

# Fast-Track Cities

(LISBOA | PORTO | CASCAIS)

2017





# Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH

RELATÓRIO



**AUTOR**

Grupo de Trabalho para definir uma Estratégia Integrada para a Eliminação da Epidemia de VIH e SIDA nas Cidades de Cascais, Lisboa e do Porto (Despacho n.º 5216/2017, de 12 de junho).

**COORDENADOR EXECUTIVO**

Kamal Mansinho

Lisboa, novembro 2017



# ÍNDICE

\_Toc499799767

<b>Sumário Executivo .....</b>	<b>9</b>
<b>I. Cidades, Saúde e Comunidade - triangulação de esforços na via rápida para acabar com a epidemia VIH: enquadramento, definição e discussão de conceitos.....</b>	<b>13</b>
Incubadora criativa - três cidades, três visões, três realidades distintas para uma meta comum: eliminar a epidemia de VIH.....	14
A cidade: a equação urbana da saúde .....	14
A saúde: a equação da saúde pública .....	20
As métricas: o desafio maior .....	25
<b>Eliminação da transmissão de VIH em Cascais, Lisboa e Porto .....</b>	<b>27</b>
90-90-90: a dialética entre operacionalização e evidência epidemiológica e científica.....	27
Particularidades da epidemia urbana de VIH em Portugal: os principais pilares de intervenção .....	32
Candidatura das cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH .....	36
<b>Oportunidades e recomendações.....</b>	<b>39</b>







# Sumário Executivo

*“As estruturas primordiais e as imagens orientadoras do futuro não são propriedade de um indivíduo, mas obedecem a padrões de relação em forma de diálogo...”*

*“Através do diálogo, novos conhecimentos e novas imagens vão sendo perseverantemente revelados.”*

*David Cooperrider e Suresh Srivastva.*

Há um amplo reconhecimento na comunidade internacional e nacional de que os compromissos assumidos pelos Presidentes das Câmaras Municipais de muitas cidades, em todo o mundo, ao abrigo da Declaração de Paris de 2014, representam um contributo determinante para alcançar os objetivos das “Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH”.

A iniciativa “Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH”, lançada pela Declaração de Paris em 2014, no dia mundial da luta contra a SIDA, é uma rede de parceria mundial de cidades com quatro entidades principais: Associação Internacional de Prestadores de Cuidados no Âmbito da SIDA (IAPAC), Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA (ONUSIDA), Programa específico das Nações Unidas para a Habitação e Desenvolvimento Urbano Sustentável (UN-HABITAT) e a cidade de Paris – entre outros parceiros técnicos locais, nacionais e internacionais, responsáveis pela sua execução.

Em 29 de maio de 2017, Lisboa, Porto e Cascais assinaram a Declaração de Paris através dos Presidentes das respetivas Câmaras Municipais, colocando as três

cidades na trajetória da via rápida para acabar com a epidemia VIH.

Ao assinarem a declaração, estas cidades comprometem-se a atingir as metas 90-90-90 até 2020, segundo as quais 90% das pessoas que vivem com VIH sejam conhecedoras do seu diagnóstico, 90% dos diagnosticados estejam em tratamento antirretrovírico e 90% das pessoas em tratamento apresentem, sustentadamente, carga vírica suprimida. Adicionalmente, as três cidades terão como objetivos remover as barreiras de acesso aos serviços de prevenção, seguimento e tratamento das pessoas infetadas por VIH, para eliminar o estigma e a discriminação em complementaridade com os organismos governamentais, a sociedade civil, a academia e as pessoas infetadas e afetadas por VIH.

Este documento, produzido pelo grupo de trabalho designado pelo despacho n.º 5216/2017, procura sumarizar as linhas gerais orientadoras para as três cidades que aderiram à iniciativa e servir de base para outras cidades portuguesas que venham a aderir no futuro.

Sendo a Europa um dos continentes mais urbanizados do mundo, a epidemia de VIH é

mais expressiva nos grandes centros urbanos e Lisboa, Porto e Cascais não são exceção. Estas três cidades concentram uma elevada e crescente proporção de pessoas que vivem com VIH e outras infeções sexualmente transmissíveis (IST), tuberculose, hepatites víricas, entre outras.

As fronteiras administrativas das cidades já não refletem a realidade física, social, económica, cultural ou ambiental do desenvolvimento urbano, sendo necessárias formas de governação inovadoras e flexíveis que incluam a participação de cidadãos informados e de parceiros relevantes, de acordo com a especificidade e as necessidades locais de cada município ou freguesia.

Em Portugal, a transmissão sexual de VIH, particularmente a heterossexual, é a via de propagação dominante deste vírus, embora a expansão da transmissão entre homens que praticam sexo com homens e entre outras populações em risco devam merecer uma atenção especial, de acordo com a distribuição geoespacial e epidemiológica local de populações mais vulneráveis.

A elevada frequência de diagnósticos tardios e a complexidade da resposta, em consequência da interseção de múltiplas determinantes da saúde, remetem para uma visão sindémica da pandemia de VIH. Neste sentido, o diálogo e a colaboração construtiva entre as autoridades municipais, as autoridades de saúde pública, as farmácias e outros parceiros relevantes tais como os doentes e as suas famílias, as organizações de

base comunitária e religiosa e outras associações representativas dos diferentes grupos sociais, económicos, étnicos e culturais são fulcrais para a efetividade e adequação dos objetivos e metas a alcançar.

Uma visão sindémica da pandemia de VIH permite concentrar a sua abordagem através de três processos interdependentes. O primeiro consiste no alargamento de experiências locais de sucesso como o reforço do rastreio destas infeções em populações mais vulneráveis, em cooperação com as organizações de base comunitária, através de estratégias integradas e inovadoras que incluem a aplicação e operacionalização da profilaxia pré e pós-exposição. O segundo consiste no redimensionamento dos diferentes tipos de intervenção social e de diagnóstico em ambiente urbano, através da aplicação das estratégias acima referidas. O terceiro assenta na promoção da cooperação estável e coerente através de agentes e organizações com diferentes intervenções geográficas, tendo como eixos Município-Comunidade-Saúde-Farmácia.

Neste modelo, o envolvimento significativo e abrangente dos vários parceiros e do Ministério da Saúde constitui o catalisador para acrescentar valor e robustez nas ações e contribuir para a inovação das iniciativas nacionais já contempladas nas Orientações Estratégicas do Programa Nacional para a Infeção VIH, SIDA e Tuberculose, tendo como objetivo comum alcançar as metas 90-90-90.

A ciência é clara. A eliminação de VIH, até níveis que não constituam problema de

saúde pública, é um objetivo exequível. Compreender as interações entre a política, as ideias e os diferentes interesses em cada uma das cidades é essencial para gerar conhecimento, identificar as barreiras, adequar e priorizar as estratégias locais.

Melhorar a literacia em saúde e veicular mensagens preventivas sobre VIH e IST que incluam a promoção da utilização do preservativo continuam a ser prioridades, nesta era do valor inquestionável da profilaxia pré-exposição e da profilaxia pós-exposição, enquanto programas combinados de prevenção da transmissão de VIH e de outras IST.

É também necessário desenvolver novas abordagens métricas, corrigir e aperfeiçoar a interoperabilidade do SI.VIDA, criar níveis de acesso que permitam, simultaneamente, uma gestão transparente da informação e a salvaguarda dos direitos individuais de reserva dos dados, tornar mais amigável, simples e acessível para os utilizadores e melhorar os aspetos da vigilância epidemiológica, ajustando-as de acordo com as exigências das metas a que as cidades se propõem alcançar.

Em relação à população infetada por VIH, é necessário diminuir o fosso entre os diagnosticados e aqueles que, estando infetados, desconhecem a sua condição em relação a esta infeção, através de programas acelerados de diagnóstico e referência aos cuidados de saúde.

Melhorar e agilizar os procedimentos de acesso aos cuidados de saúde para as

populações mais vulneráveis, particularmente os imigrantes não documentados, reclusos, pessoas que praticam sexo remunerado, cidadãos nacionais sem registos no Serviço Nacional de Saúde, entre outros, e combinar estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento adequadas às necessidades específicas destes grupos é essencial para desacelerar a propagação silenciosa desta epidemia, tendo como preocupação fulcral, eliminar a discriminação e o estigma, não deixar ninguém para trás e garantir respeito pelo Direitos Humanos.

Para além das necessidades acima referidas, a iniciativa das cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH propõe um conjunto de indicadores de monitorização obrigatória para todas as cidades que aderem ao programa que estão divulgados no *dashboard* da cidade, no *website Fast track cities*. A escolha dos principais indicadores deve ser discutida no seio do Município, envolvendo todos os parceiros relevantes, incluindo o IAPAC, tendo em consideração as metas e as estratégias nacionais.

De acordo com a Declaração de Paris, a definição do modelo de organização e de governação do projeto “Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH” deve ser liderada pelos Presidentes das Câmaras Municipais, em articulação com as autoridades de saúde locais e nacionais e em estreita parceria com as organizações da sociedade civil e instituições de solidariedade social. Só assim será possível conceber uma arquitetura e estrutura de organização de

acordo com as necessidades, distribuição geoespacial e realidades concretas de cada região e desenvolver estratégias de intervenção mais efetivas.

# I. Cidades, Saúde e Comunidade - triangulação de esforços na via rápida para acabar com a epidemia VIH: enquadramento, definição e discussão de conceitos.

## *Portugal: As Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH.*

A Declaração Política sobre o vírus da imunodeficiência humana (VIH) e SIDA adotada por todos os membros presentes na Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas para a eliminação da SIDA, em Junho de 2016, apelou a todos os países para uma resposta acelerada contra o VIH, com vista a acabar a epidemia da SIDA em 2030. Esta Declaração, enquanto parte integrante da Agenda de Desenvolvimento Sustentável 2030, afirma a necessidade de intensificar esforços para atingir os objetivos abrangentes de diagnóstico, prevenção, tratamento, seguimento e apoio das pessoas infetadas por VIH, num quadro de proteção dos direitos humanos e da dignidade das pessoas que vivem em risco de e afetadas por VIH e SIDA. (Eleanor Gouws. The role of cities in ending AIDS epidemic. The Quarterly update on epidemiology from South African Centre for Epidemiological Modelling Approach and Analysis (SACEMA);2017.

A iniciativa “Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH”, lançada em Paris em 2014 no dia mundial de luta contra a SIDA, através da Declaração de Paris, é uma

rede de parceria mundial das cidades com elevada carga de VIH com quatro principais entidades – a Associação Internacional de Prestadores de Cuidados no Âmbito da SIDA (IAPAC), o Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA (ONUSIDA), o Programa específico das Nações Unidas para a Habitação e Desenvolvimento Urbano Sustentável (UN-HABITAT) e a cidade de Paris – e com outros parceiros técnicos locais, nacionais e internacionais responsáveis pela sua execução. (Fast Track Cities. Technical Implementation Strategy; January 2016, updated April 2017).

Em 29 de maio de 2017, em Lisboa, pela primeira vez, três cidades portuguesas, em simultâneo, - Cascais, Lisboa e Porto – assinaram, através dos Presidentes das respetivas Câmaras Municipais, a Declaração de Paris, colocando estas três cidades na trajetória da via rápida para acabar com a epidemia VIH.

Ao assinarem a Declaração de Paris, os Presidentes das Câmaras Municipais das cidades de Cascais, Lisboa e Porto comprometem-se atingir as metas 90-90-90 por volta de 2020, segundo as quais 90% das pessoas que vivem com VIH sejam

conhecedores do seu diagnóstico, 90% dos diagnosticados estejam em tratamento antirretrovírico e 90% das pessoas em tratamento apresentem, sustentadamente, carga vírica suprimida (i.e, tenham valores de carga vírica abaixo do limiar de quantificação). Adicionalmente, as três cidades definirão estratégias locais para remover as barreiras de acesso aos serviços de prevenção, diagnóstico seguimento e tratamento das pessoas infetadas por VIH, para eliminar a discriminação em complementaridade com os organismos governamentais, a sociedade civil, a academia e as pessoas infetadas e afetadas por VIH.

A expressão do compromisso nacional e internacional foi patente, aquando da assinatura da Declaração de Paris, em Lisboa. O Ministro da Saúde, Adalberto Campos Fernandes, reafirmou *o compromisso do governo ao mais alto nível para a resposta ao VIH e salientou que as metas 90-90-90 conferem um novo ímpeto para o combate a esta infeção*. O Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Fernando Araújo, referiu tratar-se de *um dia histórico, porque, mais uma vez, Portugal demonstrou que trabalhando em conjunto - o governo, os presidentes das câmaras municipais, as instituições nacionais de saúde, os setores sociais e privados e a sociedade civil - será possível construir um país melhor, livre de VIH e livre de discriminação*. Luiz Loures, Diretor Executivo Adjunto do Programa ONUSIDA, referiu que *Portugal é um exemplo de uma resposta com sucesso no combate à SIDA, colocando em primeiro plano as necessidades dos doentes. O seu sucesso assenta numa liderança*

*política forte, numa legislação inclusiva que protege as pessoas da discriminação e de uma sociedade civil muito ativa*. Por sua vez, Luís Mendão, Presidente do Grupo de Ativistas em Tratamentos, realçou que Portugal é, *novamente, um importante exemplo em relação às políticas de saúde pública em prol dos direitos humanos, ao remover, em 2017, todas as barreiras de acesso para a prevenção, diagnóstico e tratamento da infeção VIH, tuberculose, hepatites víricas e infeções sexualmente transmissíveis em migrantes sem documentos*. (<http://www.unaids.org>

Cascais, Lisbon and Porto sign the Paris Declaration on ending the AIDS epidemic in cities/UNAIDS).

## **Incubadora criativa - três cidades, três visões, três realidades distintas para uma meta comum: eliminar a epidemia de VIH.**

### **A cidade: a equação urbana da saúde**

No domínio da infeção por VIH e das comorbilidades associadas (transmissíveis e não transmissíveis), vivemos uma conjugação paradoxal de incertezas e de oportunidades (Lancet 2017;373:2181-2182) em que a epidemiologia, a complexidade das necessidades, as determinantes de saúde das populações e as interações mútuas destes fatores exigem clareza nas definições dos conceitos, abrangência, adequação e

integração das respostas que deverão estar sustentadas por evidência científica robusta e consensos sólidos entre os principais atores. (Lancet 2017;389:667-70).

De acordo com as estimativas mais recentes, Portugal, em 2015, tinha uma população total de 10,3 milhões de habitantes, constatando-se um decréscimo de cerca de 1,6% comparativamente ao último censo realizado em 2011. Importa salientar que a população portuguesa tende a migrar para as áreas metropolitanas de Lisboa e Porto e para as regiões litorais, ficando o interior do país reduzido a uma população maioritariamente envelhecida, situação que coloca problemas específicos ao sistema de saúde, nos próximos anos (Portugal: Health System Review. Health Systems in Transition 2017; 19(2): 1-184).

Durante os anos 90 do século passado, Portugal era o destino de imigrantes legais e ilegais procedentes do Brasil e Europa Central e Europa de Leste, bem como da tradicional imigração dos países Africanos de língua oficial portuguesa.

De acordo com as estimativas de 2015, os imigrantes legais representam 3,8% da população residente em Portugal, concentrando-se principalmente na capital e em cidades costeiras: Lisboa alberga 44,6%, Faro 15% e Setúbal 9,5%.

Em 2015, 40,4% dos imigrantes com estatuto legal em Portugal provieram da Europa, principalmente, Ucrânia (23,0%), e Roménia (19,7%), 24,4% de África, dos quais 91,3% oriundos de Países Africanos de língua

oficial portuguesa, 23,4% das Américas, dos quais 89,7% vieram do Brasil e 11,7% da Ásia, dos quais 46,3% provieram da China (Portugal: Health System Review. Health Systems in Transition 2017; 19(2): 1-184). Embora com proporções relativas variáveis, os países de origem dos imigrantes residentes em Portugal acima referidos apresentam elevadas taxas de endemicidade de infeção por VIH, tuberculose, hepatites víricas e infeções sexualmente transmissíveis.

Surpreendentemente, não há uma definição comum de “cidade” ou até de “urbano” e a União Europeia não tem uma competência política explícita sobre o desenvolvimento urbano. As diversas definições de “cidade” referem-se a uma unidade administrativa ou a uma determinada densidade populacional. Algumas vezes, a distinção faz-se, na linguagem anglo-saxónica, entre as cidades mais pequenas, designadas *town* (albergam entre 10000 e 50000 habitantes) e as cidades maiores, designadas *cities* (com mais de 50000 habitantes).

Porém, numa perspetiva socioepidemiológica e de saúde pública, a importância das cidades de pequenas e médias dimensões não pode ser subestimada nos processos de gestão das dinâmicas de propagação das doenças transmissíveis em curso, incluindo a infeção VIH, e na antecipação programática da (re)-emergência de novas doenças.

Cidade também se refere a duas realidades distintas: a cidade *de jure* – a



cidade administrativa – e a cidade *de facto* – o aglomerado socioeconómico mais alargado. A cidade *de jure* corresponde, em larga medida, à cidade histórica com as suas fronteiras claramente delimitadas para o comércio e defesa e um centro de cidade bem definido. A cidade *de facto* corresponde a realidades físicas ou socioeconómicas que são abordadas ou através de uma definição morfológica ou de uma definição funcional. Para fins analíticos, a Comissão Europeia e a OCDE desenvolveram uma definição de cidade baseada na densidade e número mínimo de habitantes. (European Commission– Directorate for Regional Policy. Cities of tomorrow. Challenges, visions ways forward. October 2011).

Uma área urbana morfológica (AUM) representa a continuidade de uma zona urbanizada com um nível de densidade definida. Uma área urbana funcional (AUF) pode ser descrita pela sua bacia de mercado de trabalho e pelos padrões de mobilidade daqueles que se deslocam, diariamente, para o emprego e inclui o sistema urbano mais alargado da cidade e das aldeias/regiões próximas que são altamente dependentes, económica e socialmente, de um centro urbano principal. Por exemplo, a cidade administrativa de Lisboa tem uma população de 530000 pessoas, enquanto a sua população AUM é 4,4 vezes maior, isto é 2,32 milhões e a sua AUF é cerca de cinco vezes maior do que a sua cidade administrativa - 2,59 milhões em comparação com 530000 pessoas.

As AUF podem ser monocêntricas ou policêntricas (isto é, correspondentes a redes

de cidades ou de aglomerados fortemente ligadas sem nenhum centro dominante). Nem as áreas urbanas morfológicas nem as funcionais são entidades estáveis: à medida que a paisagem urbana e os padrões económicos evoluem, também os padrões de densificação e de mobilidade evoluem (European Commission – Directorate for Regional Policy. Cities of tomorrow. Challenges, visions, ways forward. October 2011), conferindo dinâmicas e especificidades singulares na distribuição espacial e humana e no risco de propagação das doenças transmissíveis, incluindo a infeção por VIH e outras infeções sexualmente transmissíveis (IST), tuberculose pulmonar, hepatites víricas, gripe, apenas para citar algumas.

Segundo o relatório “Cities of tomorrow. Challenges, visions, ways forward” e numa perspectiva de saúde pública, utilizaremos a expressão “cidade” para definir aglomerações urbanas em geral, bem como as unidades administrativas que as governam. Do ponto de vista político e também de saúde pública, é fundamental compreender a escala territorial das questões de saúde que pode abranger um bairro/freguesia, a cidade administrativa, áreas urbanas funcionais ou extensões ainda mais alargadas.

Neste pressuposto e tendo em atenção a necessidade de atingir resultados de saúde com expressão comunitária em Portugal, a dimensão urbana da infeção por VIH (e de outras doenças transmissíveis), ao apresentar sintomas locais, exige, muitas vezes, uma solução territorial mais ampla, concertada e integrada.

À semelhança das grandes cidades europeias signatárias das “Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH”, social e economicamente complexas e fragmentadas, os principais desafios que Lisboa, Porto e Cascais enfrentam não têm soluções nem fáceis nem simples.

Conceber metodologias operativas para acelerar a rápida e efetiva expansão das estratégias que visam alcançar as metas 90-90-90, tendo como modelos a heterogeneidade geográfica e humana e a distribuição espacial das comunidades mais vulneráveis, em cada uma das três cidades, num ambiente em que a coesão social, a criação de emprego, a degradação do centro destas cidades e o desemprego jovem parecem resistir às soluções ortodoxas, é um exercício interdisciplinar de grande exigência, objetividade e rigor.

Uma melhor compreensão destas determinantes, em diferentes realidades urbanas, permitirá desenvolver indicadores mais adequados e multifacetados capazes de medir os aspetos mais qualitativos da vida social e económica urbana e correlacioná-los com as variáveis específicas para atingir as metas 90-90-90. Os indicadores disponíveis não estão suficientemente desenvolvidos para medir corretamente os progressos sociais e correlacioná-los com e enquanto determinantes na propagação e controlo do VIH e de outras doenças transmissíveis com importância epidemiológica relevante.

No entanto, indicadores novos e mais rigorosos só terão consequências sobre o progresso e sustentabilidade dos resultados

alcançados se as cidades desenvolverem ou reforçarem investimentos e competências que, simultaneamente, garantam uma comunicação interna efetiva sobre os resultados obtidos, com vista a atingir as metas definidas, e uma comunicação externa, tornando a informação técnica inteligível e acessível aos parceiros envolvidos e à comunidade.

O modo de vida urbano é simultaneamente parte do problema e parte da solução. Em consequência da elevada densidade populacional, da diversidade de género, da multiplicidade étnica e da sua distribuição espacial heterogénea, em conjunto com os fenómenos eminentemente urbanos (migrações, desemprego, sobrelotação, pobreza, desigualdades socioeconómicas e autossegregação de grupos em maior risco) estas cidades, particularmente, Lisboa e Porto, concentram uma elevada e crescente proporção de pessoas que vivem com VIH e outras IST, tuberculose, hepatites víricas, entre outras.

As mudanças nos sistemas sociais e de valores, as variações nas estruturas comunitárias, a anonímia e a vitalidade da vida urbana são outros fatores que proporcionam novas oportunidades e expectativas aos cidadãos que migram para as principais cidades portuguesas, incluindo o seu envolvimento em redes sociais diversas, algumas das quais fomentadoras de comportamentos de alto risco tais como práticas de sexo remunerado, consumo de álcool e de substâncias ilícitas, entre outras.

A natureza aparentemente contraditória de algumas questões acima discutidas e as divergências dos modelos operativos para atingir as metas 90-90-90, em geral, e nas cidades portuguesas em particular, cidades que iniciam esta trajetória no âmbito das “Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH”, exigem um diálogo contínuo e construtivo entre as autoridades municipais, as autoridades de saúde pública e os vários parceiros tais como os doentes e as suas famílias, as organizações de base comunitária e religiosa e outras associações representativas dos diferentes grupos sociais, económicos, étnicos e culturais. Este diálogo deve tomar em consideração a escala territorial e a integração espacial dos diferentes problemas relacionados com a infeção por VIH e com as comorbilidades associadas, permitindo, desta forma, reconciliar a gestão temporal dos diferentes objetivos, primeiro até 2020 e, posteriormente, até 2030.

A integração espacial dos fenómenos relacionados com algumas doenças transmissíveis em curso ou com novas doenças (re)-emergentes alcança-se através de três processos interdependentes que conjugam abordagens baseadas em lugar-e-pessoa: **i)** alargamento das experiências locais de sucesso tais como reforço da expansão, em escala, do rastreio para VIH, outras IST, tuberculose e hepatites víricas em populações mais vulneráveis, incluindo a população prisional, em complementaridade com as organizações de base comunitária, sustentadas através de metodologias geradoras de ciclos dinâmicos de

aprendizagem-aplicação (Ann Intern Med 2012;157:207-210). (IOM-Institute of Medicine. 2015. *Integrating research and*

*practice: Health system leaders working toward high-value care: Workshop summary.* Washington, DC: The National Academies Press), de estratégias inovadoras de intervenção social e de prevenção tais como, diálogo intercultural, participação na definição dos critérios e circuitos de aplicação e operacionalização da profilaxia pré e pós-exposição para VIH, etc; **ii)** redimensionamento dos diferentes tipos de intervenção social e de rastreio, em ambiente urbano, por exemplo metodologias para definir a escala apropriada e o momento adequado para a adoção de algumas intervenções atrás referidas; **iii)** promoção de laços de cooperação estáveis e coerentes através de negociações entre agentes e organizações com diferentes níveis de intervenção espacial, por exemplo bairros, juntas de freguesia, cidade, região. Estes processos ajudam a superar perspetivas setoriais do espaço urbano através da adoção de uma visão mais holística que promove a inteligência coletiva e a aprendizagem mútua, entre os municípios e entre estes e os principais parceiros envolvidos, centradas em problemas quotidianos na vida real.

O papel das cidades na boa execução da estratégia Europa 2020 e a importância da governação em múltiplos níveis, muito enfatizada pelo Parlamento Europeu e pelo Comité das Regiões, refletem a complexidade da gestão autárquica dos fenómenos médico-sociais e permitem o alinhamento do projeto “Cidades na via rápida para acabar com a

epidemia VIH”, através de uma articulação eficiente e recíproca das políticas Europeias, nacionais, regionais e locais. Neste sentido, o nível Europeu, através do IAPAC, ONUSIDA, UN-HABITAT e cidade de Paris, atua como promotor e facilitador deste ambicioso projeto e assegura que a dimensão territorial está contemplada na conceção das políticas nacionais de gestão epidemiológica, clínica e social da infeção VIH e SIDA. O princípio da subsidiariedade, reforçado no Tratado de Lisboa, implica que, não só os níveis mais elevados de governação sejam substituídos por níveis locais, mas também se cultivem novas relações entre os diversos níveis, isto é, os níveis Europeu e locais. A especial atenção para as zonas e bairros mais desfavorecidas destas cidades e do território nacional, como um todo, enquanto áreas que albergam populações mais vulneráveis para a infeção por VIH e outras patologias associadas, está contemplada na carta de Leipzig e na Declaração de Toledo (European Commission – Directorate for Regional Policy. Cities of tomorrow. Challenges, visions, ways forward. October 2011).

A trajetória das “Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH”, enquanto programa abrangente relacionado com a saúde dos municípios, integra-se nos princípios de uma governação local inteligente, inclusiva, funcionalmente mais flexível e socialmente inovadora, promotora das cidades verdes e com eficiência energética.

A complexidade operativa e a ambição de atingir as metas 90-90-90 preconizadas pela ONUSIDA, como meio para acabar com a

epidemia VIH no espaço urbano e, conseqüentemente, conter a sua propagação à escala do território nacional, implicam uma gestão cuidada das tensões inevitáveis durante este exigente processo. As tensões entre prioridades ou objetivos competitivos ou contraditórios; entre interesses setoriais; entre diferentes grupos ou comunidades; entre níveis diversos de governação; entre diferentes territórios ou zonas e entre visões diversas de curto, médio e longo prazo exigem que as cidades se transformem em plataformas não apenas de inovação económica, tecnológica ou ambiental, mas, acima de tudo, em plataformas de inovação social.

Assistimos a muitos sinais que revelam que a polarização e a segregação estão a aumentar nas cidades europeias, incluindo em Portugal. O aumento médio dos padrões de vida que se constata, nestes últimos anos, tem-se acompanhado não apenas de sinais crescentes de disparidades económicas, mas também da pauperização dos mais pobres. Em algumas áreas urbanas e periurbanas, agregados populacionais enfrentam as conseqüências da convergência de importantes determinantes da saúde, geradoras ou amplificadoras das desigualdades e da exclusão social: habitação degradada, baixos níveis de literacia, desemprego e dificuldades ou incapacidades de aceder a alguns serviços (saúde, transportes, educação, apoio social, tecnologias de informação, entre outros).

Nas cidades portuguesas, tal como em outras grandes cidades europeias e do mundo, a polarização social não se reduz

apenas às questões de ricos e pobres, mas também às questões culturais, sociais, securitárias e de diversidade étnica e de género que importa monitorizar em termos sócio-comportamentais e de saúde.

As tecnologias de informação conferem novos significados aos espaços e às pessoas. Estamos em transição de sociedades modernas baseadas em classes para uma sociedade pós-moderna, urbana, fragmentada, que inclui grupos de pessoas que vivem lado a lado, muitas vezes sem qualquer interação. Por isso, mais do que nunca, a reflexão e a conceção de modelos inovadores de desenvolvimento das cidades terão de contemplar respostas abrangentes, integradas e equilibradas para realidades tão heterogéneas, voláteis, ambíguas e, por vezes, incertas das circunstâncias do mundo em que vivemos.

No domínio da “via rápida para acabar com a epidemia VIH” (e de outras patologias associadas ao comportamento), o grande desafio das cidades de Cascais, Lisboa e Porto, e de outras cidades portuguesas que futuramente venham a abraçar este projeto, reside na conceção de políticas para, simultaneamente, alcançar o delicado equilíbrio entre a erradicação da pobreza, da miséria e das outras determinantes de saúde, já discutidas, atingir as metas 90-90-90 preconizadas pela ONUSIDA e proporcionar aos cidadãos residentes, aos que se deslocam em trabalho e àqueles que as visitam, um ambiente saudável, plural, seguro, menos estigmatizante e estereotipado e capaz de acomodar e respeitar a enorme diversidade

dos estilos de vida e perfil demográfico de acordo com as respetivas pirâmides etárias.

## A saúde: a equação da saúde pública

Ultrapassado o “excepcionalismo” de VIH referido por Ronald Bayer, em meados dos anos 80 (New Engl J Med 1991;324:1500-1504. Milbank Q 2016;94:126-162), o atual plano 90-90-90, publicado em 2014, pela ONUSIDA (UNAIDS. 90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemc. Geneva, Switzerland, UNAIDS 2014; JAMA 2016;16:1215-1216), explicita uma linha acelerada do tempo para terminar a epidemia de VIH, contemplada nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, e define metas concretas para diagnosticar e suprimir a carga vírica com o tratamento antirretrovírico. Ao contrário dos esforços iniciais dos objetivos numéricos da expansão mundial da cobertura dos antirretrovíricos para os países de baixo rendimento, a atual campanha 90-90-90 não é, em si mesma, um fim, mas um meio para terminar a epidemia de VIH.

Sem desvirtuar a Declaração de Paris, a singularidade do modelo da proposta portuguesa neste projeto das “Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH” reside no facto de, pela primeira vez, o Ministério da Saúde, a par com os municípios, se assumir como o parceiro integrador das respostas na interface cidade-saúde-comunidade.

Neste modelo, o envolvimento significativo e abrangente das organizações bilaterais e multilaterais e do Ministério da Saúde constitui o catalisador para acrescentar valor e robustez e contribuir para a inovação das iniciativas nacionais contempladas nas Orientações Estratégicas do Programa Nacional para a Infecção VIH, SIDA e Tuberculose, tendo como objetivo comum alcançar as metas 90-90-90.

A utilização frequente das expressões “eliminação”, “erradicação” e “controle”, particularmente as duas primeiras, visando as aspirações para 2030, em relação a diferentes doenças transmissíveis com dinâmicas de propagação e histórias naturais diversas, características epidemiológicas e expressão clínica multiformes, impõe o conhecimento claro sobre o significado de cada uma das expressões. Só assim será possível, para cada doença e em cada momento, construir equilíbrios entre o efeito mobilizador e motivacional do objetivo de eliminação de uma doença e o risco de promessas e expectativas excessivas.

De acordo com o *Workshop* que ocorreu em Dahlem em 1997 (Bulletin of WHO 1998;76 (suppl 2):22), a definição de “eliminação” considera duas categorias consoante a persistência (*e.g. Clostridium tetani*) ou não (*e.g. vírus selvagem da poliomielite*) do agente microbiano, numa área geográfica específica: **i) Eliminação de doença**: redução até zero da incidência de uma doença numa área geográfica definida, em consequência de intervenções programadas; é necessário garantir a continuidade de aplicação das intervenções

(o modelo era o tétano neonatal); **ii) Eliminação da infeção**: redução até zero da incidência da infeção causada por um agente específico, numa área geográfica definida, em consequência de intervenções programadas; é necessário garantir a continuidade de aplicação das medidas para impedir o restabelecimento da transmissão (o modelo era a declaração de eliminação da poliomielite nas Américas). Enquanto a eliminação da doença é o resultado máximo alcançável para o tétano neonatal, a definição de eliminação da infeção contempla uma etapa geográfica com vista à erradicação global da poliomielite. **Erradicação**: redução permanente até zero da incidência, em todo o mundo, da infeção causada por um agente específico em consequência de intervenções programadas, não sendo necessária a continuidade da aplicação das medidas (o modelo da varíola). Esta definição de erradicação implica um estado de perenidade mundial e expressa as vantagens programáticas e económicas da erradicação (Disease eradication in the 21st century: implications for global health, edited by S. L. Cochi and W.R. Dowdle. Strugmann Forum Report, vol 7, J Lupp series ed. Cambridge, MA: MIT press.). **Controle**: redução da incidência, prevalência, morbidade e mortalidade até um nível localmente aceitável, em consequência de intervenções programadas. A manutenção desta situação exige a garantia de continuidade das medidas adotadas.

No caso da infeção por VIH (mas também para as infeções por vírus das hepatites B e C que apresentam em comum

algumas vias de transmissão, podendo por isso coinfetar a mesma pessoa), a ONUSIDA e a OMS aceitam a meta não zero para a definição de eliminação desta infecção, reforçando que a eliminação de VIH, até níveis que não constituam problema de saúde pública, é um objetivo exequível. De acordo com alguns peritos, um problema de saúde pública define-se como uma doença que, em consequência do seu modo de transmissão, morbidade ou mortalidade, exige toda a atenção enquanto uma importante ameaça para a saúde da comunidade.

Se a métrica a partir da qual a infecção por VIH deixa de ser um problema de saúde pública está sujeita a uma interpretação aberta, a compreensão sobre quando é que esta infecção não representa um problema de saúde pública depende inteiramente do conhecimento e da distribuição espacial da carga da doença na população ao nível local, regional, de país e mundial.

Na perspetiva das três cidades portuguesas - Cascais, Lisboa e Porto - na via rápida para acabar com a epidemia de VIH, a evidência disponível reflete que não estamos perante uma epidemia única de VIH, mas de uma multitude de diferentes epidemias e de determinantes, cujas interações recíprocas têm efeitos deletérios sinérgicos e perpetuadores da transmissão de VIH ao nível comunitário, incluindo numa mesma cidade.

Assim sendo, a visão da cidade, na perspetiva da eliminação de VIH, enquanto problema de saúde pública, enquadra-se e reforça o modelo sindémico da epidemia de

VIH (e de outras doenças associadas ou (re)-emergentes). Sindemia ou epidemia sinérgica é mais do que um vocábulo ou sinónimo de comorbilidades. A definição de uma sindemia é a presença de dois ou mais estados de doenças que interagem mútua e adversamente, afetando negativamente a evolução de cada uma das doenças, aumentando a vulnerabilidade, cujos efeitos serão ainda mais graves em situações de desigualdade (e.g. sindemia VIH-uso de drogas-violência, ou SIDA-hepatite C - alcoolismo-pobreza.) (Lancet 2017;389:881. Lancet 2017;389:888-889).

Ao contrário das abordagens médicas convencionais, baseadas em comorbilidades e multimorbilidades, uma visão sindémica de uma epidemia urbana permite explorar melhor os efeitos, sobre a saúde, das interações de determinada doença com os fatores sociais, económicos, ambientais e culturais e os determinantes que promovem a reciprocidade dessas interações as quais contribuem para o agravamento das doenças.

Em síntese, o modelo sindémico é uma oportunidade para acelerar, de forma concertada, a eliminação de VIH como problema de saúde pública, através de três meios: **i)** o modelo de sindemia oferece estratégias poderosas para identificar como é que os fatores sociais, políticos e ecológicos criam e perpetuam vulnerabilidades estruturais que contribuem para a emergência e exacerbação das sindemias; **ii)** o enquadramento sindémico permite compreender como certas pessoas, famílias e comunidades (e não outras) são relegadas para ambientes nocivos, tornando-as



vulneráveis às sindemias cujas consequências sociais e sobre o bem-estar são concretas; **iii**) o conhecimento sindémico de VIH permite intervir com maior efetividade e eficiência quer ao nível das políticas a adotar, quer ao nível clínico. Abordando as fontes da doença (desigualdades) e o tratamento dos sintomas (assistência médica), a intervenção sindémica reforça as estratégias de prevenção e de assistência ao considerar o espectro completo das vulnerabilidades sindémicas, em vez de tratar individualmente cada distúrbio e ignorar os contextos complexos nos quais ocorre (Lancet 2017;389:889-891).

Nesta base o lema “conheça a sua epidemia, conheça a sua resposta” (Lancet 2008;372:423-426), sendo um apelo importante à mobilização dos principais atores, já não é suficiente para concretizar as respostas mais atuais e sustentadas pela evidência científica. Apesar de Portugal dispor de legislação avançada ao nível da descriminalização do consumo de drogas e da proteção contra qualquer forma de discriminação das pessoas que vivem com VIH ou de género, as políticas de prevenção e as respetivas mensagens ainda não chegam, sustentadamente, a uma parte apreciável das pessoas em maior risco (*e.g.* acesso uniforme às medidas de prevenção de VIH e de outras infeções associadas em populações reclusas ou populações de imigrantes sem documentação, profilaxia pré-exposição e pós-exposição).

O envolvimento simultâneo de três cidades – Cascais, Lisboa e Porto – no

programa das “Cidades na via rápida para acabar com a epidemia de VIH” introduz novas dimensões e oportunidades para analisar, gerar e comparar conhecimento sobre as determinantes políticas, em cada uma das cidades, sobre se e como a evidência é utilizada para definir e orientar as políticas locais e o seu diálogo com os programas regionais e nacionais na área da infeção VIH (J R Soc Med 2008;101:572-573).

O exercício de cooperação efetivo entre os diversos parceiros na mesma cidade e entre as cidades é o maior desafio para ampliar e inovar as estratégias convencionais de abordagem da infeção por VIH: urbanistas, engenheiros, sociólogos, clínicos, farmacêuticos, outros prestadores de cuidados, educadores, sociedade civil, doentes, entidades privadas, governo e decisores terão de acordar as prioridades, conceber estratégias para a translação e aplicação correta da evidência científica em prol da saúde pública, em geral, e das metas 90-90-90 em particular (inspirado em Lancet Public Health 2017;2:e335).

Não é possível interromper a epidemia de VIH apenas com intervenções médicas. É fundamental abordar as questões sociais subjacentes que impedem as pessoas de aceder às intervenções médicas de prevenção, diagnóstico e tratamento da infeção VIH, nomeadamente os direitos humanos desiguais, o estigma e a discriminação. Quando qualquer pessoa é estigmatizada ou incapaz de aceder aos serviços em consequência da discriminação, a saúde de toda a comunidade fica ameaçada e a transmissão epidémica de VIH continua a



expandir em vez de contrair. (Pepfar Annual report to congress, 2017).

A literatura sobre políticas de VIH reconhece que o contexto institucional desempenha um papel fundamental quando explica os resultados das políticas, mas o seu poder preditivo é baixo pela limitação das metodologias e robustez das conclusões (J R Soc Med 2008;101:572-573). Neste sentido, em cada uma das cidades, as instituições políticas, profissionais, religiosas, organizacionais e sociais (*e.g.* aquelas que regem as normas de género ou a sexualidade) são poderosas determinantes das políticas de VIH e retratam as metas de médio e longo prazo dos ajustamentos políticos temporais e espaciais na trajetória 90-90-90.

A política emerge das interações entre as instituições (as estruturas e as regras que definem como são tomadas as decisões), as ideias (que incluem não apenas a evidência mas também o modo como os problemas e as soluções são estruturadas – muitas vezes baseadas em valores e experiência) e os interesses (grupos ou pessoas individuais que não têm nada a ganhar ou a perder com a mudança).

Compreender estas interações, em cada uma das cidades, pode fornecer informações valiosas e gerar conhecimento específico sobre a adequação das estratégias locais a priorizar e identificar as barreiras políticas e as oportunidades que dificultam a adoção e a integração das políticas sustentadas pela evidência, que visam a eliminação da infeção VIH como problema de saúde pública em

2030, em Portugal (J R Soc Med 2008;101:572-573).

Os dados da literatura sugerem que é possível duplicar a eficiência dos recursos disponíveis em relação ao número de infeções evitadas e ao número de vidas salvas (no cenário português ao número de óbitos precoces evitados), maximizando o princípio “testar-tratar-fidelizar/reter” e adotando modelos de prestação de ações diferenciadas, sustentadas pela evidência e focadas na diversidade e especificidade das comunidades (Pepfar Annual Report to Congress 2017).

Neste sentido é fundamental desenvolver programas e promover investigação que permita compreender, documentar e responder com maior eficiência às necessidades únicas destas populações bem como fortalecer a capacidade das principais populações mais vulneráveis e das organizações da sociedade civil como componentes centrais na implementação das ações.

Na perspetiva das cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH, as estratégias direcionadas de acordo com a geografia e as populações são intervenções críticas para complementar os modelos convencionais de intervenção dos setores tradicionais da saúde e são essenciais para alcançar o limiar epidémico necessário para controlar a transmissão de VIH na comunidade.

## As métricas: o desafio maior

A eliminação de uma das crises mais complexas de saúde mundial da história moderna, a infeção VIH, desafia permanentemente as métricas e os sistemas de informação que geram dados estratégicos para apoiar boas decisões e assegurar a eficiência e sustentabilidade das ações no longo prazo.

Tal como referiu Peter Piot na sua alocução no importante simpósio “ Data driven decision making to control the HIV epidemic – moving beyond 2020”, que ocorreu em Tallin, na Estónia, em outubro de 2016, *os desafios para os dados fidedignos (de VIH), para a sua medição e avaliação irão aumentar.*

Os sistemas de informação disponíveis em Portugal, dos quais a base de dados nacional da vigilância epidemiológica da infeção por VIH e SIDA, sediada na Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica do Departamento de Doenças Infeciosas do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, cujos registos remontam a 1985, o sistema SI.VIDA e o programa de notificação eletrónica SINAVE são particularmente relevantes, neste contexto.

Tendo em atenção o propósito de eliminar a transmissão de VIH, enquanto problema de saúde pública, e o papel fulcral que estes sistemas desempenham no apoio à decisão, é necessário que a evolução de alguns dos sistemas ocorra no sentido do

desenvolvimento de interfaces capazes de comunicar com eficiência com outras fontes de registos das aplicações informáticas da saúde, incluindo sistemas de registo clínico, sistemas de vigilância epidemiológica, farmácias, laboratórios, plataformas de registos vitais, registos de migrações, entre outras, através de abordagens sofisticadas que possibilitem a identificação única da informação de cada doente e uma análise mais granular da informação, necessária para uma adequada e atempada monitorização das metas 90-90-90.

É necessário desenvolver abordagens e métricas mais sistematizadas que permitam medir o estigma e utilizar essa informação para minorar as suas consequências sobre a qualidade de vida e longevidade das pessoas infetadas por VIH. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o medo do estigma e da discriminação é reportado como sendo a principal razão que inibe as pessoas de serem testadas para VIH, de dar a conhecer o seu diagnóstico e de procurar, atempadamente, os cuidados de saúde.

Investir e realinhar os sistemas de recolha e de sistematização da informação, de acordo com as dinâmicas de transmissão de VIH e os óbitos, com as atuais exigências das metas 90-90-90, enquanto meio para as cidades entrarem na via rápida para acabar com a epidemia de VIH, continua a ser um importante obstáculo ao conhecimento rigoroso da magnitude da epidemia em Portugal e um fator limitador da robustez dos dados obtidos através de exercícios de modelação.

Corrigir e aperfeiçoar a interoperabilidade do SI.VIDA, tornando-o mais amigável e simples para os utilizadores, corrigir assimetrias locais do parque informático, ajustar a sua arquitetura para permitir o alargamento seguro de acesso à informação não apenas ao Ministério da Saúde, mas também aos principais parceiros envolvidos, contribuirão para incentivar a eficiência dos registos ao nível local e para o desenvolvimento de uma cultura de utilização da evidência disponível, ao nível da instituição ou local, para desencadear e sustentar boas decisões. Como foi referido no simpósio em Tallinn, Estónia, *bons dados geram boas decisões e boas decisões produzem boa informação.*

Esta é uma das áreas em que os apoios multilaterais, incluindo o IAPAC, desempenharão um papel essencial para a conceção e harmonização das metodologias de recolha da informação de modo a gerar indicadores estratégicos necessários para a prossecução das metas 90-90-90 e para a sustentabilidade deste programa.

Só assim será possível apurar, com rigor, os resultados clínicos daqueles que continuam fidelizados aos cuidados de saúde, daqueles que abandonaram o seguimento, dos que interromperam o tratamento ou daqueles que faleceram. Os programas que permitam utilizar os dados para melhorar a experiência dos doentes serão um motor importante para reduzir a proporção de pessoas que, estando infetadas por VIH, permanecem não diagnosticadas, não estão em tratamento ou apresentam resultados clínicos subótimos. (MeSH Consortium. Data

driven decision making to control the HIV epidemic – moving beyond 2020. Tallin, Estonia – October 2016. Scientific symposium report).

Por sua vez, a vigilância é o principal alicerce de resposta às epidemias e surtos não apenas das doenças infecciosas, mas também para o entendimento do desafio mundial das doenças não transmissíveis, sendo por isso um instrumento decisivo para o sucesso dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

A dimensão da vigilância na perspetiva das cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH é a de aproximar a partilha atempada e adequada da avaliação dos resultados entre cidadãos e decisores. Uma das implicações mais relevantes da vigilância ao nível urbano/periurbano é reduzir as desigualdades, tornando visíveis as necessidades de populações mais vulneráveis em sofrimento, particularmente quando este sofrimento é desigual, injusto e evitável (adaptado de Lancet 2017;2:e348-e349).

Nestas circunstâncias a vigilância pode, justificadamente, precisar de nomes ou de outros fatores de identificação individual e espacial para garantir a exatidão e a utilidade dos sistemas de vigilância, sendo, por isso, essencial reforçar/criar mecanismos eficazes de supervisão e de transparência que assegurem a integridade dos sistemas de vigilância e que os fundamentos éticos e de proteção individual dos dados estejam refletidos na política e prática das atividades de vigilância (adaptado de Lancet 2017;2:e348-e349).

## II. Eliminação da transmissão de VIH em Cascais, Lisboa e Porto

### 90-90-90: a dialética entre operacionalização e evidência epidemiológica e científica

A simplicidade e a facilidade intuitiva dos conceitos 90-90-90 e da cascata de tratamento, enquanto uma base intelectual e filosofia de trabalho e não apenas um lema, encerra complexidades metodológicas, de operacionalização e de sustentabilidade que importa não subestimar.

Enquanto a sustentabilidade é um empreendimento de longo prazo, a dinâmica sócio-comportamental que gera e perpetua os cerca de 1100-1200 novos diagnósticos por ano, em grupos mais vulneráveis, em Portugal, significa que atingir e manter o controlo da epidemia, nas cidades de Cascais, Lisboa e Porto, exige sucesso nas ações no curto-médio prazo (2020-2025) e visão no longo prazo para consolidar os resultados e alcançar o estágio de eliminação da transmissão de VIH, enquanto problema de saúde pública, em 2030-2035.

De acordo com o Programa Nacional para a Infecção VIH, SIDA e Tuberculose, dos 56001 casos cumulativamente notificados de infecção por VIH, estão registados 11020 óbitos na base da Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica do Departamento

de Doenças Infecciosas do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, carecendo o registo dos óbitos de reavaliação e validação. Para efeitos de plano de trabalho e até melhor informação, partiremos do pressuposto que, atualmente, em Portugal, vivem cerca de 44981 pessoas infetadas por VIH (Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2016. Documento nº 148).

A expressão da atual cobertura, quase universal, de tratamento antirretrovírico nos doentes diagnosticados com infecção VIH, em seguimento, está expressa nos registos apurados no SIVIDA, nos quais 91,3% dos 34391 doentes registados nesta base de dados estão em tratamento antirretrovírico. A taxa de supressão vírica apurada em 90% do universo de doentes em tratamento situa-se em 88,2% (Programa Nacional para a Infecção VIH, SIDA e Tuberculose, 2017, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde + referência das recomendações terapêuticas nacionais).

Apesar destes indicadores favoráveis de efetividade individual da terapêutica antirretrovírica e das medidas de prevenção adotadas, o número de novos diagnósticos de infecção por VIH, em Portugal, manteve-se constante em torno dos 1100-1200 novos casos por ano nos anos mais recentes,

sugerindo uma transmissão sustentada da epidemia.

Estes factos reforçam que, na ausência de uma terapêutica curativa ou de uma vacina contra o VIH, qualquer estratégia que visa a eliminação deste vírus, enquanto problema de saúde pública, dependerá, fortemente, da capacidade sustentada de interromper a transmissão de VIH, através de intervenções combinadas de prevenção e tratamento.

De acordo com a distribuição geoespacial dos doentes diagnosticados, 52,6% do total acumulado dos casos notificados residiam, à data da notificação, na área metropolitana de Lisboa, definida na Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos (NUTS) como NUT II, PT 17, que inclui Cascais, e a região Norte, NUTS II, PT 11 Norte, participa com 24,9% do total dos casos notificados a nível nacional. (Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2016. Documento nº 148)

A análise da informação dos 1030 novos casos de infeção por VIH diagnosticados entre 01 de janeiro e 31 de dezembro de 2016, cujas notificações chegaram ao INSA até 30 de junho 2017, apurou que 51,2% residiam na região NUTS II PT 17, isto é, área metropolitana de Lisboa, incluindo Cascais, correspondendo a uma taxa de 18,6 casos/10<sup>5</sup> habitantes e 23,1% na região NUTS II Norte PT11, região Norte, equivalendo a uma taxa de 6,6 casos/10<sup>5</sup> habitantes.

Em relação à população residente em território nacional estimada para 2016, a análise da distribuição percentual da população em Lisboa, Cascais e Porto, descrita na tabela 1, revela que 27,4% da população nacional reside na área metropolitana de Lisboa, incluindo Cascais, e 16,7% reside na área metropolitana do Porto. Circunscrevendo a análise populacional ao nível de cada um dos três municípios, o município de Lisboa representa 4,9%, o município de Cascais representa 2,0% e o município do Porto representa 2,1% da

**Tabela 1 - Novos diagnósticos de infeção por VIH em 2016\* - incidência em diferentes níveis geográficos**

Nível geográfico	População		Novos diagnósticos VIH (2016*)	
	N	%	N	nº/10 <sup>5</sup> hab
<b>PORTUGAL</b>	<b>10.309.573</b>	<b>100%</b>	<b>1030</b>	<b>10,0</b>
<b>Área metropolitana de Lisboa</b>	<b>2.821.349</b>	<b>27,4%</b>	<b>529</b>	<b>18,6</b>
Município de Lisboa	504.964	4,9%	154	30,5
Município de Cascais	210.889	2,0%	44	20,9
<b>Área metropolitana do Porto</b>	<b>1.719.021</b>	<b>16,7%</b>	<b>151</b>	<b>8,8</b>
Município do Porto	214.119	2,1%	38	17,7

Fonte: INSA/DGS. \*Casos notificados até 30/06/2017.

população nacional e concentram cerca de dois terços do número total de pessoas que vivem com VIH.

Ainda de acordo com a tabela 1 e restringindo a Lisboa, Cascais e Porto a avaliação dos 1030 novos casos de infeção por VIH diagnosticados em Portugal, no ano de 2016, revela que 51,4% foram diagnosticados na área metropolitana de Lisboa, incluindo Cascais, correspondendo a uma taxa de 18,6/10<sup>5</sup> habitantes e 12,0% na área metropolitana do Porto, correspondendo a uma taxa de 8,8/10<sup>5</sup> habitantes. Particularizando a análise ao nível de cada um dos municípios as taxas de novos diagnósticos tornam-se ainda mais expressivas, sendo de 30,5/10<sup>5</sup> habitantes para o município de Lisboa, 20,9/10<sup>5</sup> para o município de Cascais e 17,7/10<sup>5</sup> habitantes para o município do Porto.

Embora a transmissão dominante de VIH, em Portugal, seja por via heterossexual, como se constata na tabela 2, a avaliação global da informação ofusca algumas discrepâncias locais/regionais sobre a preponderância de algumas categorias de transmissão de VIH que importa realçar: Reportando-nos aos dados referentes aos casos com diagnóstico em 2016, a prática de sexo não protegido entre homens (HSH) foi a via mais frequente de transmissão de VIH em Lisboa, participando com 65,0% do número total de novos diagnósticos reportados, constatando-se valores igualmente elevados no Porto 55,3%, acompanhando a tendência nacional.

Importa realçar que, desde 2005, regista-se um aumento paulatino e progressivo no número de novos casos de transmissão de VIH na categoria de transmissão HSH que, a partir de 2011, passou a representar mais de 40% dos novos casos reportados anualmente em homens. Em 2015 e 2016, a categoria de transmissão “homo/bissexual” participou com 50,0% dos casos notificados de novos diagnósticos, sendo nesses anos a causa mais frequente de infeção VIH em homens ao nível nacional (Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2016. Documento nº 148).

Tabela 2 - Características dos casos de infeção por VIH com diagnóstico em 2016\*

	PORTUGAL	Lisboa	Cascais	Porto
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Categoria de transmissão</b>				
HSH	366 (35,6%)	100 (65,0%)	13 (29,6%)	21 (55,3%)
UDI	29 (2,8%)	2 (1,3%)	0 (–)	1 (2,6%)
HETERO	586 (57,1%)	48 (31,2%)	31 (70,5%)	12 (31,6%)
HETERO - Homens (naturalidade PT)	196 (19,0%)	9 (5,8%)	6 (13,6%)	6 (15,8%)
HETERO - Mulheres (naturalidade PT)	137 (13,3%)	12 (7,8%)	8 (18,2%)	5 (13,1%)
HETERO - Homens (naturalidade Não-PT)	102 (9,9%)	11 (7,1%)	11 (25,0%)	1 (2,6%)
HETERO - Mulheres (naturalidade Não-PT)	120 (11,7%)	13 (8,4%)	6 (13,6%)	0 (–)
<b>Estadio clínico à data do diagnóstico</b>				
Diagnóstico tardio (CD4 <350 ou doença definidora SIDA)	454 (55,0%)	46 (41,4%)	26 (63,4%)	15 (48,4%)
Doença avançada (CD4 <200)	291 (35,3%)	27 (24,3%)	17 (41,5%)	12 (38,7%)

Fonte: INSA/DGS. \*Casos notificados até 30/06/2017.

Apesar da transmissão de VIH associada ao consumo de drogas injetáveis ter diminuído, ao nível nacional, para valores tão baixos como 2,8% dos 1030 novos casos diagnosticados em 2016, este é um dos grupos, a par com os heterossexuais, que participa com uma elevada proporção de doentes que procuram os cuidados de saúde tardiamente (isto é com contagens de células T CD4+ < 350/mm<sup>3</sup> à data do diagnóstico) ou em estágio de doença avançada (contagens de células T CD4+ < 200/mm<sup>3</sup>).

De acordo com o relatório anual de 2015 do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), no estudo sobre “Comportamentos aditivos aos 18 anos: inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional”, realizado em 2015, as prevalências de consumo de qualquer droga foram de 31% ao longo da vida, 24% nos últimos 12 meses e de 15% nos últimos 30 dias. A *cannabis* surgiu com prevalências muito próximas às de qualquer outra droga.

Porém, a população reclusa apresentou prevalências de consumo de qualquer droga superiores às registadas na população geral: 69% dos reclusos, no estudo *INCAMP2014* - Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional, referiram já ter consumido uma qualquer droga ao longo da vida e 30% durante a atual reclusão. Tal como nos estudos anteriores, a *cannabis* foi a substância ilícita que registou as maiores prevalências de consumo alguma vez na vida (56%), na atual reclusão (28%) e nos últimos 12 meses na atual reclusão (24%). Cerca de 14% dos reclusos declaram já ter consumido droga injetada alguma vez ao longo da sua vida, 4% durante a atual reclusão e menos de 1% nos últimos 30 dias na atual reclusão. Entre as substâncias com mais consumo injetado durante a atual reclusão encontram-se as cocaínas, a heroína e os esteróides anabolizantes (Relatório anual, 2015, A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências. Sumário executivo. SICAD).

De acordo com a evidência acima referida, é lícito assumir que continuam a

existir bolsas com prevalências muito elevadas de consumo de drogas, nas quais as hepatites C e B, a tuberculose e outras multimorbilidades, associadas ou não à infeção por VIH, constituem um grave problema de saúde pública, que carecem de um acompanhamento atento e mais efetivo quer em relação à continuidade e sustentabilidade das estratégias de prevenção primária e de redução de riscos/danos, quer em relação à vigilância de novos padrões e hábitos individuais e em grupo de consumo de drogas ilícitas, de álcool.

Em Portugal, a informação sobre a carga de infeção por VIH em populações migrantes é fragmentada, incompleta e rapidamente mutável, sendo por isso difícil de avaliar com rigor. Porém, fazendo uma aproximação sobre a naturalidade, através da informação referente aos casos com diagnóstico em 2016 e agrupando-a segundo as regiões geográficas de acordo com os requisitos do sistema de vigilância europeu TESSy, constata-se que dos 978 novos diagnósticos nos quais esta informação estava reportada (95,2% do total das notificações), o país de naturalidade indicado à data do diagnóstico foi Portugal em 68,4% dos casos, e outros países em 31,6%. Destes, 68,9% eram originários de países da África subsariana, particularmente, Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, 22,7% da América latina. Esta informação, relativa aos casos diagnosticados em indivíduos oriundos de outros países que não Portugal, parece acompanhar a tendência verificada na última década, de acordo com os dados



regularmente disponibilizados pela Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica do Departamento de Doenças Infecciosas do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

A lei nº 29/2012 de 09 de Agosto de 2012, publicada no Diário da República, 1ª série, nº 154, de 09 de agosto de 2012 confere aos imigrantes os mesmos direitos de acesso ao sistema de saúde que os cidadãos portugueses usufruem, garantindo-lhes uma cobertura sanitária mais alargada do que em vários países do espaço Europeu.

Ainda assim, chegam ecos preocupantes vindos das organizações da sociedade civil e de outras entidades sobre as barreiras ao acesso a cuidados médicos que estas comunidades enfrentam. Para além de problemas de língua, diferenças culturais, problemas financeiros, também as limitações dos serviços explicam algumas das barreiras ao acesso destas comunidades aos cuidados de saúde. Particularmente no que se refere aos imigrantes sem estatuto legal, os sistemas de informação dos cuidados de saúde primários, do Serviço Nacional de Saúde, não permitem a referenciação destes cidadãos a outros níveis de saúde ou de prescrições mais diferenciadas (Portugal: Health System Review. Health Systems in Transition 2017; 19(2): 1-184), retardando intervenções terapêuticas que, no caso da infeção por VIH e de outras patologias associadas, têm impactes relevantes sobre a qualidade de vida e longevidade dos doentes

e sobre a propagação silenciosa da infeção na comunidade.

Por fim, a taxa de diagnóstico tardio da infeção VIH em Portugal é um dos obstáculos para alcançar cada uma das três componentes que constituem as metas 90-90-90, que importa monitorizar atentamente e conceber respostas ajustadas às especificidades regionais ou locais de cada população alvo.

Como foi anteriormente referido, mais de metade dos doentes (53,6%) são diagnosticados tardiamente. Os registos nacionais sugerem alguns fatores que reduzem ou anulam o efeito do tratamento antirretrovírico como meio de prevenção da transmissão de VIH na comunidade. Embora não quantificados, de entre os principais fatores figuram as pessoas que, conhecendo o seu diagnóstico de infeção por VIH, abandonaram o acompanhamento médico e a terapêutica antirretrovírica (taxa de retenção ou fidelização aos cuidados de saúde), o número reduzido de diagnósticos de infeção aguda ou de infeção recente, a identificação de infeções simultâneas (por exemplo IST) que amplificam o risco de aquisição e de transmissão de VIH, o tempo alargado entre o diagnóstico de infeção por VIH e o início da terapêutica antirretrovírica e as barreiras de acesso aos cuidados especializados de populações específicas tais como imigrantes, sobretudo aqueles sem estatuto legal, população sem-abrigo e populações de etnias minoritárias, entre as quais as pessoas de etnia cigana e outras.



## Particularidades da epidemia urbana de VIH em Portugal: os principais pilares de intervenção

A partir da informação nacional coligida de diversas fontes citadas nos capítulos precedentes e da discussão de alguns dados parcelares das cidades de Cascais, Lisboa e Porto, é plausível admitir que cada uma das três cidades na trajetória das metas 90-90-90 apresenta epidemia de VIH expressiva.

Utilizando a incidência média nacional e por concelho para o período 2011-2016, reportada aos casos de infeção por VIH notificados até 30 de junho de 2017, para calcular o rácio da taxa de incidência (*incidence rate ratio-IRR*) por concelho, apura-se que a taxa de incidência média em Lisboa é 3,6 vezes mais elevada do que a incidência média nacional, sendo no Porto 2,0 vezes mais elevada e em Cascais 1,8 vezes mais elevada do que a incidência média nacional, como está ilustrado na tabela 3.

Em ambiente urbano, a infeção por VIH tende a manifestar-se como uma **epidemia concentrada** não apenas em termos **geográficos**, mas também por **categoria de transmissão**.

Da totalidade dos novos diagnósticos notificados em 2016, em Lisboa, Cascais e Porto, 65,0%, 29,6% e 55,3%, respetivamente, ocorreram em HSH. O conhecimento da distribuição geoespacial das populações em maior risco, das determinantes e circunstâncias que

Tabela 3 – Portugal (2011-2016)\*: Incidência média de VIH por concelho

Concelho de residência	Incidência Média por Concelho (2011-2015) Nº casos/10 <sup>3</sup> habitantes	Incidência rate ratio (IRR) **
LISBOA	47,0	3,6
AMADORA	38,7	3,0
SINTRA	28,3	2,2
FARO	26,1	2,0
PORTO	25,6	2,0
GOIS	24,7	1,9
LOURES	24,4	1,9
PORTIMAO	24,1	1,8
CASCAIS	23,9	1,8
SETUBAL	23,0	1,8
ALMADA	21,0	1,6
ALBUFEIRA	19,9	1,5
AVEIRO	19,8	1,5
OEIRAS	19,7	1,5
SEVER DO VOUGA	19,5	1,5
ESTARREJA	19,5	1,5
ALCOUTIM	19,2	1,5

Fonte: INSA/DGS.

\*Casos notificados até 30/06/2017. \*\* Incidência média nacional para o período 2011-2016 = 13,4 casos/10<sup>3</sup> habitantes

propiciam padrões de exposição a VIH e dos equipamentos de prestação assistencial disponíveis permitirão uma intervenção mais adequada, efetiva e orientada para as necessidades específicas e para os resultados de cada população-alvo.

Em Portugal, a **transmissão sexual**, particularmente, **heterossexual** de VIH é a via de propagação dominante deste vírus. A transmissão de VIH decorre do encontro entre uma pessoa infetada e outra não infetada, cada uma com perceções de risco, representações de doença, receios e temores e necessidades de prevenção diferentes e específicas. Nesta medida, as estratégias de intervenção que procuram abranger, indiscriminadamente, toda a população são ineficientes em termos de informação, de literacia da comunidade e dos resultados.

A elevada frequência de **diagnósticos tardios**, documentada em Portugal, a quase insignificante taxa de diagnósticos de infeção precoce ou recente de VIH e o longo intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início da terapêutica antirretrovírica comprometem a efetividade do tratamento antirretrovírico como instrumento de prevenção (15<sup>o</sup> Encontro de Atualização em Infeciologia 2017, Porto. *Poster* e Comunicação oral nº 53).

Apesar da tendência de redução significativa da **transmissão de VIH em consumidores de drogas por via parentérica**, esta população apresenta uma carga importante de infeção simultânea pelos vírus das hepatites C e B, exigindo abordagens específicas ao nível da vigilância das dinâmicas de consumo de substâncias ilícitas, dos padrões de procura de cuidados assistenciais, incluindo o reforço das estratégias de redução de danos, de adesão e de retenção nos programas terapêuticos.

Por fim, é necessário investigar e coligir informação com melhor qualidade e robustez em relação a algumas populações mais vulneráveis, nomeadamente a população migrante, porque provêm, maioritariamente, de países com elevados índices de transmissão de VIH; outras minorias étnicas como a população cigana; e outros grupos populacionais, entre os quais reclusos, população sem-abrigo, população transgénero, homens e mulheres que praticam sexo remunerado, os quais podem constituir nichos de epidemias concentradas, pouco acessíveis à abordagem convencional.

De acordo com as constatações acima discutidas, os dois principais pilares de intervenção para alcançar as metas 90-90-90 nas cidades mais relevantes do país incluindo, Cascais, Lisboa e Porto são: i) **reduzir a incidência da infeção por VIH na população não infetada**, com especial enfoque na diminuição da proporção daqueles que **desconhecem estar infetados** e ii) melhorar os circuitos de acompanhamento e o prognóstico clínico das **pessoas infetadas por**

**VIH**, através do diagnóstico precoce e rápida instituição da terapêutica antirretrovírica.

As intervenções concebidas no âmbito das “Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH” não pretendem substituir os programas nacionais vigentes de prevenção, diagnóstico e tratamento da infeção por VIH e das patologias associadas. O valor que as cidades envolvidas neste projeto acrescenta é a projeção de ações para, em complementaridade com os programas nacionais e regionais, maximizar os ganhos em saúde em geral, e ao nível do controlo da infeção VIH em ambientes urbanos, em particular.

Na perspetiva da gestão social da infeção por VIH, as cidades oferecem uma oportunidade única para reduzir as desigualdades e favorecer a integração social das populações marginalizadas. As políticas locais podem abordar as necessidades com mais resiliência e adaptar-se melhor às prioridades em movimento (The Cities Report 2014, UNAIDS).

O sucesso para alcançar a diminuição da taxa de aquisição e de transmissão de VIH, ao nível individual e comunitário, depende da conceção de estratégias locais bem definidas, apoiadas por informação de boa qualidade e geradoras de evidência científica inovadora e robusta que sustentem boas decisões, particularmente, em áreas onde a informação nacional é escassa, fragmentada ou inexistente para as metas pretendidas.

Por sua vez, é crucial o envolvimento multidisciplinar e interdisciplinar efetivos de

todos os parceiros comprometidos na cadeia de gestão da doença associada a VIH, uma ampla plataforma que inclui a prevenção, a assistência médica, o apoio das organizações de base social e comunitária, o acompanhamento interpares e a investigação nas suas vertentes mais diversas, sócio-antropológica, epidemiológica, operativa, económica, clínica, e de desenvolvimento de respostas baseadas em intervenções comunitárias.

Se os exercícios de modelação que estimam o número de pessoas que desconhecem estar infetadas por VIH, em Portugal, revelam discrepâncias importantes, consoante as ferramentas de modelação utilizadas (Lancet HIV 2016;3:e361-e387. Euro Surveill 2016;21(48):pi30417), não dispomos, de momento, de estimativas reportadas ao nível das cidades com maior carga de infeção por VIH.

Tendo em atenção as metas 90-90-90 importa clarificar e consensualizar as metodologias de modelação que o país adotará para o cálculo das estimativas nacionais e regionais, de modo a ser possível concretizar ou ajustar as métricas para a monitorização deste projeto, no curto e médio-longo prazo.

No que se refere à diminuição da **incidência da infeção por VIH na população** e à melhoria de acompanhamento e do prognóstico clínico das **pessoas infetadas por VIH**, só a promoção integrada, articulada e abrangente de intervenções combinadas de prevenção e de tratamento permitirão conceber programas adaptados para as

diferentes populações, em diferentes momentos e de acordo com a epidemiologia e os diferentes estilos de vida, incluindo sexual.

De acordo com a informação epidemiológica nacional disponível e já discutida, na **população geral não infetada por VIH**, incluindo aqueles em alto risco de contrair esta infeção, os objetivos de curto prazo devem contemplar programas não dogmáticos de prevenção que contemplem todas as opções sustentadas pela evidência científica: a educação para a saúde através de programas escolares que explorem e abordem as questões relacionadas com a perceção de risco, incluindo os comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva, adaptados a diferentes estratos etários; a educação por pares ou através de líderes comunitários que permitam abordar comunidades menos acessíveis pelos meios convencionais; a utilização das novas tecnologias de informação para sensibilizar, melhorar a literacia e veicular mensagens preventivas sobre VIH e IST e mobilizar a comunidade e as famílias para que se apropriem e aperfeiçoem este projeto, contribuindo para a eliminação da infeção VIH e SIDA, enquanto problema de saúde pública em Portugal, em 2030.

O elevado rácio da taxa de incidência média local sobre a taxa de incidência média nacional apurada nas cidades de Lisboa, Cascais e Porto, no período de 2011 a 2016, e considerando que mais de metade dos novos diagnósticos de infeção por VIH em homens, em 2015 e 2016, ocorreu em HSH (Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de

dezembro de 2016. Documento nº 148), a adoção de **profilaxia pré-exposição (PrEP)**, diária ou intermitente, em subpopulações de HSH em elevado risco de contrair esta infeção é uma das estratégias preventivas mais robustas demonstrada em vários estudos controlados, dos quais se destacam os ensaios PROUD e ANRS-Ipergay, cujas taxas de efetividade alcançaram 86% em ambientes controlados (Lancet 2015;387:53-60. N Engl J Med 2015;373:2237-2246).

Tendo em atenção o universo e a diversidade das populações nas cidades de Cascais, Lisboa e Porto, a oportunidade de investigar a acessibilidade, aceitabilidade, adesão, e exequibilidade da PrEP, em Portugal, e de gerar informação para apoio a decisões futuras, neste domínio, deve ser alvo da maior atenção de todos os parceiros envolvidos neste projeto.

Por sua vez, a sensibilização e formação dos profissionais de saúde não apenas em relação à PrEP, mas também à profilaxia pós-exposição (PPE) e a criação de circuitos e de estruturas de acompanhamento mais abrangentes que facilitem a agilização dos procedimentos e a monitorização destas poderosas intervenções preventivas e o diagnóstico precoce de outras IST permitirão rendibilizar e avaliar os ganhos não apenas em termos de infeções VIH evitadas, mas também de IST precocemente diagnosticadas e tratadas, de acordo com o enquadramento epidemiológico de cada cidade ou região.

A promoção da **utilização de preservativo**, na era da PrEP, mantém toda a sua atualidade e pertinência. Ao contrário da

PrEP, o preservativo continua a ser o único método que abrange a proteção não apenas contra o VIH, mas também contra a maioria das IST. É essencial garantir a acessibilidade e o baixo custo para assegurar a sua utilização por aqueles que optem por este dispositivo de proteção, bem como investigar a aceitabilidade e as motivações do uso (ou não) de preservativo em ambientes em que a oferta de meios de prevenção é diversa. Estratégias mais apelativas de promoção do preservativo, numa perspetiva de saúde sexual e reprodutiva contribuirão para informar as decisões e as escolhas da comunidade (Towards an AIDS free Paris, February 2016).

Para aumentar a taxa e a percentagem de diagnóstico de infeção por VIH no país em geral e nas três cidades que assinaram a Declaração de Paris, em particular, urge promover e maximizar a oferta de duas estratégias de diagnóstico. A primeira, assente na **iniciativa do médico**, na qual os médicos da Medicina Geral e Familiar desempenham um papel fundamental. As análises de modelação de custo-efetividade revelam que o rastreio da infeção por VIH nos Cuidados de Saúde Primários é custo-efetivo no médio prazo e, em áreas com elevada incidência ( $\geq 0,2\%$ ), o rastreio deve ser proposto a todos os adultos, como exame de rotina (Lancet HIV 2017;4:e465-e474). A segunda estratégia é da **iniciativa do cliente** e apoiada em Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce de VIH (CAD), outras instituições do Serviço Nacional de Saúde e, mais recentemente, em estruturas de base comunitária, nas quais participam diversas

organizações da sociedade civil. A inclusão da rede de farmácias em iniciativas de rastreio pode constituir uma oportunidade para alargamento de acesso e redução de iniquidades, a exemplo de experiências noutros países e áreas de intervenção (por exemplo a Troca de Seringas). Outras modalidades de rastreio, como o autodiagnóstico carecem de enquadramento regulamentar, embora sejam objeto de análise e discussão entre algumas entidades competentes reguladoras do País e Europeias.

Os resultados da Rede de Rastreio Comunitária apresentados em 2016 demonstram, inequivocamente, que, em Portugal, é possível promover excelente investigação de base comunitária, contribuindo para robustecer o papel ativo da comunidade no apoio à definição de políticas e criar evidência para informar os decisores sobre a conceção e a prestação de serviços à comunidade (Rede de Rastreio Comunitária: resultados. 2016, Editor Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto).

De acordo com as especificidades das comunidades locais ou regionais é possível elaborar e investigar outras estratégias de rastreio para colmatar as consequências epidemiológicas, clínicas e sociais resultantes do número inexpressivo de diagnósticos de infeções agudas ou recentes e do elevado número de novos diagnósticos tardios de infeção VIH expressas nas notificações.

Em relação à **população infetada por VIH** é fundamental diminuir o fosso entre os

diagnosticados e aqueles que, estando infetados, desconhecem o estágio da infeção VIH, através de programas acelerados de diagnóstico e referência aos cuidados de saúde. Investigar e avaliar as barreiras para a adoção da estratégia “testar-tratar-fidelizar/reter”, nos profissionais de saúde e nos doentes, permitirá melhorar a eficiência da implementação imediata da terapêutica antirretrovírica, acelerando a melhoria do prognóstico clínico e a redução da transmissão de VIH na comunidade, em consequência da rápida supressão vírica. Concomitantemente, a melhoria da literacia sobre o significado dos resultados laboratoriais e da evolução clínica, a importância da adesão à terapêutica antirretrovírica e da fidelização/retenção aos cuidados de saúde são meios essenciais de promoção da saúde e de sensibilização para os comportamentos seguros na população infetada por VIH.

## Candidatura das cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH

O enquadramento estratégico e técnico para a candidatura à iniciativa das cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH está plasmada no documento intitulado *Fast Track Cities, Technical Implementation Strategy, January 2016 (updated April 2017)* ([www.iapac.org/cities](http://www.iapac.org/cities)).

Qualquer cidade portuguesa que manifeste interesse em acelerar as respostas

locais para o controlo de VIH pode assinar a Declaração de Paris, contribuindo desta forma para o compromisso nacional de eliminar a infeção por VIH como problema de saúde pública, em 2030.

A iniciativa das cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH inclui uma ampla rede de cidades, em todo o mundo, com elevada carga de VIH, que são recrutadas com base em quatro critérios: **i) Carga de VIH** expressa através da prevalência e da proporção relativa da taxa de infeção em relação à média nacional. No caso concreto de Portugal, a tabela referida na página 18 deste documento permite identificar e priorizar algumas cidades; **ii) Apoio político** expresso pelo compromisso e liderança ao nível dos Presidentes das respetivas Câmaras Municipais; **iii) Equipa técnica robusta** capaz de gerir o quotidiano da implementação integrada deste projeto ao nível da cidade; **iv) Cidades pioneiras** enquanto modelos urbanos de resposta à SIDA (*Fast Track Cities, Technical Implementation Strategy, January 2016, updated April 2017*).

No portal [www.fast-trackcities.org](http://www.fast-trackcities.org) constam os indicadores basais e os indicadores de processo que servem como uma listagem de variáveis concretas que as cidades necessitam para monitorizar o progresso das ações que visam alcançar as metas 90-90-90 e zero discriminação e estigma.

A cronologia para adesão ao projeto das cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH sintetiza-se em quatro pontos: **i) Estádio 1:** assinatura da Declaração de

Paris; **ii) Estádio 2:** alcançar as metas 90-90-90 por volta de 2020 e eliminar a discriminação e o estigma. Entre os indicadores de sucesso, as cidades deverão consensualizar e harmonizar as suas métricas, com os indicadores preconizados pelo Programa Nacional para a Infeção VIH, SIDA e Tuberculose. A título de exemplo, citam-se alguns indicadores adotados por países que constituem a rede das cidades em via rápida para acabar a epidemia VIH: < 5 casos de SIDA por 1000 pessoas que vivem com VIH, < 5% de transmissão mãe-filho; **iii) Estádio 3:** eliminar a SIDA como ameaça de saúde pública por volta de 2030, tendo como indicadores eliminar a mortalidade por SIDA isto é < 5 óbitos relacionados com SIDA por 1000 pessoas que vivem com VIH e demonstração do impacto da mitigação do estigma e discriminação (índice de estigma das pessoas que vivem com VIH); **iv) Estádio 4:** controlo da epidemia urbana de VIH, o principal objetivo deste projeto, pretendendo-se que o número de novas infeções por VIH seja inferior ao número de óbitos associados à SIDA.

O sucesso de um programa tão ambicioso e multifacetado, que se prolongará, pelo menos, até 2030 exige uma boa estratégia de *marketing* e de comunicação, capaz de mobilizar a comunidade em torno das metas 90-90-90 e de, simultaneamente, antecipar as dificuldades e encontrar respostas inovadoras para a fadiga de informação, fenómeno já identificado em outras situações de pandemia, das quais a última pandemia de gripe foi um exemplo.

Por fim, o despacho 5216/2017 define os principais parceiros e reflete uma combinação estratégica de experiências, competências, complementaridades e capacidades de ação das diversas entidades nomeadas, as quais lideradas pelos Presidentes das Câmaras Municipais desenvolverão ações concertadas e integradas para alcançar a meta de terminar a SIDA em 2030, contemplada nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.



## Oportunidades e recomendações

A infeção por VIH e a SIDA constituem uma das mais complexas crises de saúde pública da história contemporânea, desafiando a sabedoria convencional para alcançar e consolidar, de forma sustentada, as metas 90-90-90 preconizadas pela ONUSIDA, muito para além de 2030.

Nesse sentido, os Planos Municipais e Locais de Saúde devem contemplar ações que complementem a resposta à iniciativa “Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH”, em concertação com as diversas Entidades Nacionais, Regionais e Locais, das áreas da Saúde, Educação e Ação Social, incluindo as Organizações de Base Comunitária e de doentes, bem como outros representantes da Sociedade Civil.

A concretização das atividades a desenvolver neste âmbito deve tomar em consideração as áreas prioritárias de atuação, de acordo com a magnitude e especificidade local da epidemia de VIH (populações-espaço-tempo), com a definição de responsabilidades de e entre as várias Entidades Parceiras, tendo em atenção as respetivas atribuições e recursos disponíveis.

Para apoiar o compromisso dos municípios no âmbito das “Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH”, recomenda-se a constituição de uma Estrutura/Órgão que tenha como missão o acompanhamento da iniciativa, a identificação de oportunidades e barreiras

para a sua implementação, a divulgação de boas experiências de outras cidades e a monitorização e avaliação dos resultados parcelares em relação às metas 90-90-90 de cada Município.

Este compromisso representa uma oportunidade de conjugação e articulação de vontades e esforços dos vários setores envolvidos no atingimento das metas 90-90-90, como meio de abordagem integrada da epidemia de VIH em Portugal, enquanto problema de saúde pública, possibilitando o seu alargamento faseado a outras comorbilidades satélites, entre as quais as infeções sexualmente transmissíveis (IST), as hepatites víricas e a tuberculose.

Na perspetiva da prevenção da transmissão da infeção por VIH e de outras IST, esta iniciativa é uma oportunidade para desenvolver enquadramentos de abordagem holística da saúde da população em geral e dos mais vulneráveis em particular, ao nível normativo, do diagnóstico precoce, referenciação atempada, tratamento e prevenção.

Identificou-se a necessidade de rever e atualizar algumas Normas de Orientação Clínica, entre as quais as relacionadas com o rastreio e diagnóstico da infeção por VIH.

Uma outra oportunidade será o desenvolvimento de trabalho conjunto com o setor da Educação, no sentido de promover



formação recíproca entre os profissionais de saúde e de educação, na perspectiva de melhorar a literacia da população escolar através de materiais e recursos educativos ajustados à idade e às novas tecnologias.

Na continuidade das estratégias nacionais que visam a diminuição do número de novas infeções através do rastreio alargado, com enfoque particular em populações em maior risco, a condição de VIH como uma doença crónica encerra novos desafios.

O envelhecimento da população infetada, as migrações e as deslocações de milhões de pessoas, com ampla diversidade de necessidades complexas de saúde, e as incertezas financeiras e económicas relacionadas com os financiamentos dos projetos desta envergadura são fatores capazes de gerar, no médio-longo prazo, desequilíbrios na estabilidade e sustentabilidade de algumas metas a alcançar.

A estratégia de comunicação no interior de cada grupo, entre as cidades, com os parceiros nacionais e internacionais e com o público em geral deve ser objeto de análise cuidada com especialistas da área da comunicação. A definição de modelos de comunicação deverá ter em consideração os públicos-alvo, a coerência e robustez das mensagens, a sua efetividade e a mensurabilidade dos seus impactes.

Apenas uma estratégia de comunicação que contemple as mais recentes tecnologias permitirá acompanhar, no longo prazo, os

determinantes que condicionam a propagação de VIH e de outras IST, exemplos marcantes de como a perceção de risco, as representações da doença e as dinâmicas de transmissão se modificam tão rapidamente no decurso da história destas afeções.