são os que mais se expõem ao VIH, destacando-se, neste grupo, nos dois últimos anos, a via de transmissão sexual entre os heterossexuais e via de transmissão parentérica entre os toxicodependentes.

A evolução da infecção pelo VIH num País é determinada por factores sociais, económicos e culturais. Assim, para uma correcta análise da situação, devem-se procurar explicações não só ao nível dos comportamentos individuais, como também na sua relação com as condições estruturais, de cariz social, económico e cultural, vividas pelos diferentes grupos populacionais.

E porque o vírus se alastra em consonância com factores que favorecem a infecção de modo mais ou menos rápido, a caracterização da situação visa a identificação dos grupos mais vulneráveis ao VIH/SIDA e as razões desta vulnerabilidade.

Apesar do enorme empenho demonstrado por todos os organismos, Governamentais e não Governamentais, no desenvolvimento de diversas estratégias de prevenção, a epidemia da Infecção pelo VIH continua a disseminar-se e a matar no nosso País.

Torna-se, por isso, fundamental a identificação dos principais obstáculos a uma resposta nacional promissora e a identificação das oportunidades actuais que permitam a ampliação de uma resposta adequada, de modo a contrariar a corrente da epidemia.

Um factor que não favoreceu o melhor desenvolvimento das diferentes políticas, foi o de que, desde o início do seu funcionamento, em 1990, a CNLCS foi pensada como uma estrutura de carácter temporário, o que não favorece a planificação a longo prazo das medidas de vigilância epidemiológica necessárias. Igualmente, a CNLCS tem sido incumbida da gestão de recursos financeiros, não tendo, contudo, sido afectos os recursos humanos necessários à execução adequada e em tempo útil dos programas de prevenção, assim como para avaliar correctamente a dimensão do problema Nacional e as tendências da infecção. Dado tratar-se de um organismo de natureza provisória, sem quadro de pessoal próprio, não se investiu na formação de quadros qualificados, de modo a garantir um contínuo processo de vigilância epidemiológica, uma análise da evolução e tendências

Documento provisório

da infecção em grupos específicos, ficando por isso os programas preventivos à mercê de dados não representativos da realidade portuguesa.

Actualmente, a CNLCS, assim como qualquer outro organismo de saúde que exerça a sua actividade nesta área, conta apenas com o CVEDT, enquanto fonte contínua de informações, sendo no entanto de realçar as seguintes desvantagens: Não reflecte um denominador comum, uma vez que a informação é obtida por um sistema de notificação voluntária, não permitindo comparações em tempos diferentes, não sendo passível de ser utilizada como indicador de impacto. Não permite diferenciar novos casos diagnosticados, de novas condições clínicas, isto é, diferenciar um novo caso de SIDA de um caso anteriormente diagnosticado como Portador Assintomático que passou a SIDA, não tendo representação na comunidade. A informação fornecida assenta em reconhecida sub-notificação e é, assim, insuficiente para planificar, com o máximo de rigor possível, as acções que visem travar o alastramento da epidemia.

Como consequência, muito do empenho no âmbito da prevenção primária, isto é, muitas das iniciativas destinadas a diminuir a incidência da infecção pelo VIH, têm sido realizadas à luz de objectivos definidos por experiências externas, tais como as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), Programa das Nações Unidas Contra a SIDA (ONUSIDA) e Centro Colaborador de Paris, e não fundamentadas em dados epidemiológicos reais do País, de que resultou a impossibilidade de se definir claramente os objectivos das acções desenvolvidas e de se perspectivar os métodos de avaliação das mesmas.

Importa assim desenhar um Plano Nacional que potencie os recursos já existentes na CNLCS e os recursos existentes noutras instituições permitindo que, de uma forma integrada e racional, se determine o padrão epidemiológico da infecção pelo VIH em Portugal. É necessário promover a articulação entre a CNLCS e os organismos geradores de fontes de dados, no âmbito do Ministério da Saúde (articulação intra-ministerial), e criar, junto de outros sectores, como o Ministério da Educação (articulação inter-ministerial), um conjunto de procedimentos que permitam alcançar, em tempo útil, a fundamentação epidemiológica necessária, bem como caracterizar o estado da infecção do VIH no País, em especial, nos grupos de maior vulnerabilidade e possibilitar a monitorização e projecção da epidemia no curto e médio prazo.

Documento provisório

A estratégia que hoje se propõe é sustentada pelas infra-estruturas da CNLCS, pelos seus recursos humanos, pelos recursos que têm sido disponibilizados por fundos do Estado e JOKER, em prol da satisfação de serviços públicos, pelos outros organismos afins do Ministério da Saúde, por outros Ministérios considerados fundamentais no combate à infecção pelo VIH e pelas ONG.

É essencial a obtenção de dados fidedignos sobre a incidência do VIH, de modo a monitorizar a disseminação do vírus e determinar o impacto das intervenções no âmbito da saúde sexual. Infelizmente, a incidência do VIH é de difícil determinação, e é muito dispendioso, além de limitado, desenvolver estudos de “coortes”.

A nível nacional, os níveis de prevalência do VIH irão continuar a ser a principal fonte de monitorização da epidemia e de avaliação do impacto das intervenções que visem a diminuição da transmissibilidade.

A prevalência será obtida através de inquéritos populacionais e através de grupos sentinela.

As consultas pré-natais têm sido usadas como fonte de informação nas populações, principalmente, quando se trata de regiões epidémicas generalizadas. Como em Portugal, não temos ainda garantias do padrão que o caracteriza, a sua determinação será baseada num conjunto de indicadores tais como: taxa de infecção na grávida; taxas de infecção nos grupos sentinela e nos grupos específicos de maior vulnerabilidade. Será através destes indicadores que se irá desenvolver a monitorização da epidemia. Outros estudos pontuais serão realizados para avaliação dos impactos.

Promoção da saúde e prevenção da Infecção pelo VIH/SIDA

Educação em contexto escolar

O reconhecimento legal da importância da implementação da educação sexual na escola, tem na sua base, um amplo e diversificado movimento social de defesa dos direitos sexuais e reprodutivos dos jovens, independentemente do modelo de intervenção que se propugne.

A crescente incidência entre os jovens de problemas de saúde sexual e reprodutiva, nomeadamente, a infecção pelo VIH e outras IST, colocou os temas da prevenção de riscos e educação para a saúde na agenda Nacional e Europeia. A União Internacional para a Promoção e Educação da Saúde, no seu relatório *The Evidence of Health Promotion Effectiveness*¹³ (1999), realizado a pedido da Comissão Europeia, considera a escola, como contexto prioritário de intervenção, no que concerne à promoção e educação para a saúde.

A educação sexual na escola ganhou, entre nós, um especial relevo a partir da promulgação da Lei n.º 3/84, de 24 de Março, ao promover a inclusão de conhecimentos sobre educação sexual nos programas escolares e o livre acesso a consultas e outros meios de planeamento familiar. A partir de 1984, o quadro legal referente ou ligado à Educação Sexual na escola foi ganhando novos contornos, pela promulgação do Decreto-Lei n.º 46/86 (Lei de Bases do Sistema Educativo), Decreto-Lei m.º 115A/98, de 4 de Maio (Regime de Autonomia das Escolas), Lei n.º 120/99, de 11 de Agosto (Reforço das Garantias do Direito à Saúde Reprodutiva), Decreto-Lei n.º 259/00, de 17 de Outubro (Regulamentação da Lei 120/99), Decreto-Lei n.º 6/01, de 18 de Janeiro (Reorganização curricular do ensino básico) e Decreto-Lei n.º 7/01, de 18 de Janeiro (Revisão Curricular do Ensino Secundário). Em especial, o Decreto-Lei n.º 259/00 refere que *“a organização curricular do ensino básico e secundário contempla obrigatoriamente a abordagem da promoção da saúde sexual e da sexualidade humana, quer numa perspectiva interdisciplinar, quer integrada em disciplinas curriculares cujos programas incluem a temática (...)”*.

¹³ The Evidence of Health Promotion Effectiveness – Shaping Public Health in a new Europe. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education, 1999.

Documento provisório

Contudo, e apesar da obrigatoriedade referida na lei, a maioria das escolas deixa passar em branco estes temas. Os educadores de infância e os professores, pelo acompanhamento regular e permanente dos seus alunos, deveriam ser os agentes privilegiados de intervenção neste processo. Sucede, contudo, que são muitos os que referem insegurança na abordagem de questões relacionadas com a promoção da saúde sexual, por falta de formação adequada, tanto inicial, como contínua, assim como de instrumentos técnicos nos quais suportem a sua actividade. De acordo com um estudo¹⁴, promovido pela CNLCS, e que tinha como objectivo avaliar a preparação pedagógica dos futuros educadores de infância e professores no que respeita à educação sexual e prevenção do VIH, apenas cerca de ¼ dos 500 inquiridos revelou ter recebido formação específica sobre sexualidade e SIDA. Os inquiridos que tinham recebido formação nesta área referiram que esta incidiu prioritariamente sobre a anatomia dos aparelhos sexuais feminino e masculino, desenvolvimento sexual e SIDA, enquanto doença. Temas como o planeamento de actividades, práticas pedagógicas, metodologias de abordagem e acesso a recursos pedagógicos, raramente foram referidos como fazendo parte do programa de formação.

A prevenção da SIDA não deve ser encarada isoladamente. Terá antes de fazer parte de um processo educativo mais abrangente que vise contribuir para uma “vivência mais informada, mais gratificante, mais autónoma e mais responsável da sexualidade”.¹⁵ Assim, a CNLCS defende que o sucesso de uma política de intervenção na área da prevenção do VIH/SIDA na comunidade escolar, depende da conjugação de vários pressupostos, com particular destaque para:

- A prevenção do VIH/SIDA deve integrar-se no âmbito da Educação para a Saúde e, mais especificamente, da Educação Afectivo-Sexual.
- A intervenção deve iniciar-se o mais precocemente possível, ou seja, desde a educação pré-escolar, com métodos e conteúdos adequados às diferentes fases de desenvolvimento da criança e do jovem.
- A sensibilização e formação específica dos educadores de infância e professores deve iniciar-se ainda antes da sua entrada na vida profissional e prosseguir na vida activa.

¹⁴ Leandro, A., Magro M., Vilar D. Necessidades de formação inicial de educadores de infância e professores na área da promoção da saúde afectivo-sexual, 1999.

¹⁵ Educação sexual em meio escolar. Linhas Orientadoras. Edição do Ministério da Educação e Ministério da Saúde, Outubro 2000.

Documento provisório

A CNLCS está consciente de que esta é a política de intervenção mais adequada e com maiores probabilidades de sucesso para a obtenção de resultados consistentes e duradouros no que respeita à prevenção do VIH/SIDA entre os jovens. A CNLCS está igualmente consciente de que a definição desta política ultrapassa largamente as suas funções, tornando-se imprescindível uma articulação sistemática com os outros organismos afins.

Educação fora do contexto escolar

Como é sabido, as características das populações juvenis variam de acordo com os contextos geográficos, culturais e sócio-económicos. No âmbito da saúde, é conhecida a maior exposição e vulnerabilidade a diversos riscos por parte daqueles que têm menos acesso à informação credível, que possuem grau menos elevado de habilitações escolares e que vivem em contextos sociais mais problemáticos. Por outro lado, a promoção da saúde junto destas populações e, em particular, a prevenção das repercussões negativas ligadas a comportamentos juvenis considerados de risco, implica o desenvolvimento de estratégias e de instrumentos de trabalho adaptados às características específicas destes grupos.

O número de intervenções fora do contexto escolar tem vindo a aumentar, bem como as entidades que se dispõem a intervir. Estas iniciativas assumem uma importância extrema, quer pela proximidade que detêm junto de determinados grupos de jovens, que de outra forma não seriam atingidos, quer pela criação de respostas alternativas aos sistemas correntes de informação e educação. Toda esta diversidade constitui uma mais-valia que pode e deve ser promovida e rentabilizada. É sentido que muitas destas iniciativas não são conhecidas ou que não usufruem de suficientes oportunidades de adquirir informação ou novos conhecimentos, bem como de momentos significativos de partilha. Para o esforço de todos continuar a ser bem sucedido, há que criar mecanismos de consulta, de informação e de troca de experiência, que conduzam à reunião e divulgação do conhecimento e saber acumulado. Este pressuposto conduz-nos a outra referência fundamental. O carácter integrado desta abordagem faz com que nenhuma instituição, seja ela pública ou privada, possa implementar sózinha todos os esforços necessários para promover a saúde dos jovens.

Documento provisório

Heterossexuais

O Censo de 2001 revelou residirem em Portugal, no dia 12 de Março, um total de 10.356.117 indivíduos, dos quais 5.000.141 homens e 5.355.976 mulheres¹⁶.

Estudos actuais¹⁷, realizados através de inquéritos à população portuguesa, chamam a atenção para o baixo nível de conhecimentos e competências relacionados com a problemática do VIH e outras IST.

Nas últimas décadas ocorreram alterações em termos demográficos, mais concretamente o envelhecimento da população, em particular da feminina; um crescente número de famílias monoparentais; aumento do número de divórcios e uma tendência para retardar quer o casamento, quer o nascimento dos filhos¹⁸. A crescente independência económica das mulheres tem-lhes permitido uma maior liberdade nas suas opções familiares quando, no passado, a dependência económica lhes limitava a sua capacidade de opção.

Apesar das numerosas e inegáveis conquistas das mulheres a nível profissional, social e académico, elas encontram-se em situação de maior vulnerabilidade face à SIDA e outras IST, por comparação aos homens, devido a vários factores, de ordem biológica, social e cultural.

Esta vulnerabilidade leva a que seja necessária uma abordagem específica na prevenção da infecção pelo VIH/SIDA, tendo em conta as questões de género. De igual modo, é fundamental o envolvimento das mulheres, quer a nível individual, quer colectivo, no delinear das estratégias mais adequadas a uma eficaz prevenção da SIDA.

A infecção pelo VIH/SIDA necessita ser integrada numa área mais vasta, da saúde sexual e reprodutiva, com o incitamento à vivência de uma sexualidade saudável, segura, responsável e auto-determinada.

¹⁶ Web: www.ine.pt

¹⁷ Um estudo do Eurobarómetro, Comissão Europeia, Novembro 2003, informa que apenas 61% dos cidadãos portugueses sabe que o VIH não se transmite por uma refeição preparada por um doente infectado. Ver estudo realizado por Amaro, Fausto et al. (2004) HIV/AIDS risk perception, attitudes and sexual behaviour in Portugal. *International Journal of STD and AIDS*; vol. 15, n.º 1; pp. 56 – 60.

¹⁸ CIDM, “Igualdade de Género – Portugal 2002”, Lisboa, 2002.

Documento provisório

Grupos específicos

A designação de *Grupos Específicos*, no âmbito do desenvolvimento de estratégias preventivas, deriva da avaliação do perfil epidemiológico da população infectada, relevando o conjunto de dados de incidência e a prevalência para as respectivas categorias de transmissão, conjugadas com a avaliação de situações de risco decorrentes de práticas sexuais não seguras, ou de evidente situação de discriminação e vulnerabilidade social. Por este motivo, devem beneficiar de projectos específicos as seguintes sub-populações: pessoas que se prostituem, minorias étnicas, migrantes e grupos profissionais com elevada mobilidade, toxicodependentes, meio prisional e homossexuais.

Pessoas que se prostituem

A prevenção do VIH/SIDA junto das pessoas que se prostituem tem de ter em conta uma série de factores que concorrem para que a abordagem seja diferenciada. Trata-se de uma população com grande mobilidade, muitas vezes integrada em redes organizadas que operam em vários Países. É frequente serem imigrantes, muitas vezes em situação irregular. O horário de “trabalho”, sobretudo no período da tarde e da noite, dificulta o acesso ao Serviço Nacional de Saúde. Igualmente, o receio da discriminação por parte dos profissionais que, com frequência, não estão preparados para lidar com populações com estilos de vida ditos marginais, dificulta o acesso aos serviços oficiais.

Assim, a abordagem deste grupo específico passa pela criação de serviços e espaços alternativos que disponibilizem os cuidados prestados pelos serviços oficiais: centros de apoio e projectos de *outreach*.

Os Centros de Apoio e Acompanhamento, preferencialmente situados em locais de fácil acesso por parte destas populações, podem proporcionar desde o acompanhamento psicossocial às consultas de IST e cuidados de enfermagem. Os projectos de *outreach* integram, necessariamente, unidades móveis que vão ao encontro das pessoas para, nesses locais, prestarem assistência e apoio psicossocial e de saúde, fazerem a prevenção da SIDA e outras IST, interagindo com as pessoas e criando laços de confiança entre os técnicos e a população-alvo com e para quem trabalham.

Documento provisório

Presentemente, a CNLCS apoia dois centros para trabalhadores do sexo em Lisboa e dois projectos de “outreach”, um em Lisboa e outro no Porto. Num passado recente, foram alvo de apoio por parte da CNLCS dois projectos que combinaram as vertentes de Centro fixo e Unidade Móvel, um na zona norte e outro na zona sul (Algarve).

Minorias étnicas, imigrantes e populações com elevada mobilidade

Tal como sucede um pouco por todo o mundo dito desenvolvido, a população presente em território nacional constitui um verdadeiro mosaico com indivíduos das mais diversas nacionalidades, numa sociedade que sendo multicultural, se deseja intercultural.

Tradicionalmente um País de emigração, no último quartel do séc. XX começou a observar-se uma tendência crescente de fluxos imigratórios, primeiro dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (integrantes do ex-Território Ultramarino Português) e, mais recentemente, dos Países situados na Europa de Leste e Brasil.

Dados disponibilizados pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) relativos a 3 de Novembro de 2002 revelam a presença de 235.627 estrangeiros, com situação regularizada em Portugal, oriundos das seguintes áreas geográficas: 71.383 da Europa (65.393 da União Europeia e 5.990 de outros Países europeus); 128.767 de África (122.550 dos PALOP e 6.217 de outros Países africanos); 10.463 da América do Norte; 32.269 da América Central e do Sul e, finalmente, 545 da Oceânia. O período extraordinário de regularização da permanência em Portugal¹⁹ traduziu-se numa alteração dos padrões de imigração, mais concretamente com a presença significativa de cidadãos da Europa de Leste: 60.310 da Ucrânia, 11.746 da Moldávia e 10.089 da Roménia, sendo esta sequência interrompida pelo Brasil que ocupava então, em 2001, o segundo lugar com 33.820 cidadãos.

A presença de um tão elevado número de cidadãos oriundos da Europa de Leste levou a que fosse necessário intervir com urgência no âmbito da prevenção da SIDA, sobretudo quando a Ucrânia ocupa o primeiro lugar entre os Países europeus em número de casos de infecção pelo VIH/SIDA.

¹⁹ Decreto-Lei n.º 4/2001, de 10 de Janeiro.

Documento provisório

Para ultrapassar a barreira linguística foi criada informação em língua russa, compreensível para a maioria dos cidadãos eslavos presentes em Portugal. Para tal, a CNLCS teve a colaboração de uma organização não governamental formada por cidadãos eslavos.

A harmonização da política portuguesa de imigração face à União Europeia traduziu-se numa alteração do regime jurídico da entrada, permanência saída e afastamento de estrangeiros de território nacional, com a aprovação de uma nova lei de imigração (Decreto-Lei n.º 34/2003, de 25 de Fevereiro) pautada por três princípios: promoção da imigração legal com fundamento nas reais possibilidades do País, integração efectiva dos imigrantes e o combate à imigração ilegal.

Neste quadro jurídico, a promoção e defesa da saúde dos imigrantes e, mais concretamente, a prevenção de novas infecções ou de re-infecções entre esse grupo específico, continua a ser uma prioridade, independentemente do seu estatuto de permanência em Portugal estar ou não regularizado.

O Despacho n.º 25.360/2001, de 12 de Dezembro, estabelece que todos os cidadãos estrangeiros em situação regular têm direito de acesso ao SNS mediante a obtenção do “cartão de utente”. Quando presentes em Portugal por um período igual ou superior a 90 dias podem, igualmente ter acesso ao “cartão de utente”. Quando em situação de urgência, todos os cidadãos estrangeiros, mesmo em situação irregular, têm o direito a usufruir de cuidados de saúde conforme os princípios da igualdade, não discriminação e protecção à saúde proclamados na Constituição da República Portuguesa.

Por forma a se organizarem e, de forma concertada e consistente, poderem defender e reivindicar os seus direitos, têm sido constituídas várias associações de imigrantes/minorias étnicas. Encontravam-se inscritas no Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas até ao dia 8 de Novembro de 2002, 171 associações representando uma larga variedade de nacionalidades.

Esta diversidade cultural tem sido alvo de uma atenção especial por parte da CNLCS, que tem colaborado com várias associações de imigrantes, apoiando técnica e financeiramente projectos, e com as organizações governamentais de referência nesta área, como o Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME).

Documento provisório

Considerada uma minoria étnica em Portugal, a comunidade cigana tem sido igualmente abordada pela CNLCS. Integrando um grupo de trabalho interinstitucional, a CNLCS proporcionou a formação em Saúde (toxicoddependência e SIDA) a um grupo de mediadores socioculturais ciganos. Esta iniciativa traduz uma preocupação pela optimização de recursos humanos e financeiros, mais concretamente, investindo na formação de quem será, por sua vez, formador dos seus pares.

A mobilidade, *per se*, não constitui uma causa para a propagação da SIDA. São os cenários que acompanham essa mobilidade que contribuem para que os indivíduos, fruto da vulnerabilidade psíquica e emocional provocada por prolongadas e frequentes ausências do seu meio, adoptem comportamentos que poderão ser de risco para a infecção pelo VIH/SIDA.

Integram-se nestas populações os camionistas de longo curso, os trabalhadores sazonais (ex. trabalhos temporários nos meses de Verão em estâncias balneares turísticas, mais precisamente, na região do Algarve), os operários da construção civil e os militares.

Os militares são contemplados nesta categoria pois encontram-se, com frequência, colocados fora das zonas das suas residências, quer no período da recruta, quer em missões no exterior.

A distância dos companheiros/as regulares pode facilitar os relacionamentos de natureza sexual com outros parceiros, sem que o preservativo seja usado ou, quando usado, de forma consistente.

De igual modo, a vulnerabilidade pode traduzir-se no consumo ou injeção de substâncias ilícitas. A partilha do material para a injeção de drogas consiste, assim, num factor potenciador para a transmissão do VIH nestes grupos. O trabalho desenvolvido obedece a um principio inultrapassável: colaboração com as associações e instituições que representam estas populações ou que as tutelam (ex. Ministério da Defesa Nacional, Sindicatos, Empresas, etc.).

Toxicodependentes por via endovenosa

Os dados epidemiológicos disponíveis sobre a infecção VIH/SIDA demonstram existir uma mudança no perfil epidemiológico no que se refere à via de transmissão associada à toxicodependência. Apesar de a situação ser ainda preocupante, os indicadores parecem apontar para a inversão da tendência crescente que se verificou até 1999. O ritmo de crescimento da categoria de transmissão por via parentérica, no conjunto de casos de SIDA, tem vindo a abrandar desde 1998²⁰. Igualmente, verifica-se um decréscimo no número de casos de morte relacionados com o consumo de drogas²¹.

Os casos de SIDA associados à toxicodependência são maioritariamente do sexo masculino, vindo o peso destes a crescer nos últimos anos²². A maioria - 91% - apresenta idades compreendidas entre os 20 e os 39 anos, enquanto que os restantes casos de SIDA não associados à toxicodependência apresentam-se bastante mais envelhecidos (57% com idade superior a 39 anos). Nas notificações relativas ao Complexo Relacionado com a SIDA (CRS) e Portadores Assintomáticos (PA) predominam também os indivíduos do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 20 e os 39 anos.

Os distritos de Lisboa, Porto e Setúbal continuam a registar as maiores percentagens do total de notificações de casos de SIDA, assim como de mortes²³. São também estes os distritos que apresentam maior número de casos de SIDA associados à toxicodependência²⁴.

Se considerarmos as percentagens globais de seropositividade para o VIH na população toxicodependente que recorre a tratamento, verificamos que, em 2002, se consubstancia a tendência já iniciada de estabilidade e mesmo decréscimo destes valores²⁵.

O Programa de Troca de Seringas, de âmbito nacional, está em funcionamento desde Outubro de 1993 e é o resultado de uma parceria estabelecida entre o Ministério da Saúde, através da CNLCS, e a Associação Nacional das Farmácias (ANF), responsável pela

²⁰ Dados CVEDT "A situação em Portugal a 30 de Junho de 2003".

²¹ Dados do Instituto Nacional de Medicina Legal.

²² Relatório Anual de 2002 do IDT.

²³ Dados CVEDT de 28 de Novembro de 2003.

²⁴ Relatório Anual de 2002 do IDT.

²⁵ Dados CVEDT "A situação em Portugal a 30 de Junho de 2003".

Documento provisório

gestão do programa no terreno. Este programa visa prevenir a difusão do VIH entre os UDI, baseando-se numa estratégia de redução de riscos, e procurando alterar junto destes, comportamentos e hábitos com impacto negativo na saúde pública. O instrumento de prevenção fornecido é o Kit “Prevenção SIDA”, constituído por: 2 seringas, 2 toalhetes desinfectantes com álcool a 70º, 1 preservativo, 1 ampola de água bidestilada, 1 filtro e 1 folheto informativo.

O campo de intervenção deste Programa foi inicialmente limitado às farmácias comunitárias, tendo vindo a ser alargado através de diferentes estruturas: postos móveis e parcerias com diversas entidades que prestam apoio a estas populações.

De Outubro de 1993 a 31 de Outubro de 2003 recolheram-se no País 29.664.927 seringas. O número de seringas trocadas aumentou entre 1994 e 1997, atingindo um pico, que se manteve estável até 1999, voltando a aumentar em 2000 com valores que se mantiveram em 2001. Em 2002, assiste-se a uma diminuição de cerca de 23% do total de trocas de seringas, relativamente a 2001. Durante o ano de 2003 (dados até Outubro) foram já trocadas 2.226.135 seringas. Os distritos com maior frequência de trocas foram Lisboa, Porto, Setúbal e Faro, com 48,56%, 19,59%, 11,40 e 5,08%, respectivamente, do total de trocas efectuadas²⁶. Durante o ano de 2002, 1.238 farmácias estiveram activas, ou seja, 48,2% das farmácias portuguesas entregaram contentores com seringas. Ao todo, e desde o início do Programa, já foram trocadas 22.647.738 seringas²⁷.

Os postos móveis actualmente em funcionamento são os da Curraleira, Cova da Moura e Odivelas, tendo já trocado 265.153 seringas desde o início da sua actividade²⁸.

²⁶ Valores acumulados desde 1993 até 31 de Outubro de 2003.

²⁷ Valores acumulados desde 1993 até 31 de Outubro de 2003.

²⁸ Valores acumulados desde 1993 até 31 de Outubro de 2003.

Documento provisório

No que respeita às trocas efectuadas pelas parcerias, o seu número tem vindo a crescer (Tabela n.º 1).

Tabela n.º 1 – Número de trocas de seringas efectuadas pelos parceiros do Programa Troca de Seringas

| Ano | Número de seringas trocadas |
|--------------------|------------------------------------|
| 1999 | 83.486 |
| 2000 | 241.757 |
| 2001 | 775.231 |
| 2002 | 875.277 |
| 2003 ²⁹ | 836.686 |
| Total | 2.812.437 |

O Estudo “Hábitos de Consumo dos Toxicodependentes: Avaliação da necessidade de alteração do Kit e utilização de outras formas de distribuição”³⁰ teve como objectivo caracterizar os hábitos de consumo dos utilizadores do Programa de Troca de

Seringas, avaliar a adequação do Kit às suas necessidades e identificar eventuais necessidades de outras formas de distribuição. Os resultados deste estudo apontaram para a necessidade de serem tomadas algumas medidas potenciadoras da alteração do comportamento dos indivíduos consumidores de drogas, nomeadamente, a alteração do Kit, esperando desta forma contribuir para a minimização dos hábitos de partilha, melhorar a acessibilidade ao programa e maior sensibilização e informação para o modo de desinfeção do material.

Em 2002 foi avaliado o impacto do Programa de Troca de Seringas na prevenção da transmissão do VIH na comunidade toxicodependente, com a realização de um estudo de avaliação³¹. Este estimou em mais de 7000 novas infecções por VIH evitadas durante os primeiros cerca de 8 anos de existência do Programa, por cada 10 000 UDI utilizadores existentes no início do PTS português. A tradução económica deste benefício, segundo as perspectivas mais conservadoras, poderá ter sido superior a 400 milhões de Euros de poupança nos recursos financeiros consignados ao tratamento de doentes infectados pelo VIH/SIDA. Concluiu que a implementação do Programa constitui uma utilização eficiente dos recursos públicos, sendo os custos de implementação, à semelhança de outros Países, largamente compensados pelos seus benefícios.

²⁹ Dados obtidos até 31 de Outubro de 2003.

³⁰ Estudo conduzido pelo Centro de Farmacoepidemiologia da Associação Nacional de Farmácias, Junho de 2003.

³¹ Estimativa do impacto do Programa “Diz não a uma seringa em segunda mão” no risco de infecção por Vih/SIDA na população portuguesa de utilizadores de droga injectada, conduzido pela Exigo, Consultores, L.da, Junho 2002.

Documento provisório

População prisional

De acordo com o Relatório do Provedor da Justiça sobre o Sistema Prisional (2003), e especificamente no que concerne ao VIH, verifica-se que 14% da população reclusa sobre a qual existem dados³², está infectada. Esta percentagem sobe para 30% no caso das Hepatites Virais (B ou C), correspondendo a maior fatia à Hepatite C, registando-se, de acordo com dados da Direcção-Geral dos Serviços Prisionais, um aumento de cerca de 30% desta, no ano 2002.

Ainda de acordo com o referido Relatório “sabe-se que entra e circula droga nas nossas prisões, sendo um facto que as seringas são utilizadas para seu consumo. Como estas serão em número diminuto face aos seus utilizadores, chega-se à conclusão irrecusável da sua partilha entre os reclusos”. Ainda segundo o mesmo relatório, 46% dos reclusos³³ refere hábitos de consumo.

Actualmente, alguns dos estabelecimentos prisionais de maior dimensão encontram-se a desenvolver programas de apoio a toxicodependentes e a sua esmagadora maioria proporciona o acesso a programas de substituição terapêutica e de antagonistas, concretizados nos próprios serviços clínicos com pessoal especializado ou recorrendo aos CAT.

O trabalho já desenvolvido pela CNLCS, o que inclui as CDLCS, tem consistido essencialmente na prestação de informação aos reclusos e guardas prisionais, cedência gratuita de preservativos, assim como, formação dos guardas prisionais e na educação dos reclusos através de formação pelos pares.

A existência da Rede Europeia “Prevenção da SIDA e Hepatites nas Prisões”, na qual a CNLCS assume a representação portuguesa, permitiu a realização de diversos estudos, assim como a elaboração de linhas de orientação europeias sobre a prevenção do VIH/SIDA e Hepatites nas Prisões (Recomendações de Milão).

Finalmente, promover a articulação com a Direcção Geral dos Serviços Prisionais, através de protocolos ou outras formas de cooperação, tem sido uma das prioridades da CNLCS,

³² O relatório refere que, no domínio da saúde, não existem dados para quase 20% da população reclusa.

³³ Esta percentagem foi encontrada numa amostra constituída por 84% da população prisional.

Documento provisório

tendo em vista quer a prevenção primária da infecção pelo VIH/SIDA, quer o seu tratamento.

A definição de responsabilidades relativamente à área da saúde no sistema prisional – tema actualmente em discussão – é um pressuposto fundamental para a melhor intervenção nesta área.

Homossexuais

De grupo mais afectado no início da epidemia, a comunidade homossexual passou agora a terceira categoria de transmissão em Portugal. Esta resposta à SIDA reflecte a consciencialização da necessidade de defesa face ao VIH, concretizada na adopção de práticas sexuais seguras.

A emergência de uma comunidade Gay, Lésbica, Bissexual e Transexual (GLBT) coesa e organizada, dando voz e reclamando os seus direitos numa sociedade maioritariamente heterossexual, é uma realidade inegável. Esta coesão faz-se sentir igualmente na luta contra o VIH/SIDA, com a implementação de projectos nesta área, produção de eventos e material informativo, entre outras actividades importantes.

Dada a especificidade deste grupo-alvo, compete à CNLCS apoiar as organizações e projectos que, no terreno e de uma forma interactiva fazem a prevenção da infecção pelo VIH/SIDA, intervindo em áreas de visibilidade pública como, por exemplo, na produção de campanhas específicas, ou materiais de prevenção específicos.

Meio laboral

A infecção pelo VIH/SIDA mais que qualquer outra patologia clínica, tem associados problemas de desinformação, medo e discriminação que podem constituir obstáculos para a correcta inserção desta problemática no local de trabalho.

Cada vez é mais premente sensibilizar e consciencializar os intervenientes deste cenário para a urgência da priorização da infecção pelo VIH/SIDA como uma questão laboral. Dos

Documento provisório

10.629 casos de SIDA, oficialmente notificados ao CVEDT até 31 de Outubro de 2003³⁴, 95,3% situam-se entre os 20 e os 64 anos de idade, ou seja, o segmento produtivo da população portuguesa.

Enquanto nos Países mais afectados, situados na zona da África Sub-Sahariana, a pandemia da SIDA ameaça o seu próprio desenvolvimento económico e segurança, nos Países desenvolvidos a situação, apesar de grave, está longe de atingir uma dimensão tão catastrófica. A introdução da terapêutica HAART permitiu às pessoas infectadas pelo VIH/SIDA ter uma maior e melhor esperança de vida, permitindo-lhes permanecer activos em termos laborais.

Este avanço da medicina necessita, igualmente, de um avanço ao nível das mentalidades e das políticas seguidas no mundo do trabalho com vista a integrar e apoiar, com todos os meios possíveis, os trabalhadores seropositivos, numa visão mais realista e humanista que começa a ser aceite pelos responsáveis.

O receio de perder o emprego e, conseqüentemente, o meio de subsistência leva ainda frequentemente as pessoas a esconderem o seu estatuto serológico para o VIH. O medo da discriminação no local de trabalho quer por parte dos empregadores, quer dos próprios colegas conduz, igualmente, ao esconder da situação com todos os problemas que tal decisão acarreta como a dificuldade em manter os tratamentos ou a impossibilidade de ir aos serviços de saúde com a frequência necessária.

Uma estratégia adoptada pela CNLCS para mobilizar o sector laboral para esta problemática consistiu na constituição de uma bolsa de 20 formadores que, mediante solicitação prévia das empresas e Câmaras Municipais se deslocam aos locais para realizar acções de informação/formação. Aliada a esta vertente de formação, a CNLCS disponibiliza material informativo e apoio técnico na elaboração de programas e políticas sobre VIH/SIDA em Meio Laboral. Este conjunto de serviços possibilitou a constituição de uma rede nacional de empresas, num total de 50, que, com alguma regularidade, recorre aos serviços disponibilizados pela CNLCS.

³⁴ Números cumulativos – 01/01/1983 a 31/10/2003.

Documento provisório

A intervenção a nível laboral necessita, todavia, do envolvimento das instituições de referência nesta área que liderem e assumam o compromisso na luta contra a infecção pelo VIH/SIDA. As Confederações Patronais, os Representantes dos Trabalhadores e todos aqueles que, pela sua missão, representem os intervenientes do mundo do trabalho são, assim, aliados fundamentais e necessários, constituindo-se em Plataforma alargada na reflexão sobre a problemática da infecção pelo VIH/SIDA nas empresas, no contexto da medicina do trabalho e no subsequente apoio jurídico aos trabalhadores.

Aconselhamento e detecção precoce do VIH

A rede nacional de Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce da infecção pelo VIH (CAD) foi considerada uma medida prioritária no Plano Estratégico da CNLCS, para o triénio 2001/2003. Os CAD têm como objectivos: o conhecimento precoce do estado de seropositividade, permitindo o acesso a aconselhamento com vista a promover a alteração comportamental e referenciar os infectados para o tratamento precoce.

Os CAD proporcionam a qualquer pessoa a possibilidade de realizar o teste do VIH/SIDA, de forma voluntária, confidencial, anónima e gratuita, com pré e pós-aconselhamento, num local próximo da área de residência, ou numa zona geográfica distinta.

Desde 1998, data em que foi inaugurado o primeiro centro de detecção em Lisboa (Centro de Rastreio Anónimo da Lapa), à criação da Rede dos CAD que teve início em 2001, encontram-se em funcionamento 18 CAD, em quase todos os distritos do País, a saber: Aveiro, Beja, Braga, Bragança, Castelo-Branco, Coimbra, Évora, Faro, Guarda, Leiria, Lisboa (CAD da Lapa e CAD da Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso), Portalegre, Porto, Santarém, Setúbal (CAD do Barreiro e CAD de Setúbal) e Vila Real.

Os dados referentes ao período compreendido entre o início de 2001 e o primeiro semestre de 2003, revelam que estes centros atenderam um total de 13.304 utentes, tendo-se realizado 11.469 aconselhamentos pré-teste, 10.220 aconselhamentos pós-teste e 10.857 colheitas, registando-se 239 casos reactivos.

Na sequência da implementação dos CAD a todo o território nacional, surge neste momento a necessidade de se efectuar uma análise da sua actividade em termos de funcionamento,

Documento provisório

que se pretende realizar através de uma avaliação contínua, no sentido de se atingir uma maior rentabilização dos recursos existentes, para a garantia de uma melhor qualidade do serviço destes centros. A estratégia de aconselhamento e detecção precoce deve ainda ser enquadrada com a rede de cuidados primários, apoiando-se prioritariamente a formação dos médicos especialistas em medicina geral e familiar.

Apoio e suporte social

As crenças, atitudes e representações associadas às formas de transmissão do VIH/SIDA, bem como a forma como a infecção progride, produzem nos indivíduos, infectados e afectados, inúmeras necessidades pessoais e sociais.

Em muitos casos, a infecção pelo VIH/SIDA dá origem a situações de ruptura social, mesmo em pessoas, até então, socialmente integradas, conduzindo, frequentemente, à perda de suportes de inserção, como o enquadramento afectivo, o alojamento e o emprego.

Muito embora esta problemática do VIH/SIDA tenha surgido inicialmente como um problema de saúde, é cada vez mais um problema de ordem social, com múltiplas implicações na comunidade. Estas implicações, de cariz individual e social, traduzem-se, essencialmente, em hospitalizações prolongadas e/ou frequentes, alterações emocionais com implicações a nível psicológico, dificuldades de manutenção e/ou obtenção de emprego, diminuição das capacidades económicas e o afastamento e/ou rejeição dos elementos de suporte social do indivíduo, nomeadamente, colegas, amigos, vizinhos e, muitas vezes, a própria família.

Face a uma situação desta natureza, a CNLCS assume como uma das suas prioridades de intervenção, o apoio social e extra-hospitalar aos indivíduos infectados pelo VIH/SIDA e suas famílias, apoiando as ONG e reportando-se à rede de cuidados continuados em implementação pelo Ministério da Saúde.

A primeira estratégia de apoio e suporte social da CNLCS foi criada no quadro do Programa de Financiamento CRIA³⁵, tendo este, posteriormente, sido substituído em 2003, pelo Programa de Financiamento ADIS. O Programa ADIS, agora estruturalmente reformulado,

³⁵ Programa Conhecer, Responsabilizar, Informar, Agir (CRIA), com início de actividade em 1997.

Documento provisório

financia projectos e acções vocacionados para o acolhimento, apoio domiciliário, residencial e psicossocial.

No final de 2003, e através do Programa de Financiamento ADIS, a CNLCS prestava apoio técnico e financeiro a 4 Unidades Residenciais, 4 Serviços de Apoio Domiciliário, 5 Centros de Dia, 2 Centros de Atendimento e Apoio Psicossocial e 1 Apartamento de Reinserção.

Em simultâneo, a Segurança Social tem vindo a desenvolver, no seu âmbito de intervenção, esta área específica, tendo actualmente celebrados 20 acordos atípicos com instituições de base comunitária (Tabela n.º 2).

Tabela n.º 2 – Respostas sociais da CNLCS e da Segurança Social

| | Unidades Residenciais | Apoio Domiciliário | Centros de Dia | Centros de Atendimento e Apoio Psicossocial | Apartamento de Reinserção |
|-------------------------|------------------------------|---------------------------|-----------------------|--|----------------------------------|
| CNLCS | 4 | 4 | 5 | 2 | 1 |
| Segurança Social | 3 | 7 | 0 | 10 | 0 |

A distribuição geográfica destas respostas sociais tem em conta as zonas com maior número de casos oficialmente notificados, uma vez que se considera ser este um indicador das zonas onde esse apoio é mais necessário (Tabelas nºs 3 e 4).

Tabela n.º 3 – Distribuição por região das respostas sociais da CNLCS

| | Unidades Residenciais | Apoio Domiciliário | Centros de Dia | Centros de Atendimento e Apoio Psicossocial | Apartamento de Reinserção |
|-----------------------|------------------------------|---------------------------|-----------------------|--|----------------------------------|
| Norte | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Centro | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Lisboa V. Tejo | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 |
| Sul | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Madeira | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Açores | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Documento provisório*Tabela n.º 4 – Distribuição por região das respostas sociais da Segurança Social*

| | Unidades Residenciais | Apoio Domiciliário | Centros de Dia | Centros de Atendimento e Apoio Psicossocial | Apartamento de Reinserção |
|-----------------------|------------------------------|---------------------------|-----------------------|--|----------------------------------|
| Norte | 1 | 2 | 0 | 3 | 0 |
| Centro | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Lisboa V. Tejo | 1 | 4 | 0 | 5 | 0 |
| Sul | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Madeira | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Açores | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Apesar do empenho e intervenção conjunta dos organismos públicos e privados no estabelecimento de condições para o desenvolvimento de estruturas de apoio a pessoas infectadas por VIH/SIDA, existem ainda muitas dificuldades no encaminhamento de doentes em situação de alta hospitalar, quando estes não possuem retaguarda familiar. Os serviços da CNLCS confrontam-se diariamente com solicitações dos hospitais, na procura de um encaminhamento destes doentes. A área de apoio e suporte social visa, pois, a criação e o desenvolvimento de medidas que diminuam ou eliminem estes problemas.

A prioridade máxima desta área assenta na implementação de uma rede de suporte de retaguarda aos hospitais, tida hoje como Política prioritária do Governo, na medida em que existe claramente uma insuficiência de estruturas de apoio, capazes de responder às necessidades sentidas pelos serviços hospitalares. Por outro lado e, como complemento desta acção, é imprescindível o trabalho junto das famílias, comunidade e instituições com competências na área da acção social, para que também estes agentes sociais sejam envolvidos no processo de reinserção dos indivíduos.

No domínio da inserção social, destaca-se o papel da Segurança Social ao nível do apoio directo ao grupo alvo e suas famílias, desenvolvendo respostas no âmbito da protecção social, nomeadamente no atendimento e apoio económico a indivíduos e famílias, bem como na integração em programas de formação ou ocupacionais. Segundo o relatório de actividade da Segurança Social, foram apoiados economicamente 6.147 indivíduos, dos quais 2.466 são considerados em situação de isolamento social.

Estas estratégias são definidas com base nos dados epidemiológicos fornecidos pelo CVEDT e nos dados fornecidos pela Segurança Social, relativamente aos indivíduos e

Documento provisório

famílias referenciados nos serviços locais e a beneficiar de apoio psicossocial e económico. Para uma melhor definição de estratégias de actuação na área social, é necessário um conhecimento mais profundo da população infectada a necessitar efectivamente de apoio social e económico.

Apoio e suporte hospitalar

A actual cobertura do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em termos do tratamento e acompanhamento de infectados VIH/SIDA é carente em múltiplos aspectos, muito em particular no apoio psicossocial. Tem havido dificuldades de planeamento, de uma forma mais centralizada e coordenada por objectivos.

Contudo, as unidades mais especializadas no tratamento destes doentes têm desenvolvido um esforço notável no apetrechamento actualizado, desenvolvendo uma *praxis* clínica a todos os títulos notável. No entanto, a evolução da epidemia no nosso País traz problemas acrescidos no acesso aos meios de diagnóstico e terapêutica (universalmente gratuitos) e que não revela homogeneidade na totalidade do território nacional, estando dependente das capacidades técnicas e financeiras de cada centro, o que poderá colocar os utentes em situação de desigualdade no acesso ao “estado da arte” para a patologia VIH/SIDA. Torna-se necessário desenvolver esforços de articulação entre as diferentes unidades especializadas no atendimento a doentes, e muito em especial aos doentes toxicodependentes, com ou sem tuberculose, podendo constituir, em casos de tuberculose bacilífera, um risco considerável em termos de saúde pública e desequilibrar algumas medidas desenhadas para o controlo da doença.

A adesão às terapêuticas combinadas é hoje considerada um dos maiores problemas na gestão dos casos de infecção pelo VIH/SIDA. Manter uma boa adesão à terapêutica é essencial para obter os máximos benefícios desta, ou seja, estabilizar o doente clinicamente, manter a supressão da carga vírica e prevenir o desenvolvimento de resistências do vírus à medicação. Os baixos níveis de adesão terapêutica estão intimamente relacionados, apesar dos extraordinários avanços da indústria farmacêutica, com o aumento de resistências, insucesso das terapêuticas e maior risco de progressão da patologia. Do ponto de vista económico, os baixos níveis de adesão relacionam-se com o

Documento provisório

aumento de regimes TAR de segunda linha e resgate em geral mais dispendiosos do que os anteriormente iniciados, e com o aumento substancial dos tratamentos de complicações oportunistas e o número de internamentos, o que conduz, em última análise, a uma deterioração progressiva da qualidade de vida do doente. Apesar da medicação anti-retrovírica ser de acesso gratuito, as imprescindíveis terapêuticas de profilaxia primária e secundária podem representar elevados custos para o utente do SNS.

Uma política de incentivo aos doentes, que os apoiem na gestão do seu dia-a-dia, é uma das nossas prioridades, num esforço de integração dos recursos, da rede de cuidados hospitalares, rede de cuidados continuados, rede de cuidados primários e rede CAD, gerando mais valias na área clínica, enfermagem, psicologia e serviço social.

Apoio à sociedade civil

O Programa ADIS foi lançado publicamente em Novembro de 2002, vindo substituir o anterior Programa de Financiamento CRIA. Tem como objectivo o financiamento de projectos e acções no âmbito da luta contra a SIDA, desenvolvidos pela sociedade civil.

A CNLCS recebeu, neste primeiro ano de vigência, 64 projectos candidatos a financiamento (tabela n.º 5). O ponto de situação do total de candidaturas sujeitas a análise técnica e financeira, é expresso na tabela n.º 6.

Tabela n.º 5 – Candidaturas ao Programa ADIS em 2003

| Situação | Apoio social | Prevenção | Formação | Total |
|---|---------------------|------------------|-----------------|--------------|
| Candidaturas não consideradas ³⁶ | 6 | 1 | 3 | 10 |
| Candidaturas analisadas | 24 | 25 | 5 | 54 |
| TOTAL | 30 | 26 | 8 | 64 |

³⁶ Candidaturas que entraram nos serviços da CNLCS, mas que, por alteração de circunstâncias (ex. pedido da própria entidade promotora) não foram consideradas para análise.

Documento provisório

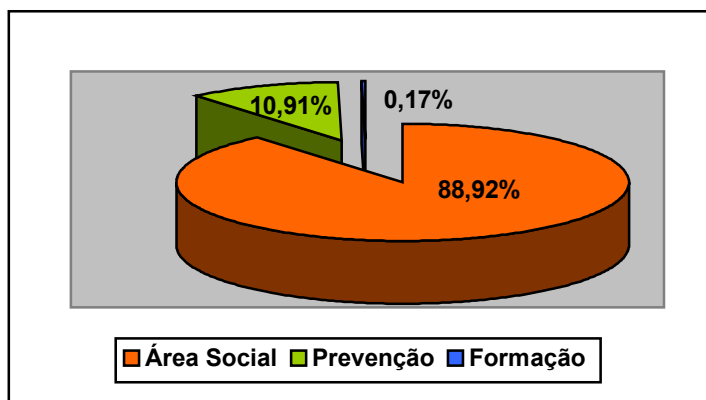
Tabela n.º 6 – Ponto de situação das candidaturas analisadas no âmbito do Programa ADIS em 2003

| Situação | Apoio social | Prevenção | Formação | Total |
|---|---------------------|------------------|-----------------|--------------|
| Deferimento pelo Ministro da Saúde | 12 | 3 | 1 | 16 |
| Indeferimento pela CNLCS | 4 | 7 | 3 | 14 |
| Em análise e aprovação actual pela CNLCS e MS | 7 | 9 | 0 | 16 |
| Candidaturas inválidas ³⁷ | 1 | 6 | 1 | 8 |
| TOTAL | 24 | 25 | 5 | 54 |

Como é possível verificar na tabela n.º 6, a maioria dos projectos autorizados pertencem à área social, constituindo esta a fatia mais significativa do investimento realizado por este Programa em 2003. Aliás, esta perspectiva enquadra-se na nossa filosofia, balizando preferencialmente a actividade das ONG para a área social, até agora uma área vocação não preferencial das estruturas de saúde.

A figura n.º 1 demonstra as transferências efectuadas em 2003 no âmbito do programa ADIS.

Figura n.º 1 – Gráfico circular referente às transferências financeiras em 2003 por áreas de intervenção



O primeiro ano de execução do Programa ADIS permitiu, inevitavelmente, detectar aspectos ao nível do seu desenho e procedimentos operacionais que necessitam ser alterados, com vista à melhoria da sua eficácia. Um dos aspectos mais salientes prende-se com o prazo de

candidatura. O regulamento do Programa vigente em 2003 permitia que “a data de

³⁷ Candidaturas que até ao final do ano 2003, não apresentaram, em sede de análise, os elementos técnicos e financeiros solicitados pelo Gabinete Técnico da CNLCS, pelo que perderam a sua validade.

Documento provisório

apresentação de uma candidatura, desde que permita o cumprimento dos prazos de avaliação previstos pelo presente regulamento, não prejudica a sua avaliação por parte da CNLCS” (n.º 2 do art. 8º do regulamento do Programa ADIS). Esta regra provou não ser a mais adequada, uma vez que torna difícil o estabelecimento de prioridades, por incapacidade de comparação das candidaturas, situação hoje já ultrapassada, por homologação superior. A CNLCS está ciente da existência de outros aspectos do Programa que necessitam ser melhorados, pelo que conduzirá um estudo de avaliação do mesmo no ano de 2004.

No que concerne aos recursos financeiros atribuídos pelo Programa, foi disponibilizado em 2003, o total de 1.249.274,86 € (verbas JOKER). Este montante distribui-se da seguinte forma (tabela n.º 7):

Tabela n.º 7 – Recursos financeiros atribuídos pelo Programa ADIS

| Área de intervenção | N.º de projectos | Financiamento 2003 |
|----------------------------|-------------------------|---------------------------|
| Apoio Social | 12 | 1.110.866,33 € |
| Prevenção | 3 | 136.254,53 € |
| Formação | 1 | 2.154,00 € |
| Total | 16 | 1.249.274,86 € |

A par do financiamento atribuído à sociedade civil pelo Programa ADIS, a CNLCS apoiou, em 2003, no âmbito de protocolos anteriormente estabelecidos, a construção/remodelação de duas unidades residenciais (Lisboa e Coimbra), no montante total de 172.761,63 €. Igualmente apoiou o funcionamento de uma residência, apoio domiciliário e um centro de dia em Lisboa, no montante total de 355.011,60 €³⁸, tendo ainda disponibilizado a verba de 659,66 € para a formação profissional da equipa técnica destes serviços.

Investigação e ensino

A correcta articulação entre a investigação, o ensino e as necessidades de um determinado sector social, é considerada um factor chave para o desenvolvimento e inovação.

³⁸ Os financiamentos para construção e/ou remodelação de residências são financiamentos existentes desde 2002, no entanto o montante aqui referido diz apenas respeito ao ano de 2003.

Documento provisório

No combate à infecção pelo VIH/SIDA, a investigação é um componente prioritário, já que o conhecimento da complexidade e diversidade das causas que são obstáculo na luta contra a doença, quer no plano social, quer no plano biomédico, permite fundamentar medidas mais adequadas e eficazes. Com este objectivo, foi celebrado em Novembro de 2002, um protocolo entre a CNLCS e a Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), com vista a dotar o Governo de estudos, sectoriais ou interdisciplinares, que sirvam de apoio a uma promoção mais eficaz das medidas de combate à epidemia. No ano de 2003, foram candidatos a financiamento 27 projectos de investigação. Do total de candidaturas, foi concedido financiamento a 14 projectos, no montante de 689.260,00 €.

Para além do investimento a realizar no âmbito do protocolo celebrado com a FCT, considera-se poder existir, na área da investigação científica do VIH/SIDA, uma melhor orientação estratégica que, optimize a alocação dos recursos existentes, por um lado, e por outro, promova o desenvolvimento de mais projectos de investigação, assim como da sua qualidade, nas áreas do VIH1, VIH2, prevenção, epidemiologia e intervenção social.

São várias as instituições do ensino superior que, actualmente, desenvolvem programas de ensino pós-graduado na área do VIH/SIDA, nomeadamente, a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e a Universidade Católica Portuguesa do Porto, que demonstraram total aceitação em sede da CNLCS, o que se louva e agradece.

Apoiaremos objectivamente estes programas pós-graduados, quer a nível de bolsas de estudo, prémios de mérito, apoio logístico e subsidiaremos a publicação de trabalhos de investigação Nacional.

Cooperação e parcerias internacionais

A área de Cooperação e Relações Internacionais da CNLCS tem como finalidade assegurar a coordenação da representação portuguesa, a nível internacional, na luta contra a SIDA,

Documento provisório

em estreita articulação com o Ministério dos Negócios Estrangeiros, Direcção-Geral da Saúde e Instituto de Higiene e Medicina Tropical, de acordo com os objectivos estipulados pela política externa portuguesa.

No âmbito internacional, destaca-se o facto de Portugal ter assumido, em 2002, a presidência do Conselho de Coordenação da ONUSIDA, que veio a terminar em Junho de 2003. A partir desta data, passou a assumir o estatuto de Observador. A próxima reunião do Conselho de Coordenação terá lugar nos dias 23 e 24 de Junho de 2004, em Genebra.

Ainda no plano internacional, não se pode deixar de referir o marco que constituiu a UNGASS – Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre VIH/SIDA, em Junho de 2001, de onde resultou uma Declaração de Compromisso, cujo cumprimento deverá ser observado através de um processo de *follow-up* a nível nacional, regional e internacional.

No que concerne à União Europeia, é de referir que, actualmente, as questões relacionadas com a SIDA são tratadas no âmbito do Comité do Programa de Acção Comunitária no Domínio da Saúde Pública (2003-2008), no qual Portugal é representado pela Direcção-Geral da Saúde.

No âmbito da cooperação bilateral e, especificamente com os PALOP, a Direcção-Geral de Saúde, recorreu, pontualmente, à CNLCS para parecer técnico e envio de material informativo e/ou preventivo. Ainda neste domínio, o Programa ADIS prevê a candidatura para financiamento de projectos, desde que avalizados pelas instâncias responsáveis pelo Programa Nacional de Luta Contra a SIDA e Ministério da Saúde do País candidato, e após parecer favorável da Direcção Geral de Saúde. Não houve, até ao momento, qualquer candidatura ao abrigo deste Programa.

Em Fevereiro de 2000, foi instituída a Reunião dos Coordenadores Nacionais de Luta Contra o VIH/SIDA/IST, no âmbito da qual foi definido o Programa de Luta Contra a SIDA da Comunidade de Países de Língua Portuguesa, recentemente submetido para financiamento ao Fundo Global de Luta Contra a SIDA, Malária e Tuberculose. Aguarda-se informação dos resultados desta terceira ronda de candidaturas.

Documento provisório

A acrescentar, a CNLCS assume a representação portuguesa em várias redes europeias, de âmbito técnico – científico, cujo objectivo é criar sinergias e consensos técnicos em áreas de trabalho específicas.

Monitorização e avaliação

O crescente interesse em melhorar o desempenho e a produtividade do sector público, tem conduzido, em vários Países, a esforços direccionados para a capacitação das organizações na elaboração de projectos dotados de uma metodologia de monitorização e avaliação³⁹. Neste contexto, a direcção da CNLCS integrou na sua nova orgânica, uma Unidade de Epidemiologia, Monitorização e Avaliação, que dará suporte ou pareceres técnicos neste âmbito, de modo a garantir uma maior qualidade da informação gerada pelos diferentes projectos de intervenção realizados na luta contra o VIH.

Apesar de já existir algum investimento nesta área, a monitorização e avaliação não foram, até ao momento presente, uma prática generalizada na CNLCS, que a integra, a partir de agora como sua filosofia de base.

O desenvolvimento de um sistema de monitorização sistemático permitirá a detecção de alterações das tendências da infecção nos grupos alvos, em períodos de tempo previamente definidos (anual), e fornecerá dados comunitários locais relevantes para uma intervenção atempada.

A realização de estudos de avaliação irá permitir estudar a concepção e o desenho técnico dos programas e projectos em desenvolvimento, a sua implementação e gestão, eficiência e impacto, com vista à introdução das melhorias ou alterações que se afigurem necessárias e consequente realização das políticas que os enformam.

A concepção e desenvolvimento dos desenhos e planos de avaliação serão realizados de uma forma participada, entre aqueles que são os seus planificadores, coordenadores, profissionais de terreno e outros intervenientes, por forma a que os objectivos da avaliação

³⁹ McDonald et al.. Building evaluation capability in the public sector. *Evaluation*, vol. 9 (1), pp. 9 – 29, 2003.

Documento provisório

acompanhem o mais perto possível as preocupações de quem irá utilizar os resultados da avaliação na melhoria da sua prestação.

Os programas e projectos a avaliar serão objecto de uma selecção, uma vez que a avaliação é, em si, um exercício estratégico, no qual importa determinar prioridades. Para tanto, é necessário identificar critérios de selecção que permitam determinar quais as avaliações prioritárias a realizar, no âmbito do Plano Nacional de luta contra a SIDA.

Consideram-se os seguintes critérios na selecção dos programas e projectos a avaliar:

- Programas e projectos das áreas prioritárias estabelecidas no Plano Nacional de luta contra a SIDA.
- Programas e projectos cujo valor de investimento justifique o valor da avaliação.
- Programas e projectos dos quais exista evidência que já se encontram em estádios médios ou avançados de implementação.
- Programas e projectos que, por irem ter continuidade, podem beneficiar dos resultados da avaliação.

A finalidade última da avaliação será proporcionar conhecimento válido sobre os programas e projectos, às pessoas ou organizações com responsabilidade ou interesse na sua criação, continuação ou melhoramento. Deste modo, a CNLCS irá promover a divulgação e a discussão dos resultados da avaliação realizadas, entre todas as pessoas e organizações interessadas, com vista à máxima rentabilização da sua utilização.

SECÇÃO III | Premissas para o sucesso da implementação do Plano Nacional

A natureza holística do combate à epidemia do VIH/SIDA é uma realidade inquestionável. A intervenção nos determinantes individuais, sociais e culturais dos comportamentos de risco, o apoio e tratamento dos indivíduos infectados e a tentativa de diminuir ou eliminar a expressão pessoal, económica, social e cultural dos diferentes problemas que a infecção produz, implicam, necessariamente, a participação de diferentes sectores do Estado e da Sociedade Civil.

Os últimos anos da história da epidemia caracterizam-se pelo crescente e progressivo envolvimento das diferentes instâncias soberanas de cada País e organizações da sociedade civil, nas estratégias que visem travar a evolução da epidemia. Expressão desta realidade, foram as Sessões Extraordinárias da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA⁴⁰, que reuniram representantes de Órgãos de Soberania dos diferentes Países, bem como da Sociedade Civil, como forma de expressar e monitorizar o comprometimento mundial efectivo na luta contra a SIDA.

Cooperação intra e inter-ministerial

A natureza, o enquadramento institucional e as competências específicas da CNLCS implicam que a sua actuação seja sustentada pelos restantes organismos do Ministério da Saúde, e pelos Ministérios cuja área de actuação se relaciona directamente com a problemática da infecção pelo VIH/SIDA, nomeadamente da justiça, da Educação, da Ciência

O reconhecimento da dimensão nacional do problema impõe uma forte e resoluta determinação política, com vista a ampliar as acções de prevenção, investigação, apoio e suporte. Esta ampliação da acção só é possível se cada sector governamental reconhecer explicitamente a importância do seu papel e promover esforços com vista ao afastamento

⁴⁰ 25 a 27 de Junho de 2001 e 22 de Setembro de 2003, em Nova Iorque, EUA.

Documento provisório

das barreiras, legislativas, institucionais, financeiras e técnicas, que obviem à resolução dos problemas.

Assim, o presente Plano implica, necessariamente, o envolvimento dos diferentes sectores do Ministério da Saúde, como a Direcção-Geral da Saúde, Instituto Português do Sangue, Instituto da Droga e da Toxicoddependência, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, como parceiros na concepção e execução dos programas e projectos de saúde, no suporte à obtenção de dados passíveis de caracterizar e monitorizar a epidemia, assim como na realização dos diagnósticos de situação necessários.

De igual forma, a cooperação inter-ministerial, nomeadamente com o Ministério da Justiça, Educação, Ciência e Ensino Superior, Trabalho e Segurança Social, Negócios Estrangeiros, Economia e Secretaria de Estado da Juventude e Desportos, irá assegurar a base necessária à estruturação e implementação dos programas e projectos necessários ao combate da epidemia, quer a nível nacional, quer a nível internacional.

Assim, o nível de envolvimento que se venha a atingir, dos sectores governamentais mais ligados a esta problemática, irá determinar, sem margem para dúvida, o impacto e os resultados das diferentes iniciativas.

Neste campo, existem inúmeros exemplos de cooperação bem sucedidos, expressos quer em protocolos de colaboração, quer em parcerias ou outro tipo de colaborações mais pontuais, dos quais se dá conta, ao longo deste documento.

Cooperação com outros organismos de direito público

A cooperação com outros organismos de direito público, de que são exemplo as Ordens Profissionais, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e os Municípios, é igualmente um pressuposto fundamental, de cuja existência depende boa parte do sucesso da estratégia que agora se propõe.

Cooperação com a Sociedade Civil

As organizações da sociedade civil têm assumido um papel fundamental na luta contra o VIH/SIDA, aos mais variados níveis. A sua proximidade aos diferentes grupos alvo confere-lhes o conhecimento, em tempo real, das necessidades e problemas destes. Por decorrência, têm assumido um papel cívico de marcada importância, na defesa e promoção dos direitos dos infectados e afectados pelo VIH, nomeadamente, o reconhecimento da importância da participação da pessoa seropositiva para o VIH no planeamento e avaliação dos programas que lhe são dirigidos. A criação de serviços psicológicos, sociais e educativos, por si promovidos, permite cobrir áreas deficitárias, ou mesmo a descoberto, da acção estatal. Existindo ainda outras áreas de colaboração a referir, de que é exemplo a investigação, importa, contudo, afirmar a importância da acção organizada da sociedade civil na promoção das políticas de saúde.

A CNLCS prevê, no presente Plano Nacional, um vasto conjunto de estratégias que pressupõem o envolvimento da sociedade civil, nomeadamente, das ONG, Associações Sindicais e Patronais, Empresas e demais organizações, numa ligação que se quer bi-direccionada e participada.

SECÇÃO IV | **Metas a atingir em 2006 e estratégias globais**

Para que a CNLCS atinja as metas a que se propõe, há que delinear um conjunto de objectivos para o ano de 2004, que permita o conhecimento do padrão epidemiológico da infecção no nosso País.

Deste modo, o presente Plano Nacional apresenta as metas possíveis para o triénio 2004 – 2006, e será com base nos indicadores epidemiológicos que se alcançarem, que se reorientarão as estratégias de actuação para 2005 – 2006.

Assim, as grandes metas da CNLCS e respectivas estratégias, até ao ano de 2006, são:

Meta 1

Criar um Sistema de obtenção permanente de dados que permita a monitorização da epidemia através de indicadores epidemiológicos, o mais próximos da realidade.

Estratégias

- Estabelecer parcerias com instituições capazes de fornecer dados.
- Celebração de protocolos com grupos profissionais para a implementação de colheita sistemática e notificação de dados com representatividade nacional.

Meta 2

Aumentar em 30% o número de indivíduos que conhecem os métodos correctos de prevenção da infecção pelo VIH, e conhecem o seu estado serológico para o VIH.

Estratégias

- Trabalhar com vários parceiros com vista a identificar, desenvolver e avaliar conhecimentos sobre os riscos de infecção pelo VIH, bem como os métodos correctos para os evitar e os recursos existentes para os infectados.
- Trabalhar com os parceiros com vista a identificar, desenvolver e avaliar as barreiras que se opõem à adesão ao diagnóstico precoce do VIH.

Documento provisório

- Desenvolver programas de comunicação de acesso à rede CAD e à rede de cuidados de saúde primários e suas interfaces.
- Garantir o apoio e aconselhamento adequado aos utentes dos CAD, de modo a que usufruam de suporte psicológico e incentivos adequados à adesão terapêutica.
- Articular os Centros de Saúde e os CAD, fomentando um atendimento integrado das IST, incentivando uma uniformidade de atendimentos destes utentes no País.

Meta 3

Reduzir para metade o número de novas infecções pelo VIH, por transmissão vertical, por ano, em Portugal.

Estratégias

- Desenvolver e implementar projectos de monitorização do risco de infecção pelo VIH na gravidez, em articulação com as equipas multidisciplinares da saúde.
- Fomentar o uso de protocolos de tratamentos a nível nacional eficazes na prevenção da transmissão vertical.
- Desenvolver um projecto para a avaliação sistemática da transmissão vertical.
- Desenvolver um programa de formação para os profissionais de saúde, em parceria com as Ordens Profissionais e Sociedades Científicas.
- Promover nas Maternidades um amplo espaço de difusão de mensagens preventivas e aconselhamento à grávida, seu parceiro e familiares.

Meta 4

Manter a garantia a todos os utentes do Serviço Nacional de Saúde infectados pelo VIH/SIDA, do acesso aos cuidados de saúde adequados, de acordo com as Recomendações Internacionais nesta matéria.

Estratégias

- Assegurar que os indivíduos testados nos CAD obtenham um encaminhamento e referenciação adequado aos serviços especializados de apoio, aconselhamento e tratamento, no período tecnicamente adequado.
- Colaborar com as CDLCS e CRLCS, nos serviços de apoio e prevenção, de modo a garantir e encorajar programas que visem o aconselhamento continuado com o

Documento provisório

objectivo de evitar a transmissão, re-infecção e a co-infecção (tuberculose e hepatites).

- Desenvolver um sistema de monitorização dos infectados a nível hospitalar.
- Desenvolver o Programa dos Centros de Terapêutica Combinada, Programa de Apoio Psicossocial e Adesão Terapêutica, Programa de Laboratórios de Centralização e Referência e Programa de Aconselhamento Nutricional.
- Articular com o Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED) a gestão da política do medicamento anti-retrovírico e das infecções oportunistas.
- Elaborar e publicar recomendações terapêuticas para a área da infecção VIH/SIDA e literatura relacionada com patologias sentinela.

Meta 5

Dispor de um médico responsável pela área do VIH e IST, em 70% dos centros de saúde da rede de cuidados primários da saúde.

Estratégias

- Articular com a Direcção-Geral da Saúde, outros Departamentos do Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos e Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, com vista à criação das condições técnicas e legais necessárias.
- Criar e implementar um programa de sensibilização e formação em VIH/SIDA e IST para médicos especialistas em medicina geral e familiar.

Meta 6

Integrar as respostas sociais apoiadas financeiramente pela CNLCS na rede de cuidados continuados do Ministério da Saúde⁴¹ e nas iniciativas de acção social do Ministério da Segurança Social e do Trabalho.

Estratégias

- Apoiar novas iniciativas de apoio e suporte social para indivíduos infectados pelo VIH/SIDA, através do Programa ADIS.

⁴¹ Programa a aguardar aprovação do Ministério da Saúde.

Documento provisório

- Acompanhar o processo de criação e desenvolvimento da rede de cuidados continuados do Ministério da Saúde⁴², com vista à progressiva integração da rede nacional de apoio e suporte social para indivíduos infectados pelo VIH/SIDA.
- Implementar um Plano de Integração das respostas sociais para a problemática do VIH/SIDA, apoiadas pela CNLCS, nas iniciativas de acção social do Ministério da Segurança Social e do Trabalho.

Meta 7

Existência de legislação que proteja os direitos pessoais, sociais e económicos da pessoa seropositiva para o VIH/SIDA.

Estratégias

- Articular activamente com a Assembleia da República, entidades governamentais e parceiros da sociedade civil, com vista à identificação dos problemas legais existentes e respectivas soluções legislativas.
- Fomentar a análise da problemática jurídico-laboral associada ao VIH/SIDA.

SECÇÃO V | **Áreas prioritárias de intervenção, objectivos e estratégias para 2004**

⁴² Programa a aguardar aprovação do Ministério da Saúde.

Epidemiologia

Para 2004, importa conhecer qual a real dimensão da infecção pelo VIH no País, permitindo uma correcta padronização da epidemia e, deste modo, perspectivar as acções mais adequadas a desenvolver para que, no intervalo de tempo tão curto quanto possível, possamos progredir *“para índices próximos dos europeus”*⁴³.

Objectivos

- Criar e gerir um sistema para a obtenção permanente de dados, que represente a população geral, e os grupos populacionais mais relevantes no contexto do VIH.
- Criar e manter um sistema de monitorização e avaliação dos sistemas de dados desenvolvidos no âmbito do VIH, de modo a garantir a qualidade da informação.
- Desenvolver estudos de seroprevalência das IST.
- Produzir relatórios e/ou pareceres epidemiológicos, com base nos dados produzidos sobre os níveis de infecção pelo VIH, nos diferentes estádios da doença, para a população portuguesa.
- Promover a divulgação e a discussão dos relatórios, com vista à máxima rentabilização da sua utilização.

Estratégias

- Criar um sistema para a obtenção permanente de dados, ao nível distrital e infra-distrital, de modo a determinar a proporção de grávidas infectadas pelo VIH, de acordo com o tempo de gestação, e a taxa de cobertura da quimioprofilaxia para a infecção vertical.
- Estabelecer protocolos com as direcções Hospitalares, Maternidades e Rede de Cuidados de Saúde Primários, de modo a garantir periodicamente informação do número de novos casos VIH positivos, e novos tratamentos iniciados com anti-retrovíricos.
- Estabelecer protocolos com Associações Profissionais ou Institutos, de modo a garantir relatórios que informem a condição das IST em grupos específicos.

⁴³ De acordo com a Missão definida para a CNLCS, no n.º 3º da Resolução do Conselho de Ministros n.º 121/2003, que define uma diminuição da infecção pelo VIH/SIDA *“para índices próximos dos europeus”*.

Documento provisório

- Proporcionar apoio técnico-científico na área epidemiológica a projectos desenvolvidos por ONG, ou outras instituições de natureza privada, de modo a responder a objectivos comuns da CNLCS e da sociedade civil.

Principais métodos e resultados

- Taxa de prevalência da infecção pelo VIH nos jovens mancebos dos 18 aos 24.
Método: Estudo transversal em indivíduos do sexo masculino que completaram os 18 anos em 2003.
- Taxa de prevalência da infecção pelo VIH na gravidez.
Métodos:
 - a) Determinar o número de grávidas infectadas pelo VIH nas consultas de alto risco das maternidades do País, no ano 2004.
 - b) Identificar o número de grávidas que foram rastreadas para o VIH nas consultas pré-natal dos diversos serviços de saúde.
- Estimativa da taxa de transmissão vertical.
Método: Determinar o número de grávidas infectadas que receberam tratamento profiláctico, e estimar a taxa de transmissão vertical de acordo com *proxy* indicadores da transmissão vertical.
- Definição dos grupos de sentinela para a monitorização da transmissão heterossexual.
Método: Desenvolver uma observação sistemática das IST em grupos sentinela, representativos da população geral.
- Identificação do número de empresas com políticas e/ou regulamentos específicos para salvaguardar iguais direitos aos infectados pelo VIH.
Método: Realizar um inquérito às 100 maiores empresas em Portugal, dos sectores público e privado, sobre a existência e/ou implementação de políticas e/ou regulamentos que permitam a inserção e a não discriminação dos infectados pelo VIH.

Promoção da saúde e prevenção da Infecção pelo VIH/SIDA

Documento provisório

Tendo presente a necessidade de estabelecer um plano nacional no âmbito da prevenção do VIH/SIDA, devemos precisar a interpretação e orientação a prosseguir para o conceito de *prevenção*, a partir do qual a CNLCS orientará a política geral de intervenção nesta área.

Assim, em termos de prevenção, a CNLCS assumirá na totalidade um conjunto de objectivos pertinentes aos três níveis clássicos da estratégia preventiva – *nível primário, secundário e terciário*, objectivando, respectivamente:

- *Nível Primário* - promover a protecção da saúde por meio de intervenções pessoais e comunitárias que visem a manutenção da capacidade física e equilíbrio emocional dos indivíduos, fornecendo conteúdos informativos e esclarecendo meios operativos, adequados e suficientes, cujo objectivo final visa modificar comportamentos de risco no âmbito da transmissão do VIH e IST.
- *Nível Secundário* - adoptar um conjunto de medidas, disponibilizadas a nível individual e comunitário, ao nível da *deteção precoce* da infecção por VIH/SIDA e IST, desencadeando um conjunto de acções capazes de potenciarem os esforços iniciais de intervenção no sentido de se alcançar o restabelecimento ou reequilíbrio do estado de saúde.
- *Nível Terciário* – desenvolver e aplicar medidas disponíveis para a redução de insuficiências e incapacidades resultantes da infecção por VIH/SIDA, minorando tanto quanto possível o impacto físico, psíquico e emocional da doença, para além de promover o ajustamento do indivíduo seropositivo às consequências inevitáveis e previsíveis na área clínica, psicológica e social, tendo como linha orientadora o “estado da arte” para a patologia em causa⁴⁴.

Paralelamente, e tendo como base consensos internacionais⁴⁵, valida-se o alargamento da actuação das estratégias preventivas que devem alcançar, desejavelmente, dois patamares complementares de intervenção:

- Um patamar onde se congregam estratégias direccionadas para os indivíduos ou grupos, cumprindo objectivos de informação e modificação de comportamentos tidos como desadequados, enquanto potenciadores de riscos específicos para a saúde;

⁴⁴ Stone, Donald et al (1999). Introdução à Epidemiologia. Mc-Graw-Hill de Portugal.

⁴⁵ Krieger, Nancy (1994). Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? Social Science and Medicine, Vol. 39. N.º 7, pp. 887-903.

Documento provisório

- Um patamar onde se produzem estratégias de intervenção orientadas para a modificação das estruturas sociais, económicas, jurídicas e políticas, conformadoras do meio envolvente dos indivíduos, cuja actuação, directa ou indirecta, possibilita a emergência de situações de vulnerabilidade ou de *risco* para a saúde.

Educação em contexto escolar

Ensino Pré-Escolar, Básico, Secundário, Recorrente e de Educação e Formação Integrada

Objectivos

- Dotar os diferentes níveis de ensino com os instrumentos técnico-pedagógicos necessários ao desenvolvimento das capacidades de prevenção dos alunos, especificamente na área da infecção pelo VIH/SIDA e outras IST.
- Proporcionar aos educadores da infância e professores dos diferentes níveis de ensino as competências pedagógicas e científicas necessárias para o desenvolvimento das capacidades de prevenção dos seus alunos, especificamente na área da infecção pelo VIH/SIDA e outras IST.
- Sensibilizar e educar as crianças e os jovens na análise e compreensão das determinantes pessoais, sociais e culturais que aumentam a sua vulnerabilidade à infecção pelo VIH e outras IST.
- Proporcionar, de uma forma sistemática, informação sobre a infecção pelo VIH/SIDA, e outros temas em saúde associados, aos alunos do Ensino Recorrente e de Educação e Formação Integrada.

Estratégias

- Desenvolver, em parceria com o Ministério da Educação, instrumentos técnico-pedagógicos adequados aos currícula educativo dos diferentes níveis de ensino.⁴⁶
- Implementar e apoiar, em parceria com o Ministério da Educação, um plano de formação científico – pedagógico para o pessoal docente e não docente.
- Implementar o projecto educativo “O teatro ao serviço da prevenção da SIDA”, a nível nacional.

⁴⁶ Ao abrigo do Protocolo celebrado entre a CNLCS e o Ministério da Educação, em Fevereiro de 2001.

Documento provisório

- Sensibilizar o Ministério da Educação para a necessidade da inclusão obrigatória dos temas da sexualidade e prevenção de IST na formação inicial de educadores de infância e professores.
- Celebrar um acordo com o Ministério da Educação com vista à inclusão dos temas da sexualidade e prevenção das IST no Plano Nacional de Formação de Educadores de Infância e Professores.
- Sensibilizar o Ministério da Educação para as vantagens de creditar acções formativas apoiadas pela CNLCS, no âmbito do Plano Nacional de Formação de Educadores de Infância e Professores.
- Alargar o âmbito da distribuição da revista trimestral em saúde *Tudo Bem?*⁴⁷, por forma a abranger os alunos do Ensino Recorrente e de Educação e Formação Integrada.

Educação em contexto escolar

Ensino Superior

Objectivos

- Promover o envolvimento activo dos discentes e associações estudantis em estratégias de combate ao VIH/SIDA.
- Promover, entre os discentes, a aquisição de competências preventivas no âmbito do VIH/SIDA e IST, atitudes de tolerância e combate a processos de estigmatização e discriminação para com indivíduos VIH+.

Estratégias

- Implementar, nos distritos com instituições de ensino superior, um plano de formação orientado para discentes (membros das associações de estudantes e residentes universitários) que os capacite para informarem e aconselharem em VIH e IST os seus pares.

⁴⁷ A revista "Tudo Bem?" é uma revista trimestral, em saúde dos adolescentes, de âmbito nacional, editada em parceria entre a Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA e a Direcção-Geral de Saúde.

Documento provisório

- Apoiar, de acordo com os recursos existentes, um conjunto de iniciativas e/ou projectos dinamizados por associações estudantis, num conceito de cidadania, à difusão da mensagem ao todo Nacional.

Educação fora do contexto escolar

Objectivos

- Promover uma colaboração estruturada e sistemática⁴⁸ entre a CNLCS e o Instituto Português da Juventude (IPJ), ao nível dos programas de saúde sexual e reprodutiva e outras estratégias educativas dirigidas aos jovens, promovidos por cada um.
- Promover o acesso, de forma sistemática, a informação e conhecimentos sobre a infecção pelo VIH/SIDA, e outros temas em saúde associados.
- Promover o desenvolvimento, a complementaridade e a qualidade técnico – científica dos projectos de promoção da saúde sexual juvenil fora do contexto escolar.
- Aumentar em 30% o número de organizações membros do FORUM – Rede Nacional para a Promoção da Saúde Sexual Juvenil fora do Contexto Escolar.
- Sensibilizar e informar o público, nacional e estrangeiro, que participa nos mega-eventos *EURO 2004* (campeonato europeu de futebol) e *ROCK in RIO* (festival de música) para a prevenção da transmissão da infecção pelo VIH/SIDA e outras IST.

Estratégias

- Reforçar e alargar o âmbito de intervenção dos projectos em saúde promovidos pela CNLCS e IPJ, com especial atenção aos grupos populacionais tidos como mais vulneráveis, bem como otimizar os projectos já existentes, através do apoio técnico-científico especializado aos diferentes projectos, e desenvolvimento das articulações inter-institucionais consideradas necessárias ao aumento da qualidade dos serviços em saúde prestados aos jovens.
- Editar e distribuir, fora do contexto escolar, 4 números da revista em saúde para adolescentes *Tudo Bem?*.

⁴⁸ Ao abrigo do protocolo celebrado entre a CNLCS e o IPJ, no dia 1 de Dezembro de 2003.

Documento provisório

- Realizar o encontro anual nacional do FORUM – Rede Nacional para a Promoção da Saúde Sexual Juvenil fora do Contexto Escolar.
- Realizar 2 encontros temáticos do FORUM – Rede Nacional para a Promoção da Saúde Sexual Juvenil fora do Contexto Escolar, em temas especializados da saúde sexual juvenil e prevenção do VIH.
- Editar e distribuir o Boletim anual do FORUM - Rede Nacional para a Promoção da Saúde Sexual Juvenil fora do Contexto Escolar.
- Conceber e distribuir materiais informativos multilíngues e meios de prevenção nos mega-eventos *EURO 2004* (campeonato europeu de futebol) e *ROCK in RIO* (festival de música), em parceria com as agências promotoras dos mesmos.

Heterossexuais

Objectivos

- Sensibilizar e informar a população heterossexual, de acordo com a sua estrutura etária, para os factores que aumentam a vulnerabilidade à infecção pelo VIH/SIDA e para as medidas preventivas passíveis de adoptarem.
- Identificar as principais barreiras ao uso do preservativo feminino.
- Facilitar a troca de conhecimentos, experiências e recursos, bem como divulgar informação, conhecimento especializado e instrumentos de trabalho nesta área específica.

Estratégias

- Realizar uma campanha específica para a mulher, de sensibilização e informação para a maior vulnerabilidade desta face à infecção pelo VIH.
- Prosseguir as parcerias já encetadas com OG e ONG no sentido de se apoiarem e dinamizarem programas de informação e formação conducentes ao esclarecimento de mitos ou distorções sobre o risco de infecção por VIH e IST.
- Promover parcerias específicas com OG e ONG na área da promoção da igualdade de direitos e exercício de cidadania.
- Realizar um estudo sobre a aceitação do preservativo feminino pela mulher.

Documento provisório

- Realizar um encontro técnico – científico sobre a feminização da epidemia do VIH/SIDA, por ocasião do Dia Internacional da Mulher.

Grupos específicos

Pessoas que se prostituem

Objectivos

- Prosseguir e reforçar as políticas de redução de danos especificamente desenhadas para pessoas que se prostituem.
- Informar e educar as pessoas que se prostituem para a prevenção da infecção pelo VIH/SIDA e outras IST, e para as medidas preventivas passíveis de adoptarem.
- Facultar o acesso a meios preventivos do VIH/SIDA.

Estratégias

- Conceber e implementar, a nível local, projectos de prevenção primária da infecção pelo VIH/SIDA junto de pessoas que se prostituem.
- Articular com instituições governamentais e não governamentais a gestão e implementação de “apoios de proximidade” ao nível de práticas de sexo seguro, desenvolvimento de estratégias de negociação de sexo seguro, sensibilização para o rastreio de VIH e IST's.
- Editar e distribuir uma brochura específica para pessoas que se prostituem, em saúde e prevenção do VIH/SIDA.
- Produzir e distribuir preservativos e saquetas de gel lubrificante.

Documento provisório

Minorias étnicas, migrantes e populações com elevada mobilidade

Objectivos

- Promover e apoiar a intervenção das associações de migrantes na área da prevenção do VIH/SIDA.
- Divulgar amplamente junto das comunidades migrantes material informativo sobre o VIH.
- Sensibilizar e informar os camionistas de longo curso para a prevenção da infecção pelo VIH/SIDA e outras IST e para as medidas preventivas passíveis de adoptarem.
- Facultar o acesso a meios preventivos do VIH/SIDA.

Estratégias

- Realização de um estudo de caracterização das organizações de imigrantes, dos serviços que prestam, e da sua receptividade à intervenção na área do VIH/SIDA, junto das populações que servem.
- Distribuição do folheto “Não pise o risco. Use o preservativo”, junto de camionistas de longo curso, em parceria com a Confederação Geral dos Trabalhadores Portugueses – Inter-Sindical e o Sindicato dos Trabalhadores dos Transportes Rodoviários e Afins.
- Negociação e celebração de acordos com as Administrações dos Portos sobre métodos de distribuição de preservativos e material informativo, junto das suas populações flutuantes.

Toxicodependentes por via endovenosa

Objectivos

- Identificar as zonas de carência na cobertura actual do Programa de Troca de Seringas e as medidas de resolução adaptadas à realidade da zona em causa.

Documento provisório

- Melhorar a adequação do Kit “Prevenção SIDA”, com vista à prevenção e redução de riscos e minimização de danos individuais, junto da população toxicodependente.⁴⁹
- Reforçar as competências técnicas dos profissionais que formam as equipas de rua apoiadas pelo IDT, na área do VIH/SIDA.
- Reforçar as competências técnicas dos profissionais das farmácias que participam no Programa Troca de Seringas, na área do VIH/SIDA.

Estratégias

- Elaborar um estudo, em parceria com a ANF e IDT, que identifique, em termos geográficos, as zonas de carência da actual cobertura nacional do Programa de Troca de Seringas e as medidas de resolução adaptadas à zona em causa.
- Alterar a composição do Kit “Prevenção SIDA”⁵⁰, com a introdução de dois novos elementos: um recipiente para a preparação da substância a injectar e ácido cítrico.
- Realizar, em parceria com o IDT, um diagnóstico de necessidades de formação profissional junto dos técnicos que formam as equipas de rua apoiadas pelo IDT, no âmbito da prevenção da infecção pelo VIH/SIDA e conceber um plano nacional de formação profissional dirigidos aos mesmos.
- Realizar, em parceria com a ANF, um diagnóstico de necessidades de formação profissional junto dos técnicos das farmácias que participam no Programa de Troca de Seringas, âmbito da prevenção da infecção pelo VIH/SIDA e conceber com a ANF, um plano nacional de formação profissional dirigidos aos mesmos.

⁴⁹ Segundo a recomendação do Estudo “Hábitos de consumo dos toxicodependentes: avaliação da necessidade de alteração do Kit e utilização de outras formas de distribuição”, conduzido pelo Centro de Estudos de Farmacoepidemiologia da Associação Nacional de Farmácias.

⁵⁰ Actualmente, o Kit “Prevenção SIDA” integra os seguintes elementos: 2 seringas, 2 toalhetes desinfectantes, 1 preservativo, 1 ampola de água bidestilada, 1 filtro e 1 folheto informativo de redução de danos.

Documento provisório

População prisional

Objectivos

- Apoiar técnica, científica e materialmente a aplicação da Lei n.º 170/99, de 18 de Setembro (Adopção de medidas de combate à propagação de doenças infecto-contagiosas em meio prisional).
- Promover, em articulação com a Direcção-Geral dos Serviços Prisionais, a implementação de centros de terapêutica combinada⁵¹ em meio prisional.
- Promover e apoiar um conjunto de estratégias de sensibilização e formação a aplicar em meio prisional (população reclusa e corpo de segurança), conducentes à aquisição de competências preventivas no âmbito do VIH/IST.
- Sistematizar os procedimentos já desenvolvidos com sucesso em meio prisional, no âmbito da problemática VIH/SIDA e IST, bem como avaliar os principais recursos neles empenhados.
- Sinalizar um conjunto de insuficiências detectadas no âmbito da formação já desenvolvida em meio prisional e que se possam constituir em *handicaps* significativos para o desenvolvimento de estratégias de prevenção a implementar em meio prisional;
- Clarificar, em colaboração com a Direcção-Geral dos Serviços Prisionais, a situação epidemiológica para o VIH/SIDA e IST em meio prisional.
- Articular com os Serviços de Saúde dos Estabelecimentos Prisionais um conjunto de boas práticas facilitadoras de adesão à terapêutica HAART e monitorização dos efeitos secundários, quando prescrita a reclusos VIH+.

Estratégias

- Celebrar acordos com os parceiros estratégicos para a implementação dos centros de terapêutica combinada em meio prisional.
- Celebrar acordos com os parceiros estratégicos para realização de estudos epidemiológicos em meio prisional.
- Realizar um diagnóstico de necessidades de formação profissional junto dos profissionais dos estabelecimentos prisionais.

⁵¹ Programa de tratamento sob observação directa com antibacilares, metadona e terapêutica anti-retrovírica.

Documento provisório

- Celebrar protocolos para implementação de planos de formação dirigidos à população reclusa e corpo de segurança, preferencialmente pela metodologia de educação pelos pares.
- Distribuir material informativo sobre a prevenção do VIH/SIDA e IST.

Homossexuais

Objectivo

- Aumentar o acesso da população homossexual a meios preventivos do VIH/SIDA.

Estratégia

- Produção e distribuição do Kit +, contendo os seguintes elementos: 1 preservativo forte e 1 saqueta de gel lubrificante.

Meio laboral

Objectivos

- Promover políticas de prevenção do VIH em meio laboral, com a colaboração das entidades empregadoras, que incluam o combate a situações de discriminação e estigmatização dos trabalhadores seropositivos para o VIH.
- Promover o conhecimento e a aplicação por parte das Empresas, Associações Sindicais, Associações Patronais, etc. dos Princípios da Declaração Europeia sobre VIH/SIDA em Meio Laboral e do Código de Boas Práticas da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre o VIH/SIDA em meio laboral.
- Promover a aplicação efectiva de políticas de prevenção e de não discriminação face ao VIH/SIDA em meio laboral.
- Aumentar em 50% o número de acções de formação realizadas pela Bolsa de Formadores em Meio Laboral, promovida pela CNLCS.

Documento provisório

Estratégias

- Publicação e distribuição de uma brochura que contenha os Princípios da Declaração Europeia sobre o VIH/SIDA em meio laboral.
- Publicação e distribuição do Código de Boas Práticas da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre o VIH/SIDA em meio laboral.
- Realização de um Encontro com as Confederações Patronais e Representantes dos Trabalhadores, com o objectivo de apresentar e discutir o Código de Boas Práticas da OIT e elaborar o Manifesto “VIH/SIDA no meio laboral”, a apresentar publicamente no Dia Internacional do Trabalhador.
- Publicação de um manual de formação sobre o VIH/SIDA em meio laboral e sua distribuição junto dos departamentos de formação e gestão de recursos humanos das empresas e de outras entidades empregadoras.
- Criação de uma Plataforma “Meio Laboral e VIH/SIDA”, constituída por Empresas, Associações Sindicais e Patronais, etc., que defina um modelo de intervenção a seguir, e fomente a sua aplicação pelos respectivos membros.
- Definição de uma política de prevenção e de não discriminação face ao VIH/SIDA, e sua integração como componente do processo de Certificação da Qualidade das Empresas, assegurado pelo Ministério da Segurança Social e do Trabalho.
- Disponibilização de um pacote de serviços informativos e formativos a Grandes Empresas na área da prevenção do VIH/SIDA em meio laboral.

Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH

Objectivos

- Sensibilizar e informar a população em geral e os grupos mais vulneráveis à problemática da Infecção pelo VIH para a importância do teste VIH e para a utilização dos CAD, enquanto recurso em saúde.
- Promover o acesso ao teste de detecção precoce do VIH/SIDA junto de populações mais vulneráveis à infecção pelo VIH/SIDA e outras IST, e com maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde.
- Promover a melhoria da qualidade técnica dos procedimentos internos dos CAD.

Documento provisório

- Reforçar as competências técnicas dos recursos humanos dos CAD, objectivando um processo de certificação comum de conhecimentos e procedimentos, que permita a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.
- Promover e melhorar a qualidade dos processos de referenciamento dos utentes dos CAD.

Estratégias

- Lançar uma campanha que sensibilize e informe para a importância do teste VIH e sobre os CAD, enquanto recursos de saúde.
- Lançar uma campanha para emigrantes que sensibilize e informe para a importância do teste VIH e sobre os CAD.
- Lançar, a nível distrital, campanhas que sensibilizem e informem para a importância do teste VIH e para os CAD, enquanto recursos de saúde.
- Desenvolver, a nível distrital, utilizando estratégias de proximidade a grupos específicos, ou no espaço físico dos CAD, acções de sensibilização e informação para a importância do teste VIH e para os CAD, enquanto recursos de saúde.
- Colocar em funcionamento três CAD em unidade móvel – Lisboa, Porto e Faro - através do estabelecimento de protocolo entre a CNLCS e as CDLCS respectivas.
- Proporcionar à totalidade dos Técnicos de Saúde que prestam serviço nos CAD, formação profissional especializada na área do aconselhamento e realização de testes do VIH/SIDA.
- Elaborar um Manual de Procedimentos em aconselhamento e encaminhamento em VIH/SIDA, aspectos laboratoriais e ético-legais, a disponibilizar, primariamente a todos os CAD em funcionamento.
- Celebrar protocolos de referência entre as CDLCS, Administrações Regionais de Saúde (ARS), Sub-Regiões de Saúde e Hospitais de Referência, que estabeleçam os procedimentos de encaminhamento por parte dos profissionais dos CAD, dos utentes seropositivos para o VIH para os respectivos serviços, nomeadamente, as consultas de especialidade.
- Celebrar protocolos de referência entre as CDLCS, Segurança Social, ONG e outras entidades que prestem serviços na área psicossocial, que estabeleçam os procedimentos de encaminhamento por parte dos profissionais dos CAD, dos utentes seropositivos para o VIH para os respectivos serviços.

Cuidados de saúde primários

Objectivos

- Sensibilizar os profissionais dos cuidados de saúde primários para a importância da sua prestação no âmbito do VIH/SIDA.
- Dotar os profissionais dos cuidados de saúde primários de competências técnicas na área do VIH/SIDA.
- Melhorar o processo de sinalização e referência dos indivíduos infectados pelo VIH/SIDA no âmbito das diferentes redes do Serviço Nacional de Saúde.

Estratégias

- Criação e implementação de um programa de sensibilização e formação em VIH/SIDA e IST para médicos especialistas, em medicina geral e familiar, em articulação com as Ordem dos Médicos, Sociedades Médicas, Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar e Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da SIDA.
- Realização do 1º Congresso Anual Nacional em VIH/SIDA e outras IST dirigido a profissionais de saúde envolvidos na rede de cuidados de saúde primários.
- Criar e operacionalizar um sistema de referência entre os cuidados de saúde primários e a rede de cuidados hospitalares, específico para indivíduos infectados pelo VIH/SIDA.

Informação, comunicação e meios de prevenção

Objectivos

- Fomentar o acesso à informação sobre o VIH/SIDA, nas suas diferentes vertentes.
- Proporcionar o acesso à informação, conhecimento especializado e instrumentos de trabalho a pessoas e organizações que desenvolvem trabalho na área do VIH/SIDA.
- Melhorar o acesso da população em geral ao preservativo, enquanto meio de prevenção da transmissão do VIH.
- Difundir informação, conhecimento e resultados da actividade da CNLCS e de outros temas associados a esta problemática.

Estratégias

- Distribuição gratuita de brochuras informativas e pedagógicas sobre a infecção pelo VIH e temas associados.
- Publicação e distribuição de monografias, linhas de orientação e instrumentos de trabalho em diferentes áreas temáticas da prevenção do VIH/SIDA.
- Gestão e desenvolvimento do Centro de Documentação e Informação da CNLCS, enquanto serviço informativo e documental, aberto ao público.
- Distribuição gratuita, através das organizações que lidam directamente com a população, de preservativos, enquanto meio de prevenção da transmissão do VIH.
- Reestruturação e manutenção da página oficial da CNLCS na Internet.

Apoio e suporte social

Objectivos

- Identificar e caracterizar a população infectada pelo VIH que necessita de apoio social e económico.
- Promover a criação e a diversidade de respostas sociais na área da infecção pelo VIH/SIDA, em articulação com ONG e outras entidades de direito privado.

Documento provisório

- Promover a integração das respostas sociais apoiadas pela CNLCS nos serviços oficiais, por forma à sua progressiva normalização e garantia de sustentabilidade futura.
- Sensibilizar e informar a comunidade em geral e as instituições com competências a nível da acção social para os direitos da pessoa seropositiva para o VIH/SIDA e da sua família.

Estratégias

- Realizar, em parceria com a Segurança Social e com os Serviços Sociais dos hospitais, um diagnóstico da população infectada pelo VIH que necessita de apoio social e económico.
- Reforçar a rede nacional de apoio e suporte social para indivíduos infectados pelo VIH/SIDA, através do Programa ADIS.
- Acompanhar o processo de criação e desenvolvimento da rede de cuidados continuados do Ministério da Saúde⁵², com vista à progressiva integração nesta, da rede nacional de apoio e suporte social para indivíduos infectados pelo VIH/SIDA.
- Iniciar a implementação de um Plano de Integração Progressiva das respostas sociais para a problemática do VIH/SIDA, apoiadas pela CNLCS, nas iniciativas de acção social do Ministério da Segurança Social e do Trabalho.

Apoio e suporte hospitalar

Objectivos

- Enquadrar indivíduos toxicod dependentes de opiáceos, infectados pelo VIH/SIDA e com/sem Tuberculose, em programas de tratamento sob observação directa com anti-retrovíricos, antibacilares e metadona, dirigidos por equipas multidisciplinares

⁵² Programa a aguardar aprovação pelo Ministério da Saúde.

Documento provisório

(infecciólogista, pneumologista, psiquiatra, psicólogo, farmacêutico, técnico de serviço social, enfermeiro e animador sócio-cultural)⁵³.

- Integrar os indivíduos infectados pelo VIH em programas psico-educativos de tratamento sob acompanhamento / aconselhamento de infecciólogista, farmacêutico, psicólogo, enfermeiro e técnico de serviço social, possibilitando a monitorização, a avaliação e a maximização da adesão terapêutica do infectado VIH/SIDA.
- Melhorar a qualidade e a esperança de vida dos indivíduos infectados pelo VIH/SIDA, através da implementação correcta de cuidados de saúde na vertente alimentação / nutrição.
- Alterar, de forma programada e consequente, a classificação legal da SIDA, de forma a incluí-la no grupo de doenças crónicas, possibilitando o acesso gratuito a medicação imprescindível (não anti-retrovírica) no tratamento da infecção pelo VIH/SIDA.
- Normalizar a legislação relativa à utilização de anti-retrovíricos no que respeita à introdução de novos fármacos das diferentes classes terapêuticas.

Estratégias

- Planear de forma centralizada, e por objectivos, a criação, a nível nacional, de centros de terapêutica combinada em meio hospitalar, nos distritos mais afectados – Porto, Coimbra, Setúbal, Lisboa e Faro – com base numa estratégia comum entre os serviços de infecciologia, centros de diagnóstico pneumológico (CDP) e centros de apoio a toxicodependentes (CAT).
- Planear de forma centralizada, e por objectivos, a criação de seis centros envolvidos no programa de adesão terapêutica e apoio psicossocial.
- Estabelecimento de um protocolo com três unidades hospitalares (norte, centro e sul) para a instalação dos respectivos laboratórios de centralização e referência.
- Realização de um estudo de levantamento de necessidades para a integração na prática clínica da monitorização da concentração plasmática de fármacos (TDM) e da diversidade genética do VIH.
- Realização de um estudo de levantamento das necessidades nacionais para a inclusão de nutricionistas nos Serviços de Infecciologia.

⁵³ Proposta baseada na evidência dos resultados positivos da experiência conduzida no Hospital de Joaquim Urbano, Porto, nomeadamente aumento da adesão terapêutica, diminuição da mortalidade e morbilidade e diminuição das resistências aos antibióticos.

Documento provisório

- Realização de um estudo de impacte prévio à declaração oficial da cronicidade da SIDA (regulamentação dos benefícios).
- Apresentação de uma proposta para a declaração oficial da SIDA enquanto doença crónica.
- Revogação do Despacho n.º 280/96, de 12 de Outubro, que regulamenta a política do medicamento anti-retrovírico.
- Apresentação de uma proposta global para a política do medicamento anti-retrovírico, em articulação com o Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento.
- Publicação e distribuição de Recomendações Terapêuticas produzidas pela CNLCS, em articulação com parceiros especializados.

Apoio à sociedade civil

Objectivos

- Prosseguir e reforçar as áreas de intervenção definidas no Programa ADIS.
- Promover uma maior eficiência e impacte do Programa ADIS.

Estratégias

- Implementação da 2ª fase do Programa ADIS.
- Realização de um estudo de avaliação do Programa ADIS.
- Fomentar a articulação com as CDLCS e CRLCS no âmbito do acompanhamento e avaliação dos projectos locais.
- Celebrar protocolos de trabalho com outras entidades governamentais que igualmente financiem a acção social e a saúde, de forma a evitar a sobreposição de projectos com fins similares na mesma área geográfica e a duplicação de financiamento público.

Investigação e ensino

Objectivos

- Definir linhas de investigação e desenvolvimento científico na área do VIH/SIDA adequadas às necessidades nacionais.
- Optimizar os processos de investigação e desenvolvimento na área do VIH/SIDA, de forma a maximizar os recursos disponíveis.
- Potenciar a articulação interinstitucional nas áreas da investigação e desenvolvimento científico para o VIH/SIDA.
- Contribuir para que os programas de ensino pós-graduado na área do VIH/SIDA correspondam às reais necessidades nacionais.
- Contribuir para uma oferta equilibrada de formação na área do VIH/SIDA, por forma a maximizar os recursos disponíveis.
- Fomentar o acesso ao ensino pós-graduado em VIH/SIDA aos profissionais da saúde, educação e acção social.
- Dotar profissionais de saúde, juristas e membros de ONG de competências específicas na área do direito biomédico.
- Apoiar o acesso e a divulgação documental na área do VIH/SIDA.

Estratégias

- Implementação da 2ª fase do Programa de Financiamento “Projectos de Investigação dirigidos à Prevenção, Inserção Social e Avaliação no âmbito do combate à SIDA”, no âmbito do protocolo celebrado entre a Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT) e a CNLCS.
- Atribuição do Prémio Anual “Dr. José Luís Champalimaud”.
- Estabelecer parcerias de molde a fomentar a formação pós-graduada em áreas transdisciplinares, com o apoio das Ordens Profissionais e das Universidades.
- Disponibilização de apoio técnico – científico e material às coordenações científicas dos cursos pós-graduados.
- Atribuição de prémio de mérito científico aos trabalhos de investigação e desenvolvimento pós-graduado no âmbito do VIH/SIDA.

Documento provisório

- Atribuição de 10 bolsas de estudo a alunos de pós-graduação e/ou mestrado na área do VIH/SIDA.
- Celebração do protocolo entre a CNLCS e o Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.
- Criação na página da Internet da CNLCS de um acesso diferenciado e gratuito a revistas científicas, para investigadores e profissionais da área do VIH/SIDA.

Cooperação e parcerias internacionais

Objectivos

- Promover a articulação com as diversas instituições nacionais envolvidas na temática do VIH/SIDA, e que possuem competências de representação internacional.
- Promover a plena cooperação e colaboração portuguesa, por forma a dar resposta aos compromissos assumidos junto dos organismos internacionais competentes na matéria.
- Aprofundar, através do cumprimento da Agenda Internacional, a participação portuguesa.
- Desenvolver acções de cooperação e de intercâmbio de experiências com outros Países.
- Participar activamente, a nível europeu e internacional, na definição de políticas e estratégias na área do VIH/SIDA e IST, designadamente nas redes de trabalho com intervenção nesta área.

Estratégias

- Criação de um Grupo de Trabalho entre os vários parceiros nacionais, nomeadamente a Direcção-Geral da Saúde e o Instituto de Higiene e Medicina Tropical, que estabeleça os planos de intervenção nesta área.
- Assegurar a representação em instâncias internacionais: ONUSIDA, através de políticas concertadas e do seguimento de estratégias propostas pela OMS; Comissão Europeia, através das Directivas Comunitárias e Grupo Horizontal, e Organização Mundial de Saúde, através das coordenadas da Autoridade Mundial de

Documento provisório

Saúde para a Autoridade Nacional (no caso, DGS) e transposição de linhas de orientação a nível nacional.

- Desenvolver a cooperação bilateral e multilateral, com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), o que implica apoiar, após implementação no território nacional, projectos junto dos PALOP – em colaboração com a CPLP – em parceria com empresas portuguesas e multinacionais sediadas nesses Países africanos e estabelecer acordos de cooperação bilateral, em estreita colaboração com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical.
- Cooperar com as organizações e instituições homólogas, junto da CPLP, e apoio e colaboração em projectos especiais de carácter internacional de iniciativa bi e multilateral.
- Prosseguir a representação portuguesa no *EUROPEER* – Plano Europeu para a Promoção das Iniciativas de Educação Pelos Pares desenvolvidas por Jovens, na área da Prevenção VIH/SIDA.
- Acompanhar o processo de fusão das redes europeias “*AIDS & Mobility*” e “*European Information Centre AIDS & Youth*”, ambas coordenadas pelo *Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention*, Holanda.
- Acompanhar o processo de fusão da Rede Europeia “*SIDA e Hepatites nas Prisões*” e “*Toxicodependência em Meio Prisional*”.

Monitorização e avaliação

Monitorização

Objectivos

- Desenvolver um sistema de monitorização, que permita a detecção de alterações das tendências da infecção nos grupos alvos, em períodos de tempo previamente definidos (anual), e que forneça dados comunitários locais relevantes para uma intervenção atempada.
- Desenvolver sistemas de monitorização da actividade dos principais programas e projectos promovidos pela CNLCS.

Documento provisório

Estratégias

- Criação e manutenção de um sistema de monitorização, que permita a detecção de alterações das tendências da infecção nos grupos alvos, em períodos de tempo previamente definidos (anual), e que forneça dados comunitários locais relevantes para uma intervenção atempada.
- Criação e manutenção de sistemas de monitorização dos principais programas e projectos promovidos pela CNLCS.

Avaliação

Objectivos

- Proporcionar conhecimento válido sobre os programas e projectos desenvolvidos pela CNLCS ou financiados por esta, às pessoas ou organizações com responsabilidade ou interesse na sua continuação ou melhoramento.
- Identificar e testar indicadores, modelos e metodologias de avaliação dos programas e projectos desenvolvidos pela CNLCS ou financiados por esta.
- Promover a melhor utilização dos resultados das avaliações para a continuação ou melhoramento dos programas e projectos.
- Promover e garantir a qualidade técnico – científica das avaliações realizadas.

Estratégias

- Realizar estudo e pesquisa com vista à identificação de indicadores de avaliação, e implementar modelos e metodologias de avaliação dos programas e projectos, priorizados para avaliar.
- Desenvolver, em parceria com as diferentes organizações intervenientes nos programas e projectos, os planos de avaliação dos mesmos.
- Divulgar os produtos da avaliação, nomeadamente, relatórios, documentos específicos para a Internet, apresentações ou comunicações, folhas informativas, etc., entre todas as pessoas e organizações interessadas.

Documento provisório

- Criar e desenvolver uma rede de apoio e supervisão técnica ao desenvolvimento das avaliações, pelo estabelecimento de colaborações com especialistas da área, e/ou protocolos de colaboração com departamentos de investigação, nacionais ou estrangeiros.

Recursos humanos

Recursos humanos da CNLCS

Para a concretização do Plano proposto, a CNLCS deverá dispor de:

Unidade de Epidemiologia, Monitorização e Avaliação

2 Técnicos Superiores
1 Técnico

Unidade de Apoio e Suporte Social

2 Técnicos Superiores

Unidade de Prevenção

6 Técnicos Superiores

Unidade de Investigação e Ensino

1 Técnico Superior

Unidade de Apoio e Suporte Hospitalar

1 Técnico Superior

Unidade de Comunicação

3 Técnicos Superiores
1 Assistente Administrativo

Unidade de Programas Especiais Direccionados

1 Técnico Superior

Unidade de Assessoria ao Encarregado de Missão

3 Técnicos Superiores

Unidade de Administração

1 Técnico
2 Assistentes Administrativos
1 Telefonista
1 Auxiliar Administrativo
2 Motoristas de Ligeiros

Unidade Financeira

2 Técnicos Superiores
1 Técnico

Núcleos Piloto

3 Técnicos Superiores

Secretariado

1 Técnico
3 Assistentes Administrativos

Recursos humanos das CDLCS e CRLCS

A composição das CDLCS e das CRLCS foi já referenciado na Secção I, no Capítulo “Política de descentralização”, dando-se conta da composição das mesmas. Para além dos representantes dos diferentes sectores que integram as Comissões, a implementação do

Documento provisório

Plano Nacional a nível distrital contará ainda com os técnicos de saúde que prestam serviço nos Centros e Aconselhamento e Detecção Precoce para o VIH.

Recursos humanos das organizações parceiras

Dada a extensão do trabalho em parceria a encetar, não se pode deixar de referir, neste Plano, a importância do capital técnico e científico assegurado por profissionais e voluntários de outras organizações.

Recursos financeiros

A CNLCS é financiada pelo Orçamento do Estado (OE) e por 25% dos resultados líquidos da exploração do JOKER, de acordo com o Decreto-lei n.º 421/93, de 21 de Dezembro.

Para o ano de 2004, a CNLCS conta com um orçamento global no valor de 12.514.802,30 € (doze milhões, quinhentos e catorze mil, oitocentos e dois Euros e trinta Cêntimos), sendo que 2.394.230,27 € (dois milhões, trezentos e noventa e quatro mil, duzentos e trinta Euros e vinte e sete Cêntimos) provêm do OE, e 10.120.572,03 € (dez milhões cento e vinte mil quinhentos e setenta e dois Euros e três Cêntimos) provêm do JOKER.

Plano Nacional de Luta Contra a SIDA 2004

Documento provisório

O orçamento distribui-se da seguinte forma (Tabela n.º 8):

Tabela n.º 8 – Orçamento da CNLCS para o ano 2004

| | |
|--|------------------------|
| Epidemiologia, monitorização e avaliação | 866.900,00 € |
| Promoção da saúde e prevenção da infecção VIH/SIDA | 5.131.023,07 € |
| Apoio e suporte social | 390.700,00 € |
| Apoio e suporte hospitalar | 650.000,00 € |
| Investigação e ensino | 700.000,00 € |
| Programas direccionados & Cooperação Internacional | 105.000,00 € |
| Programa de financiamento ADIS | 2.500.000,00 € |
| Política de descentralização (CDLCS e CRLCS) | 390.000,00 € |
| Administração | 92.127,00 € |
| Despesas de funcionamento | 1.689.052,23 € |
| Total | 12.514.802,30 € |

A CNLCS prevê ainda a utilização de verbas provenientes do Fundo Social Europeu, ao abrigo dos Programas de Financiamento em Saúde.

ANEXO I – SIGLAS UTILIZADAS

ACIME – Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas
ANF – Associação Nacional das Farmácias
ARS – Administração Regional de Saúde
CAD – Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce para o VIH
CAT – Centro de Apoio à Toxicodependência
CDLCS – Comissão Distrital de Luta Contra a SIDA
CNLCS – Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA
CPLP – Comunidade de Países de Língua Portuguesa
CRLCS – Comissão Regional de Luta Contra a SIDA
CRS – Complexo Relacionado com a SIDA
CVEDT – Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis
DGS – Direcção-Geral da Saúde
IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência
IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
IPDT – Instituto Português da Droga e da Toxicodependência
IPJ – Instituto Português da Juventude
IST – Infecção Sexualmente Transmissível
OE – Orçamento do Estado
OG – Organização governamental
OIT – Organização Geral do Trabalho
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização não governamental
ONUSIDA – Programa das Nações Unidas Contra a SIDA
PA – Portador Assintomático
PALOP – País Africano de Língua Oficial Portuguesa
SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras
SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SNS – Serviço Nacional de Saúde
TAR – Terapêutica Anti-retrovírica
UDI – Utilizadores de Drogas Injectáveis
VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana