



REDE DE RASTREIO

A REDE DE RASTREIO COMUNITÁRIA: RESULTADOS

O maior estudo português sobre o VIH,
hepatites víricas e infeções sexualmente
transmissíveis.

REDE DE RASSTREIO

**O maior estudo português sobre o VIH,
hepatites víricas e infeções sexualmente
transmissíveis.**

REDE DE RASTREIO

PROMOTOR



PARCEIROS



APOIO AO GAT



ORGANIZAÇÕES MEMBRO DA REDE INCLUÍDAS NO PRESENTE RELATÓRIO



O projeto "Rede de Rastreamento Comunitária" beneficiou de um apoio de 278.000€ da Islândia, Liechtenstein e Noruega através dos EEA Grants, Programa "Iniciativas em Saúde Pública", operado pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.



AUTORES

Daniel Simões, Rosa Freitas, Luís Mendão, Miguel Rocha

Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT)

Paula Meireles, Ana Aguiar, Raquel Lucas, Henrique Barros

EPIUnit - Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP)

Carmo Koch, Edite Guedes, Cláudia Vaz, Filipe Vasconcelos, Susana Fernandes,

Sofia Leal, Fernando Araújo

Serviço de Imunohemoterapia, Centro Hospitalar de São João (SIH-CHSJ)

Copyright 2016
Todos os direitos reservados

Este relatório não pode ser reproduzido ou utilizado por nenhum modo, eletrónico ou mecânico, incluindo fotocópias, gravações sem autorização, ou por escrito.
As citações são autorizadas desde que mencionem a fonte.

Título

A Rede de Rastreio Comunitária: Resultados

Editor

Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto
Rua das Taipas, 135, 4050-600 Porto
NIF: 509093892

Autores

Daniel Simões, Rosa Freitas, Luís Mendão, Miguel Rocha
Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT)

Paula Meireles, Ana Aguiar, Raquel Lucas, Henrique Barros
EPIUnit - Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP)

Carmo Koch, Edite Guedes, Cláudia Vaz, Filipe Vasconcelos, Susana Fernandes, Sofia Leal,
Fernando Araújo
Serviço de Imunohemoterapia, Centro Hospitalar de São João (SIH-CHSJ)

ISBN:

978-989-99644-2-6 — PDF
978-989-99644-1-9 — Impresso

Tiragem: 2500 exemplares

ÍNDICE

SUMÁRIO EXECUTIVO.....	1
1.INTRODUÇÃO.....	3
2. O PROJETO REDE DE RASTREIO COMUNITÁRIA	5
2.1 Contextualização do projeto.....	5
a) O rastreio de base comunitária em Portugal.....	5
b) Questões regulamentares.....	8
2.2 Estabelecimento da Rede de Rastreio	9
a) Gestão do processo — Contactos com as ONG.....	9
b) Formação às organizações	10
c) Visitas de monitorização.....	10
2.3 Controlo da qualidade	11
a) Controlo da qualidade externo (CQE)	11
b) Visitas/auditorias aos centros.....	12
2.4 Processo de rastreio	14
Testes, Motivos e Local de Rastreio	19
Conhecimento dos locais de rastreio	21
Motivo para teste	21
Resultado rastreio — casos prevalentes e referências.....	23
I) VIH	25
II) Hepatite C	28
III) Hepatite B	31
IV) Sífilis.....	34
V) Coinfecções	37
2.5 Vigilância epidemiológica de segunda geração	37
a) Utentes e seguimento prospetivo	38
b) Recolha de informação	38
c) Ética, consentimento informado e identificação dos utentes	39
d) Resultados.....	40
Caracterização sociodemográfica.....	40
História de Testes	43
Comportamentos sexuais	46
Uso de substâncias psicotrópicas	49
Prevenção farmacológica da infeção por VIH.....	51
Violência	53
Descrição das recusas	55
3. CONCLUSÕES	61
4. ANEXOS	69

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Avaliação dos requisitos auditados por centro.....	13
Tabela 2: Parâmetros dos programas de rastreio de VIH, VHB, VHC e sífilis da Rede de Rastreio.....	14
Tabela 3: Distribuição dos inquiridos com resultado reativo e não reativo para o VIH quanto ao local do rastreio.....	25
Tabela 4: Distribuição dos inquiridos com resultado reativo e não reativo para o VIH por características sociodemográficas	26
Tabela 5: Distribuição dos inquiridos com resultado reativo e não reativo para o VIH por população-chave.....	27
Tabela 6: Distribuição dos inquiridos com resultado reativo e não reativo para o VHC quanto ao local do rastreio	28
Tabela 7: Distribuição dos inquiridos com resultado reativo e não reativo para o VHC por características sociodemográficas	29
Tabela 8: Distribuição dos inquiridos com resultado reativo e não reativo para o VHC por população-chave.....	30
Tabela 9: Distribuição dos inquiridos com resultado reativo e não reativo para o VHB (antigénio HBs) quanto ao local do rastreio	31
Tabela 10: Distribuição dos inquiridos com resultado reativo e não reativo para o VHB por características sociodemográficas.....	32
Tabela 11: Distribuição dos inquiridos com resultado reativo e não reativo para o VHB por população-chave.....	33
Tabela 12: Distribuição dos inquiridos com resultado reativo e não reativo para a sífilis quanto ao local do rastreio.....	34
Tabela 13: Distribuição dos inquiridos com resultado reativo e não reativo para a sífilis por características sociodemográficas	35
Tabela 14: Distribuição dos inquiridos com resultado reativo e não reativo para a sífilis por população-chave.....	36
Tabela 15: Distribuição dos inquiridos por género dos parceiros sexuais.....	46

ÍNDICE DE FIGURAS, MAPAS E GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição no horizonte temporal do projeto: número de testes reportados para cada uma das infeções, momento de entrada de cada organização, versões dos instrumentos de recolha de dados	19
Gráfico 2. Distribuição dos inquiridos pela forma de conhecimento do serviço de rastreio.....	21
Gráfico 3. Distribuição dos inquiridos por motivo para fazer pelo menos um dos testes de rastreio	22
Gráfico 4. Distribuição dos inquiridos por classe etária nos géneros masculino e feminino	41
Gráfico 5. Distribuição dos inquiridos por nível mais alto de escolaridade obtido.....	42
Gráfico 6. Distribuição dos inquiridos segundo terem feito teste anterior de VIH e data do último teste.....	43
Gráfico 7. Distribuição dos inquiridos segundo terem feito teste anterior de VHC e data do último teste	44
Gráfico 8. Distribuição dos inquiridos segundo terem feito teste anterior de VHB e data do último teste	45
Gráfico 9. Distribuição dos inquiridos segundo terem feito teste anterior de Sífilis e data do último teste	45
Gráfico 10. Distribuição dos inquiridos que tiverem relações sexuais a troco de dinheiro ou bens porgénero nos 12 meses anteriores	46
Gráfico 11. Distribuição dos inquiridos de acordo com o uso do preservativo com parceiro regular.....	47
Gráfico 12. Distribuição dos inquiridos de acordo com uso do preservativo com parceiro ocasional.....	48
Gráfico 13. Distribuição dos inquiridos que reportaram ter tido relações sexuais a troco de dinheiro ou bens nos 12 meses anteriores de acordo com uso do preservativo com parceiro comercial.....	48
Gráfico 14. Distribuição dos inquiridos de acordo com o momento do último consumo de drogas por via injetada	49
Gráfico 15. Distribuição dos inquiridos de acordo com o momento do último consumo de drogas por via inalada.....	50
Gráfico 16. Distribuição dos inquiridos de acordo com o tempo desde o último consumo de drogas por via fumada	51
Gráfico 17. Distribuição dos inquiridos por interesse em utilizar a PrEP se esta ficasse disponível.....	52
Gráfico 18. Distribuição dos inquiridos por local de preferência para dispensa da PrEP.....	53
Gráfico 19. Distribuição dos inquiridos por motivo de violência física.....	53
Gráfico 20. Distribuição dos inquiridos por motivo de violência psicológica/verbal.....	54
Gráfico 21. Distribuição dos inquiridos por motivo de violência sexual	55
Gráfico 22. Distribuição dos inquiridos por classe etária e género nas recusas	55
Gráfico 23. Distribuição dos inquiridos por nível mais alto de escolaridade obtido.....	56
Gráfico 24. Distribuição dos inquiridos segundo terem feito teste anterior de VIH e data do último teste	57
Gráfico 25. Distribuição dos inquiridos segundo terem feito teste anterior de VHC e data do último teste	58
Gráfico 26. Distribuição dos inquiridos segundo terem feito teste anterior de VHB e data do último teste.....	58
Gráfico 27. Distribuição dos inquiridos segundo terem feito teste anterior de sífilis e data do último teste	59
Gráfico 28. Distribuição dos inquiridos por motivo para não aceitar responder ao questionário	59
Figura 1. Distribuição do número de testes realizados por organização e/ou projeto que foram reportados à Rede de Rastreio	20
Figura 2. Distribuição dos inquiridos por população-chave	24
Figura 3. Resultado rastreio – casos prevalentes e referências.....	24
Figura 4. Distribuição dos inquiridos com resultado reativo para o teste VIH por população-chave.....	27
Figura 5. Distribuição dos inquiridos com resultado reativo para o teste VHC por população-chave	30
Figura 6. Distribuição dos inquiridos com resultado reativo para o teste VHB por população-chave	33
Figura 7. Distribuição dos inquiridos com resultado reativo para o teste sífilis por população-chave.....	36
Figura 8. Distribuição dos inquiridos com resultado reativo.....	37
Figura 9. Construção do código do participante.....	40
Figura 10. Identidade de género dos inquiridos	41
Figura 11. Distribuição dos inquiridos por país de nascimento	42
Figura 12. Distribuição dos inquiridos por conhecimento e terem feito PPE.....	51
Figura 13. Distribuição dos inquiridos por conhecimento e terem feito PrEP.....	52
Figura 14. Identidade de género dos inquiridos nas recusas	55
Figura 15. Distribuição dos inquiridos por país de nascimento	57

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ADMT – Associação para o Desenvolvimento da Medicina Tropical
AgHBs – Antígeno de superfície do vírus da hepatite B
AHF – AIDS Healthcare Foundation
AJPAS – Associação de Intervenção Comunitária, Desenvolvimento Social e de Saúde
Anti-HBc – Anticorpo para o antígeno do core do vírus da hepatite B
APCSPS – Associação para a Proteção em Cuidados de Saúde e Promoção Social
APDES – Agência Piaget para o Desenvolvimento
CAD – Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce VIH
CDC – Centers for Disease Control and Prevention
CHSJ – Centro Hospitalar de São João
CNSIDA – Coordenação Nacional para a infeção VIH/SIDA
CQE – Controlo da qualidade externo
DBS – Dried Blood Spots
DGS – Direção-Geral de Saúde
ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control
EEA Grants – European Economic Area Grants
ERS – Entidade Reguladora da Saúde
GAT – Grupo de Ativistas em Tratamento
GAF – Gabinete de Atendimento à Família
HSH – Homens que têm sexo com homens
IDT - Instituto da Droga e da Toxicodependência
IHMT – Instituto de Higiene e Medicina Tropical
ISPUP – Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto
MAPS – Movimento de Apoio à Problemática da SIDA
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização não-governamental
PALOP – País africano de língua oficial portuguesa
PAEQ – Programas de avaliação externa da qualidade
PREVIH – Infeção VIH/sida nos grupos de homens que tem sexo com homens e trabalhadores sexuais: prevalência, determinantes, intervenções de prevenção e acesso aos serviços de saúde
PUD – Pessoas que usam drogas
Ser+ - Associação Portuguesa para a Prevenção e Desafio à SIDA
SIH – Serviço de Imunohemoterapia
SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SNS – Serviço Nacional de Saúde
TS – Trabalhadores do Sexo
UE/EEE – União Europeia/Espaço Económico Europeu
UDI – Utilizadores de drogas injetáveis
VHB – Vírus da Hepatite B
VHC – Vírus da Hepatite C
VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

SUMÁRIO EXECUTIVO

A Rede de Rastreio Comunitária foi desenvolvida em Portugal tendo em vista a implementação de uma rede nacional de rastreio rápido, com base em organizações e projetos de base comunitária que trabalham com os grupos-chave para a epidemia de Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), hepatites víricas e infeções sexualmente transmissíveis (IST) – pessoas que usam drogas (PUD), trabalhadores do sexo (TS), homens que têm sexo com homens (HSH) e migrantes.

No final do mês de abril de 2016, término do financiamento EEA Grants, a Rede de Rastreio contava com a participação de 16 organizações, tendo sido formados para a realização de rastreio 65 técnicos de todas as organizações.

Número de testes realizados

- Entre agosto de 2015 e abril de 2016 foram efetuados 15 717 testes: 6 046 para o VIH, 2 951 para a hepatite C, 2 304 para a hepatite B e 4 416 para a sífilis.

Teste para o VIH e resultado do rastreio

- 42,7% dos inquiridos disse nunca ter feito um teste para o VIH. Entre aqueles que referiram já ter realizado o teste 28,6% fizeram-no antes de 2015.
- A prevalência autorreportada de infeção pelo VIH (entre aqueles que alguma vez tinham feito o teste) foi de 1,2%.
- Foram realizados 6 046 testes de VIH a 5 551 utentes dos quais 118 (2,2%) tiveram um resultado reativo. Destes, 94 (79,7%) aceitaram a referenciação proposta pela organização.

Teste para o vírus da hepatite C (VHC) e resultado do rastreio

- 75,4% dos inquiridos disse nunca ter feito um teste para o VHC. Entre aqueles que referiram já ter realizado o rastreio 12,0% fizeram-no antes de 2015.
- Foram realizados 2 951 testes de VHC a 2 778 utentes dos quais 52 (1,9%) tiveram um resultado reativo. Destes, 42 (80,8%) aceitaram a referenciação proposta pela organização.

Teste para o vírus da hepatite B (VHB) e resultado do rastreio

- 78,4% dos inquiridos disse nunca ter feito um teste para o VHB. Entre aqueles que referiram já ter realizado o rastreio 13,5% fizeram-no antes de 2015.
- Foram realizados 2 304 testes de VHB a 2 129 utentes dos quais 44 (2,1%) tiveram um resultado reativo. Destes, 37 (84,1%) aceitaram a referenciação proposta pela organização.

Teste para a sífilis e resultado do rastreio

- 88,6% dos inquiridos disse nunca ter feito um teste para a sífilis. Entre aqueles que referiram já ter realizado o rastreio 3,7% fizeram-no antes de 2015.
- Foram realizados 4 416 testes de sífilis a 3 844 utentes dos quais 160 (4,2%) tiveram um resultado reativo. Destes, 122 (76,3%) aceitaram a referenciação proposta pela organização.

Comportamento sexual

- No momento em que responderam ao questionário, 87,6% (n=1489) dos homens, 74,5% (n=778) das mulheres e 100% (n=23) das mulheres transgénero, reportaram ter tido relações sexuais nos 12 meses anteriores.
- Relativamente ao uso do preservativo nos 12 meses anteriores e na última relação sexual, 248 (19,1%) e 506 (38,9%) dos inquiridos referiram ter usado preservativo, respetivamente.
- De entre aqueles que referiram ter tido relações sexuais sem preservativo nos 12 meses anteriores, 890 (68,0%) referiram que não usaram sempre preservativo com parceiro regular e 238 (18,3%) referiram que não usaram sempre preservativo com parceiro ocasional.
- Dos 315 (13,8%) inquiridos que tiveram relações sexuais a troco de dinheiro ou bens, 49 (19,0%) referiram não ter usado sempre preservativo com parceiro comercial.

Uso de substâncias psicotrópicas

- 59 (3,4%) inquiridos referiram ter consumido droga por via injetada alguma vez, sendo que destes, 12 (20,3%) referiram que o último consumo tinha sido nas 72 horas anteriores ao momento do questionário.
- 165 (9,5%) inquiridos referiram ter tido consumos de drogas por via inalada, sendo que destes, 5 (3%) referiram que o último consumo tinha sido nas 72 horas anteriores.
- 174 (10%) dos inquiridos referiram ter tido consumos de drogas por via fumada alguma vez e 33 (19%) destes referiram que o último consumo tinha sido nas 72 horas anteriores.

Prevenção farmacológica da infeção por VIH

- 433 (18%) inquiridos referiram já ter ouvido falar da profilaxia pós-exposição (PPE) sendo que 1,2% reportou já ter realizado PPE alguma vez na vida.
- Apenas 300 (12,4%) inquiridos tinha ouvido falar da profilaxia pré-exposição (PrEP) e 3 (0,1%) referiram tê-la feito nos últimos 12 meses.

Experiência de violência

- Dos 200 (11,4%) utentes vítimas de violência física durante a idade adulta, 55% referiram-no no contexto de relacionamento íntimo.
- 294 (16,8%) utentes referiram ter sido vítimas de violência psicológica/verbal durante a idade adulta sendo o contexto do relacionamento íntimo a resposta mais prevalente (54,8%).
- Dos 63 (3,6%) utentes vítimas de violência sexual durante a idade adulta, verificou-se mais uma vez que o contexto de relacionamento íntimo foi o mais prevalente (55,6%).

1. INTRODUÇÃO

Atualmente existem mais pessoas que nunca a viver com a infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) em todas as regiões do mundo. Num contexto em que a taxa de incidência de infeção vem diminuindo desde 2001, a prevalência crescente justifica-se pelo sucesso global na diminuição da mortalidade por SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), em grande parte consequente ao aumento da cobertura da terapêutica antirretrovírica, bem como da sua eficácia no controlo da infeção (1). Este retrato epidemiológico realça ainda a importância do teste da infeção pelo VIH como condição necessária e etapa limitante no processo de reconhecimento e gestão da infeção, aos níveis individual e populacional. Se partirmos da estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) de que 46% das pessoas que vivem com VIH desconhecem o seu estatuto serológico, torna-se ainda mais evidente o potencial impacto de serviços adequados de teste e tratamento no curso futuro da epidemia (2).

O teste VIH é bem reconhecido como um dos pilares fundamentais da resposta ao VIH/SIDA, mas é também cada vez mais clara a necessidade de a oferta do teste refletir as especificidades da epidemia em cada contexto. Nos países da União Europeia/Espaço Económico Europeu (UE/EEE) foram diagnosticadas 29 992 pessoas com VIH em 2014, o que corresponde a uma taxa de incidência de 5,9 por 100 000 habitantes (3). Em Portugal, foram notificados 1 220 novos diagnósticos de VIH em 2014 (4), dos quais se estima que mais de 50% foram tardios, o que realça a persistência de barreiras efetivas ao teste (5). A categoria de transmissão mais declarada no nosso país permanece a heterossexual, representando 61% das notificações em 2014. O sexo entre homens, que é a principal categoria de transmissão na restante EU/EEE, é referido em 31% das infeções em Portugal. São, no entanto, de sublinhar o consistente aumento do número absoluto e a crescente contribuição relativa do sexo entre homens para os novos casos de VIH em Portugal nas últimas décadas. Atualmente, estima-se ainda que a partilha de material de injeção – tipicamente relevante em epidemias concentradas – é responsável por menos de 5% dos novos casos no nosso país. No que diz respeito à origem geográfica, perto de 20% dos indivíduos com novos diagnósticos nasceram fora de Portugal, sendo que três quartos destes num país da África subsariana. Estima-se ainda que mais de 80% dos indivíduos diagnosticados de novo em 2014 residiam em distritos do litoral do país, sobretudo nas maiores áreas urbanas. De uma forma geral, este retrato da epidemia portuguesa aponta para assimetrias populacionais relevantes, no que diz respeito tanto ao risco de infeção como ao acesso ao teste, o que reforça a importância da oferta do teste às populações mais afetadas, como os homens que têm sexo com homens (HSH), os trabalhadores sexuais (TS), os migrantes e os utilizadores de drogas injetáveis (UDI), onde algumas estimativas de prevalência atingem os 10%.

Por várias razões, desde históricas a biológicas, muito menos se sabe sobre a frequência ou as tendências temporais de outras doenças transmissíveis que frequentemente coexistem com o VIH porque com este partilham vias de transmissão e consequentemente populações mais afetadas, como as hepatites víricas e a sífilis. Esta assimetria torna evidente a necessidade da criação de serviços definidos pelas necessidades da população-alvo e não pela entidade nosológica, bem como da criação de estruturas e processos de recolha de informação epidemiológica que permitam melhor conhecer estas epidemias em Portugal.

Relativamente à infeção pelo vírus da Hepatite B (VHB), embora a sua incidência tenha diminuído acentuadamente na generalidade dos países de elevado rendimento em parte pela existência de uma vacina

efetiva e segura, esta infeção continua a ser um problema grave de saúde pública, especialmente em regiões como a Ásia, a África e a América do Sul (6). Refletindo esta distribuição, na Europa Ocidental, as mais elevadas prevalências da infeção encontram-se em populações migrantes e estão essencialmente relacionadas com a falta de vacinação (7). Dentro do contexto europeu, Portugal parte de uma prevalência quase considerada intermédia de infeção pelo VHB (1-2% de antigénio de superfície do vírus da hepatite B [AgHBs] na década de 1980) e verifica uma clara tendência decrescente refletida no Inquérito Serológico Nacional de 2001/2, que estima uma prevalência de AgHBs de 0,4% e de anticorpo para o antigénio do core do vírus da hepatite B (anti-HBc) de 4,9% (8). Já em 2010 a prevalência de infeção aguda em novos dadores de sangue foi 0,14% (9). Com base nos dados das notificações, cuja cobertura se reconhece não ser ótima, o *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) estimou uma taxa de incidência de 0,1 casos por 100 000 habitantes no ano de 2013 (10). É de salientar a frequência comparativamente elevada de portadores do VHB entre imigrantes que residem em Portugal (5%) que levou à recomendação específica, pelo *Viral Hepatitis Prevention Board*, da oferta de rastreio do VHB em migrantes (11). No que diz respeito à infeção pelo vírus da hepatite C (VHC), uma revisão recente estima atualmente uma prevalência de 1-1,5%, dos quais se assume que mais de dois terços não estejam diagnosticados (12). Usando apenas os dados das notificações, a Direção-Geral da Saúde (DGS) estimava em 2006 uma taxa de incidência de 0,83 por 100 000 habitantes (13). No entanto, mais do que a prevalência na população geral, importa destacar as populações nas quais a carga de infeção pelo VHC é desproporcionadamente elevada: mais de um terço dos utentes que integravam a rede de tratamento da toxicodependência em 2007/8 tinham história de infeção pelo VHC, enquanto esta prevalência era superior a 20% na população de um estabelecimento prisional (14).

Por último, no que diz respeito à sífilis, os dados da estrutura formal de vigilância indicam um aumento na taxa de incidência, de 0,9 para 2,5 novos diagnósticos por 100 000 habitantes entre 2008 e 2012 (15). Em parte, esta tendência reflete provavelmente um aumento recente na cobertura do teste e/ou da notificação. No entanto, é de salientar a possibilidade de um real aumento na frequência desta infeção, suportado por exemplo por uma observação recente em HSH que recorreram ao teste do VIH, entre os quais se 20% referiram já ter tido um diagnóstico de sífilis (16).

Neste contexto epidemiológico, e tirando partido da capacidade instalada nas instituições parceiras, o presente projeto de Rede de Rastreio surge com o objetivo de implementar uma resposta supletiva e descentralizada que promova o acesso ao teste do VIH, das hepatites B e C e da sífilis por populações com maiores barreiras no acesso às estruturas formais de saúde assegurando apoio e acompanhamento no processo de ligação das pessoas com resultados reativos às estruturas do Serviço Nacional de Saúde (SNS), sempre que estas o aceitem. Partindo desta infraestrutura, a Rede cria ainda condições para o estudo prospetivo da incidência destas infeções e dos seus preditores nos utentes dos serviços.

2. O PROJETO REDE DE RASTREIO COMUNITÁRIA

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO

a) O rastreio de base comunitária em Portugal

A disponibilização de testes de VIH para além dos serviços tradicionais do SNS teve início em Portugal em 1998, com a abertura do Centro de Rastreio Anónimo (CRA) da Lapa, atualmente Centro de Atendimento e Detecção de VIH SIDA (CAD) da Lapa. Em 2001, este centro e o posteriormente criado CRA de Faro tiveram os seus nomes alterados para Centros Anónimos de Diagnóstico, e foram abertos um conjunto de outros centros em diversos locais do país. Atualmente, no diretório do Programa Nacional, encontram-se mapeados 16 CAD em todo o território nacional (17).

Estas foram as primeiras estruturas a disponibilizar testes de forma gratuita, anónima e confidencial para o VIH.

Em 2006, numa parceria entre o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) e a Coordenação Nacional para a Infeção VIH/SIDA (CNSIDA), deu-se início ao Programa Klotho, onde equipas que trabalhavam na área da Redução de Riscos e Minimização de danos foram treinadas para disponibilizar, em contextos de proximidade, e no âmbito da sua intervenção usual, testes rápidos VIH. Este programa tinha um foco em rastrear pessoas que usam drogas, e que recorriam a estas estruturas para outros serviços de apoio (18).

Quer a rede CAD, quer o Programa Klotho tiveram impactos muito positivos na minimização do número de pessoas não diagnosticadas no nosso país, continuando a rede CAD atualmente a realizar mais de 15 000 testes de VIH por ano, número que se mantém desde 2007, com uma taxa de reatividade de 0,65% em 2014¹.

Tem sido claro, no entanto, que a resposta da rede CAD não consegue chegar a todas as pessoas em risco, tal como não o conseguem as estruturas formais do SNS. À semelhança de muitos outros países, e sendo a epidemia VIH em Portugal concentrada quer geograficamente, quer em grupos-chave, tornou-se essencial que existissem respostas de proximidade, ajustadas às necessidades dos grupos mais atingidos por esta epidemia, no sentido de maximizar a adesão ao teste, e de melhor chegar aos grupos em questão.

Foi neste enquadramento que, em abril de 2011, foi inaugurado o primeiro centro de rastreio comunitário em Portugal, o CheckpointLX. Este, na altura cofinanciado pela CNSIDA, afirmou-se ao longo dos últimos anos como um dos pontos mais eficazes de diagnóstico de infeções de VIH na população que serve, e ainda como um centro de excelência em termos de rastreio de base comunitária, sendo reconhecido pela OMS como um exemplo de boas práticas em 2015.

¹ Apresentação Dr. António Diniz, 19 de novembro de 2014

No primeiro ano de atividade do CheckpointLX, eram disponibilizados apenas testes de VIH, tendo a oferta crescido ao longo dos anos, e oferecendo atualmente o rastreio de VIH, sífilis e VHC, bem como consulta médica de infeções sexualmente transmissíveis (IST).

No ano de 2012, e no enquadramento do projeto PREVIH - Infeção VIH/sida nos grupos de homens que tem sexo com homens e trabalhadores sexuais: prevalência, determinantes, intervenções e acesso aos serviços de saúde, financiado também pela CNSIDA, e liderado pelo Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT), a Associação para o Desenvolvimento da Medicina Tropical (ADMT) e o Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), teve início a segunda ronda de questionários, junto de HSH e TS, cujo objetivo era obter informação sobre a infeção pelo VIH nestes grupos, tendo como objetivo secundário a promoção do teste de VIH nos mesmos.

Na primeira ronda, a promoção do teste teve resultados muito abaixo do esperado. Eram entregues cartões aos participantes, que teriam de se deslocar a um dos CAD disponíveis no país para realizarem o teste, entregando o cartão no referido CAD, para que o seu resultado anonimizado fosse incluído no estudo. Dos cerca de 2000 participantes no estudo, pouco mais de 100 concluíram este processo².

Sendo a promoção do teste uma estratégia, já na altura, fundamental e recomendada pelo ECDC e OMS, o GAT, o IHMT, que coordenavam a implementação no terreno do projeto, em parceria com o Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP) e o Centro Hospitalar de São João (CHSJ), estruturaram e implementaram uma intervenção piloto onde se pretendia oferecer o rastreio aos participantes em contexto de proximidade, no momento de resposta ao questionário.

O piloto foi implementado em 9 organizações que aplicavam o questionário, que foram treinadas na aplicação do teste rápido de VIH e o ofereceram sistematicamente a todas as pessoas que aceitaram responder ao mesmo.

Os resultados do piloto confirmaram a vantagem da disponibilização em proximidade do rastreio rápido, sendo que dos 455 questionários aplicados, 396 respondentes aceitaram realizar teste rápido no momento do questionário. Excluindo as pessoas que reportaram diagnóstico prévio de VIH, e não foram rastreadas, a adesão ao rastreio foi de 91,4%, com uma prevalência de testes reativos de 2,8%. Os resultados do piloto foram apresentados na II Conferência do projeto, em 2012.

Ainda no contexto deste projeto, e na sequência da parceria com o CHSJ, foi pilotado um mecanismo de controlo da qualidade externo, por intermédio de amostras de sangue seco (DBS – *dried blood spot*), que se concluiu eficaz para o controlo da qualidade de estruturas de rastreio em proximidade. Dado o baixo orçamento disponível e as limitações na aquisição de materiais daí decorrentes, o volume de amostras não permitiu a publicação dos resultados, mas permitiu validar a técnica a usar.

Na sequência deste piloto, e na ausência de financiamento para projetos de rastreio de base comunitária no nosso país na altura, após um hiato em que as organizações participantes não dispuseram de testes de rastreio, a parceria entretanto formalizada entre o GAT e a *AIDS Healthcare Foundation* (AHF) em 2012 garantiu a partir desse ano que o GAT pudesse distribuir testes de VIH às organizações com quem trabalhava.

² Apresentação II Conferência PREVIH

Este foi o início de uma rede, até recentemente informal, de centros de rastreio de base comunitária, que formaram a base do que a Rede de Rastreio é hoje em dia.

Entre 2013 e 2015 foram fornecidos testes de VIH a estas equipas, apresentadas propostas de instrumentos de recolha de informação, trocadas experiências, iniciados mecanismos de reporte de dados, e cada um dos parceiros continuou, à medida das suas necessidades e possibilidades, o seu trabalho.

Os resultados apresentados em 2014, na conferência “HEPHIV 2014”, em Barcelona³, mostravam já na altura o potencial desta rede informal de parceiros, tendo sido efetuados, de janeiro a agosto desse ano, 2 528 testes de VIH (3,3% reativos). O embrião desta Rede era formado, na altura, por 7 organizações (Acompanha, Associação de Intervenção Comunitária, Desenvolvimento Social e de Saúde [AJPAS], Médicos do Mundo [MdM], Gabinete de Atendimento à Família [GAF], GAT, Positivo e Associação Portuguesa para a Prevenção e Desafio à SIDA [Ser+]), todas elas atualmente membros da Rede de Rastreio. Neste período, o CheckpointLX contabilizava mais de 75% do total de testes de VIH efetuados, estando muitos dos restantes projetos sem financiamento, ou com recursos limitados, o que dificultou durante um longo período o seu desenvolvimento e crescimento.

Nesta altura, o único teste disponibilizado era o de VIH, e a recolha e reporte de dados eram da exclusiva responsabilidade de cada organização, sendo recolhidos e reportados ao GAT (que distribuía os testes) apenas indicadores mínimos numa base mensal para análises muito gerais e reporte a parceiros e financiadores.

Ainda neste período o GAT coordenou em Portugal a formação de equipas e distribuição de testes na primeira (2013), segunda (2014) e terceira (2015) Semanas Europeias do Teste, que envolveram respetivamente 14 organizações, num total de 17 pontos de rastreio em 2013, 15 organizações, com mais de 23 pontos de rastreio em 2014 e 17 organizações com mais de 25 pontos de rastreio em 2015, sendo que neste ano, já no enquadramento da Rede de Rastreio, as organizações membro da Rede disponibilizaram rastreio de VIH, hepatites víricas e sífilis, fornecidos pelo promotor do projeto, e não contabilizados neste relatório.

Ainda em 2014, o Programa Nacional para a infeção VIH/SIDA e Tuberculose, após dois anos sem novos financiamentos para projetos da Sociedade Civil, abriu concursos para projetos de um ano focados na prevenção e promoção do diagnóstico precoce junto dos grupos-chave. Pensamos que os resultados dos vários projetos no terreno e contínua pressão da Sociedade Civil para a promoção do diagnóstico precoce junto dos grupos-chave nos anos anteriores terá contribuído para esta prioridade no financiamento público.

Durante 2014 e 2015 tornou-se cada vez mais óbvia a necessidade não só de aumentar os pontos de rastreio disponíveis, dirigidos a grupos-chave, dadas quer as indicações internacionais, quer a informação disponível no nosso país, como aumentar o leque de opções de rastreio disponíveis. Informação de projetos do GAT no terreno (como o CheckpointLX, e o INMouraria por exemplo), bem como o diálogo com a Rede de parceiros, dava nota da necessidade de disponibilizar sistematicamente ou com critérios, em determinados contextos, rastreios para hepatites víricas, bem como para sífilis.

³ http://hiveurope.eu/Portals/0/Conference%202014/Poster%20presentations/PO5_12.pdf

A abertura, em 2015, de novos financiamentos por parte do Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA e Tuberculose, para projetos de rastreio, desta vez para um período de dois anos, permitiu que algumas das intervenções que tinham tido financiamento no ano anterior pudessem ver assegurada a sua sustentabilidade, bem como a emergência de novos pontos de rastreio de VIH.

No entanto, e mais uma vez, as hepatites B e C e a sífilis não faziam parte das prioridades dos concursos.

Ainda, ao longo deste percurso, tornou-se cada vez mais óbvia a necessidade de encontrar um mecanismo generalizável de recolha, aglomeração e reporte de informação, quer para fazer face à necessidade das próprias organizações de documentarem e reportarem o seu trabalho de forma facilitada, quer numa perspetiva de estruturar um sistema de vigilância epidemiológica nos grupos-chave, foco do trabalho destas organizações.

A abertura das candidaturas ao Programa “Iniciativas em Saúde Pública”, financiado pelos *European Economic Area Grants* (EEA Grants), configuravam assim a oportunidade perfeita para a adequada estruturação, capacitação e expansão desta Rede, transformando colaborações informais numa resposta articulada, integrada e inovadora, capaz não só de disponibilizar serviços de rastreio de alta qualidade, como de gerar informação atualizada sobre as infeções rastreadas.

A parceria inicial do piloto efetuado em 2012 foi, desta forma, reconstruída, e quer as organizações com quem a colaboração nunca cessou, quer um conjunto de antigos e novos parceiros foram assim recontactados no sentido de estruturar a atual Rede de Rastreio Comunitária.

Em 13 de maio de 2015, o contrato de financiamento do projeto foi assinado, assegurando o financiamento do projeto para o período de 15 de maio de 2015 a 30 de abril de 2016.

b) Questões regulamentares

Um dos desafios na estruturação deste projeto foi, desde o piloto, a ausência de normas de orientação ou regulamentação do rastreio de base comunitária em Portugal.

A abordagem escolhida pelos parceiros foi baseada nas orientações internacionais mais atuais das instituições de referência, incluindo a OMS, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) e o ECDC, bem como um trabalho em parceria com centros e projetos internacionais com experiência de rastreio em contextos comunitários.

Desde a abertura do CheckpointLX, com uma abordagem inovadora no contexto nacional, foi essencial para o GAT garantir a qualidade e o respeito não só dos utilizadores do centro como garantir as condições e premissas necessárias à realização do teste, quer de um ponto de vista ético (como anonimato e confidencialidade, abordagem sem julgamentos e respeito pela autodeterminação), quer do ponto de vista das condições em que o processo de rastreio decorre.

Baseando-nos nas recomendações referidas, foi criado um manual de procedimentos onde são abordadas questões que abrangem desde as condições físicas para a realização dos rastreios às obrigações e compromissos das pessoas que os efetuam, passando por informação sobre as infeções rastreadas,

procedimentos de rastreio, modelos de rastreio com informação e/ou aconselhamento pré e pós teste, procedimentos e legislação em termos de referenciação, controlo da qualidade, entre outros.

Este manual pretende complementar um programa de formação baseado na mais recente evidência científica, que aborda os vários passos do programa de rastreio comunitário, desde o modelo de rastreio atualmente recomendado pela OMS, até à higienização dos espaços de rastreio e descarte de resíduos, por exemplo.

Considerando que não existem orientações oficiais que enquadrem o rastreio nestes contextos, foi objetivo da Rede de Rastreio criar um conjunto de condições que, quando implementadas, possam garantir a qualidade do processo de rastreio, quer no que diz respeito às condições físicas em que acontece, quer relativamente à qualidade do processo de aconselhamento e testagem, quer em termos de ligação a cuidados de saúde.

2.2. ESTABELECIMENTO DA REDE DE RASTREIO

No âmbito do projeto, foram estabelecidas parcerias protocolares entre o GAT, promotor do projeto, e as diferentes organizações que integraram a Rede de Rastreio (Figura 1. Mapeamento dos locais de rastreio comunitário)

a) Gestão do processo - Contactos com as ONG

A primeira fase de contactos teve como foco as organizações com quem o promotor tinha já contacto prévio, bem como as organizações que, por atividade própria ou por financiamento do Programa Nacional para a infeção VIH/SIDA e Tuberculose, estavam já vinculadas a ter no terreno projetos de rastreio.

A Rede apresentou-se a estas organizações como uma mais-valia quer em termos de formação técnica para o processo de rastreio, quer no que diz respeito à capacitação das mesmas em termos das condições em que este deve acontecer.

Ainda, a parceria entre o GAT e a AHF permitiu o fornecimento no âmbito da Rede de Rastreio de testes de VIH com reação em 1 minuto, que facilitam, em diversos contextos, a adesão ao rastreio rápido, bem como o fornecimento de testes e consumíveis para o rastreio de VHC, VHB e sífilis, algo que a quase totalidade dos projetos não dispunham anteriormente.

Estas mais-valias diretas traduzem-se na implementação de programas de rastreio mais eficientes, com capacidade de oferecer o rastreio para as quatro infeções que se encontram frequentemente em grupos semelhantes, e que partilham modos de transmissão e comportamentos de risco.

Adicionalmente, a recolha de dados *online* e a centralização da sua análise permite às organizações acederem mensalmente a um reporte estruturado da sua atividade de rastreio, o que não só minimiza o esforço de gestão de dados em equipas frequentemente sobrecarregadas de trabalho, como permite uma análise progressiva da atividade de cada projeto, fornecendo informação atualizada para o ajuste das intervenções em curso, se necessário.

Das organizações contactadas na primeira fase, todas acordaram em participar, embora uma das organizações não tenha, de facto, aderido, tendo, no entanto, contactado o promotor mais tarde, no sentido de formalizar a parceria.

Após esta primeira fase, proactivamente foram contactadas as organizações com atividade de rastreio comunitário no país, e foram dadas respostas a pedidos de organizações interessadas em iniciar essa atividade, embora algumas não se tenham concretizado.

Na altura da elaboração deste relatório (abril de 2016), a Rede de Rastreio é composta por 16 organizações, correspondendo a 25 locais de rastreio em todo o país.

b) Formação às organizações

Por forma a definir procedimentos padronizados durante todo o processo de trabalho entre as diferentes organizações, foram dinamizadas três ações de formação, por parte do GAT conjuntamente com o ISPUP. A primeira ação de formação decorreu em Lisboa nos dias 8 e 9 de outubro de 2015, a segunda formação teve lugar em Coimbra nos dias 15 e 16 de outubro de 2015 e a terceira formação decorreu no Porto nos dias 26 e 27 de março de 2016 tendo sido formados para o efeito 65 técnicos.

O treino teve a duração de dois dias, e abordou as seguintes temáticas:

- A Rede de Rastreio Comunitária, fundamentação e objetivos 2015-2016;
- Modelos de atendimento dos centros de rastreio de base comunitária;
- Licenciamento dos centros pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS);
- Planos de higienização e de gestão de resíduos de centros de rastreio;
- Infeção por VIH, VHB, VHC e sífilis;
- Programas de rastreio e aconselhamento;
- Recolha e comunicação de dados.

Todo o programa de treino foi desenvolvido com base na regulamentação existente no nosso país, aplicável ou a organizações não-governamentais (ONGs), quando exista, ou a Centros de Saúde (quando não exista especificamente para ONG), embora se reconheçam diferenças fundamentais entre um tipo de estrutura e o outro.

Ainda, toda a informação sobre o modelo de rastreio, informação sobre as infeções (transmissão e prevenção) e epidemiologia teve como base a mais recente literatura científica, e as linhas de orientação para o rastreio da OMS, de 2015.

c) Visitas de monitorização

Após a formação, todas as organizações foram alvo de um processo de acompanhamento remoto (telefone e email) e presencial. Cada organização membro da Rede recebeu por parte da coordenação do projeto diversas visitas, cujo objetivo foi abordar questões que possam ter surgido após a formação e avaliar dificuldades e formas de as ultrapassar.

O contacto presencial não só permitiu uma gestão de proximidade no processo, como permitiu a discussão das perspetivas e planos das organizações, que se refletem também na forma como o projeto é conduzido. Dado que uma parte significativa das organizações membro já disponibilizavam rastreios rápidos para o VIH, o processo de monitorização não identificou problemas de maior do ponto de vista técnico. Muitas das questões abordadas estavam ligadas ao processo de gestão de dados e a questões como o registo na ERS, o descarte de resíduos e a higienização, procedimentos mais ligados ao adequado registo e gestão dos espaços.

2.3. CONTROLO DA QUALIDADE

Os testes rápidos para detetar a presença de infeções apresentam características únicas: são realizados por pessoas sem uma formação laboratorial específica de base. Pode não haver possibilidade de reanálise da amostra. E não são usados métodos convencionais de controlo da qualidade. No entanto, o grau de exatidão e de fiabilidade dos testes rápidos são críticos para o sucesso dos programas de prevenção. Tendo em vista assegurar que estas características estão garantidas e que a ocorrência de erros está reduzida ao mínimo, é essencial a implementação de um sistema da qualidade que abranja todos os processos e procedimentos envolvidos na realização dos testes.

O sistema da qualidade a implementar deve incluir atividades que avaliem todas as fases dos procedimentos em uso, de modo a garantir a qualidade global do processo, a deteção de não conformidades, a implementação de ações corretivas, levando, em última análise, a uma diminuição dos custos e a um aumento da eficiência do processo de vigilância epidemiológica e melhoria na qualidade dos cuidados de saúde.

Neste contexto surgiram os programas de avaliação externa da qualidade (PAEQ) que são uma ferramenta importante que beneficia os centros de rastreio participantes através de:

- identificação e avaliação da capacidade de realização dos testes;
- orientação na tomada de ações corretivas e oportunidades de melhorias;
- levantamento das necessidades de formação;
- avaliação dos métodos de diagnóstico utilizados.

De um modo geral o PAEQ incluiu a realização de controlo da qualidade externo e visitas/auditorias de monitorização *in-loco*.

a) Controlo da qualidade externo (CQE)

O procedimento de CQE é importante para assegurar que os testes são realizados de modo apropriado e que os reagentes estão a reagir como o esperado.

Geralmente é organizado por um laboratório de referência e consiste no envio de um painel de amostras com reatividade desconhecida pelos participantes. Estes realizam os testes com as amostras recebidas e enviam os resultados para o laboratório de referência que irá analisar os dados, fazer a avaliação do desempenho e informar cada centro.

Neste projeto, o Serviço de Imunohemoterapia (SIH) do CHSJ foi o laboratório de referência que organizou o CQE. Este serviço é certificado ao abrigo da norma NP EN ISO 9001:2015 e tem os ensaios acreditados pela norma NP EN ISO/IEC 17025:2005.

Foi enviado para cada centro um painel de 8 amostras de plasma, com reatividade desconhecida, pelos participantes, e dirigida para 4 agentes infecciosos: VIH, VHB, VHC e *Treponema pallidum*. Para cada agente foi selecionada uma amostra positiva e uma amostra negativa. Previamente ao envio das amostras, os centros foram informados sobre todos os passos necessários e relacionados com o procedimento em causa.

Os resultados obtidos pelos centros de rastreio foram analisados e o grau de desempenho foi comunicado a cada centro participante, salientando-se que todos os participantes obtiveram excelentes resultados.

b) Visitas/auditorias aos centros

Um elemento chave para o sucesso de um sistema da qualidade é a melhoria contínua, constituindo as visitas/auditorias um componente essencial no processo de avaliação.

As visitas aos centros – incluindo unidades fixas e móveis – para a monitorização *in-loco*, teve como objetivo a avaliação de boas práticas, podendo, também, identificar oportunidades de melhoria. Esta avaliação foi efetuada seguindo uma *checklist* previamente elaborada focando os aspetos essenciais da qualidade, tais como a formação do pessoal, registos, documentos, instalações e segurança.

A equipa avaliadora (2 elementos) do CHSJ agendou e confirmou com os elementos da equipa dos centros, as datas das auditorias. Cada auditoria foi efetuada na presença dos dois elementos da equipa avaliadora do CHSJ e por um elemento da equipa de cada centro. Até ao presente momento foram auditadas 10 organizações que fazem parte integrante da Rede de Rastreio. Para as restantes organizações, assim como as organizações que entraram no mês de maio, serão agendadas datas para se proceder ao processo de auditoria.

Os centros avaliados demonstraram aplicar as exigências em termos da qualidade, nomeadamente em relação à formação e competência dos seus elementos integrantes, em relação às condições físicas das suas instalações, ao adequado armazenamento e utilização dos reagentes e consumíveis, assim como à execução dos testes, conforme instruções recomendadas.

Relativamente aos requisitos avaliados (tabela 1), nenhum centro demonstrou incumprimentos ou irregularidades. A equipa avaliadora propôs aos centros oportunidades de melhoria em determinados pontos específicos.

Tabela 1: Avaliação dos requisitos auditados por centro

AVALIAÇÃO DOS REQUISITOS AUDITADOS POR CENTRO	
<ul style="list-style-type: none"> • Descrição das funções dos técnicos que realizam os testes • Qualificação e competência para exercer as funções • Infraestrutura que permita a correta operacionalização da conformidade dos serviços (exemplos: edifícios e meios associados, equipamento, incluindo hardware e software, tecnologia de informação, etc.) • Autorização de funcionamento do centro • Manter o ambiente necessário para a operacionalização (fatores sociais e físicos) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Identificação (marca, modelo, nº série, fabricante) • Plano de manutenção • Registos das intervenções de manutenções, reparações e calibrações • Instruções do fabricante 	
<ul style="list-style-type: none"> • Registo da marca, lote e data de validade • Registo dos controlos da qualidade internos efetuados e dos resultados obtidos • Existência de protocolos de qualidade 	
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimento com a descrição de como são efetuados os registos • Traceabilidade entre os testes realizados, os lotes dos reagentes e o técnico que os efetuou • Mecanismos usados para a garantia de confidencialidade dos registos • Documentação das amostras remetidas para o CHSJ, as condições e o responsável pelo seu envio • Registo da realização dos testes: data, marca do teste, resultado e nome do profissional que realizou • Aconselhamento e seguimento dos indivíduos com resultado reativo • Protocolo de referenciação com hospitais de referência • Plano mensal de monitorização de atividade 	
<ul style="list-style-type: none"> • Descrição detalhada do processo 	
<ul style="list-style-type: none"> • Descrição do tratamento dos lixos, de acordo com o risco biológico associado • Existência de contrato com empresas creditadas para este fim 	

Como pontes fortes, a equipa auditora destacou: a demonstração de empenho no cumprimento dos requisitos de qualidade, a forte motivação na melhoria contínua da implementação das normas e o interesse na formação e atualização de conhecimentos dos seus elementos, através da promoção de ações formativas. Os centros dispõem de procedimentos estabelecidos para o aconselhamento de indivíduos com resultados reativos, assim como o seu encaminhamento e referenciação para unidades hospitalares com vista à confirmação dos resultados reativos.

2.4. PROCESSO DE RASTREIO

Relativamente aos parâmetros de rastreio de VIH, VHB, VHC e sífilis da Rede de Rastreio, apresenta-se uma tabela resumo do processo:

Tabela 2: Parâmetros dos programas de rastreio de VIH, VHB, VHC e sífilis da rede de rastreio

	VIH	VHB	VHC	SÍFILIS
População-alvo	Os dados epidemiológicos disponíveis sobre as epidemias de VIH, VHB, VHC e sífilis caracterizam-nas como concentradas, em particular nos profissionais do sexo, pessoas que usam drogas, população migrante e homens que têm sexo com homens. O rastreio é dirigido a estes grupos prioritários, mas não é exclusivo, qualquer pessoa que cumpra pelo menos um critério de seleção (abaixo) pode aceder a rastreio.			
Abordagem	<ul style="list-style-type: none"> Realizado por técnicos de rastreio comunitário (não obrigatoriamente profissionais de saúde) Anonimato dos participantes (baixo limiar de exigência) Aconselhamento informativo (não-diretivo) com apoio de folheto informativo VIH, VHB, VHC e sífilis 			
Avaliação rápida do risco e frequência do teste	<ul style="list-style-type: none"> As pessoas são instruídas para calcular o seu período janela. Considera-se período janela recente as que têm menos de 45 dias desde a exposição e período janela tardio as que têm 45 dias ou mais dias desde a exposição. Os de período janela recente são convidados a repetir o teste aos 30 dias e os de período janela tardio são convidados a repetir o teste aos 91 dias da exposição. As pessoas fora do período janela (90 dias ou mais) desde a exposição são convidadas a realizarem o rastreio de VIH e a repetir o teste sempre que aconteça nova situação de exposição (ver critérios de seleção). 	<ul style="list-style-type: none"> As pessoas são instruídas para calcular o seu período janela. Considera-se período janela recente as que têm menos de 30 dias desde a exposição e período janela tardio as que têm 30 dias ou mais dias desde a exposição. Os de período janela recente são convidados a repetir o teste aos 30 dias e os de período janela tardio são convidados a repetir o teste aos 61 dias da exposição. As pessoas fora do período janela (60 dias ou mais) desde a exposição são convidadas a realizarem o rastreio de VHB e a vacinarem-se de acordo com o Programa Nacional de Vacinação. 	<ul style="list-style-type: none"> As pessoas são instruídas para calcular o seu período janela. Considera-se período janela recente as que têm menos de 90 dias desde a exposição e período janela tardio as que têm 90 dias ou mais dias desde a exposição. Os de período janela recente são convidados a repetir o teste aos 90 dias e os de período janela tardio são convidados a repetir o teste aos 181 dias da exposição. As pessoas fora do período janela (180 dias ou mais) desde a exposição são convidadas a realizarem o rastreio de VHC e a repetir o teste sempre que aconteça nova situação de exposição (ver critérios de seleção). 	<ul style="list-style-type: none"> As pessoas são instruídas para calcular o seu período janela. Considera-se período janela recente as que têm menos de 30 dias desde a exposição e período janela tardio as que têm 30 dias ou mais dias desde a exposição. Os de período janela recente são convidados a repetir o teste aos 30 dias e os de período janela tardio são convidados a repetir o teste aos 91 dias da exposição. As pessoas fora do período janela (90 dias ou mais) desde a exposição são convidadas a realizarem o rastreio de sífilis e a repetir o teste sempre que aconteça nova situação de exposição (ver critérios de seleção).

<p>Critérios de seleção</p>	<p>Apesar da Rede de Rastreo estar dirigida a grupos prioritários, esta não usou “grupos de alto risco” como critério para o rastreo porque isso subentendia “que o risco está contido dentro do grupo, enquanto todos os grupos sociais, na verdade, estão interligados. O uso do termo grupo de alto risco pode criar uma falsa sensação de segurança em pessoas que têm comportamentos de risco, mas que não se identificam com esses grupos, e pode também aumentar o estigma e a discriminação contra os grupos designados. A composição dos grupos não coloca os indivíduos em risco; os comportamentos podem” (UNAIDS, 2015:8). Assim, a Rede de Rastreo, identificou os comportamentos de (potencial) risco (de transmissão) para cada epidemia e definiu os seguintes critérios de seleção:</p>			
	<p>Pessoas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - não usem sempre o preservativo no sexo vaginal ou anal; - têm sexo com Pessoas que vivem com VIH que tenham carga vírica detetável ou que não estejam em tratamento; - partilham ou partilharam material para consumo de drogas injetadas; - tenham rastreo reativo ou diagnóstico recente de outra infeção de transmissão sexual, tuberculose ou doença definidora de SIDA (ver linha abaixo). 	<p>Pessoas que não saibam que estão vacinadas e:</p> <ul style="list-style-type: none"> - partilham ou partilharam material para consumo de drogas injetadas; - são parceiros sexuais de Pessoas com a infeção aguda ou crónica por VHB e não usem sempre o preservativo no sexo oral, vaginal ou anal; - fazem trabalho doméstico ou são cuidadores, familiares ou profissionais, de Pessoas com a infeção aguda ou crónica por VHB; - estão em hemodiálise de longa duração; - foram viajantes internacionais para países com moderados a elevados índices de VHB (prevalência do aGHBs $\geq 2\%$); - foram submetidas a cirurgia e/ou transfusões de sangue em países com moderados a elevados índices de VHB; <p>Pessoas, independentemente de estarem vacinadas contra VHB, que sejam nascidas ou originárias de países com moderados a elevados índices de VHB, incluindo pessoas migrantes, refugiadas ou à procura de asilo e as crianças adotadas.</p>	<p>Pessoas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - partilham ou partilharam material para consumo de drogas injetadas; - partilham a palhinha, tubo ou nota para snifar drogas; - tenham sexo em grupo e não usem sempre preservativo no sexo vaginal, anal ou nos brinquedos sexuais usados na penetração e que não usem sempre preservativo novo com parceiro diferente; - façam <i>fisting</i> (penetração com mão e punho), recetivo ou insertivo, em grupo e não usem sempre luva na penetração vaginal ou anal ou que não usem sempre luva nova com parceiro diferente na penetração vaginal ou anal; - fizeram <i>piercings</i> ou tatuagens em casa, rua, prisão ou tropa; - são parceiros sexuais de pessoas com a infeção aguda ou crónica por VHC; - têm exposição sangue com sangue no local de trabalho; - receberam transfusão de sangue ou órgãos ou submetidas a cirurgias antes de 1992; - estão em hemodiálise de longa duração. 	<p>Pessoas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - não usem sempre preservativo no sexo oral, vaginal ou anal; - são parceiros sexuais de pessoas com infeção por sífilis não tratada; - têm rastreo reativo ou diagnóstico recente de outra infeção de transmissão sexual.

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atrofia muscular associada ao VIH: perda involuntária > 10% do peso normal, mais diarreia crónica (fezes moles duas vezes por dia durante 30 dias) ou astenia crónica e febre sem explicação documentada durante 30 dias (*) 2. Cancro do colo do útero, invasivo (*) 3. Candidíase esofágica, traqueal, brônquica ou pulmonar 4. Coccidiomicose disseminada ou extrapulmonar (*) 5. Criptococose extrapulmonar 6. Criptosporidiose intestinal crónica (diarreia superior a um mês) 7. Citomegalovirus de qualquer órgão que não o fígado, baço ou ganglionar 8. Demência associada ao VIH: disfunção cognitiva incapacitante, disfunção motora interferindo com as atividades da vida diária, ou ambas (*) 9. Encefalopatia relacionada com VIH 10. Encefalite por toxoplasma 11. Herpes simplex crónico (úlceras mucocutâneas com mais de um mês, ou bronquite, pneumonite ou esofagite) 12. Histoplasmose disseminada ou extrapulmonar (*) 13. Isosporíase intestinal crónica com diarreia durante mais de um mês (*) 14. Leucoencefalopatia progressiva multifocal 15. Linfoma cerebral primário em doente com menos de 60 anos (ou acima dos 60) (*) 	<ol style="list-style-type: none"> 16. Linfoma de Burkitt imunoblástico ou primário do cérebro 17. Linfoma não-Hodgkin, de células B ou de fenótipo imunológico desconhecido, e histologia mostrando linfoma de células pequenas não divididas ou sarcoma imunoblástico. 18. Mycobacterium avium complex (MAC) ou Mycobacterium kansasii disseminado 19. Nocardiose (*) 20. Outra Micobacteriose disseminada ou extrapulmonar 21. Pneumonia por Pneumocystis jiroveci (ex Pneumocystis carinii) 22. Pneumonia bacteriana recorrente (pelo menos dois episódios em 12 meses) (*) 23. Retinite por Citomegalovirus 24. Sarcoma de Kaposi em doente com menos de 60 anos (ou acima dos 60) (*) 25. Septicemia recorrente por Salmonella (não tifoide) (*) 26. Strongiloidíase extra-intestinal 27. Toxoplasmose de órgão interno [cerebral] 28. Tuberculose pulmonar ou extrapulmonar (*) <p>(*) requer serologia positiva para o VIH</p>	
<p>Recomendações usadas na definição de critérios</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Norma 058/2011 de 28/12/2011 da DGS; ▪ European Guideline on HIV testing, 2014, da International Union Against Sexually Transmitted Infections; ▪ Consolidated guidelines on HIV testing services 5cs: consent, confidentiality, counseling, correct results and connection, 2015, da OMS; ▪ Integrating collaborative TB and HIV services within a comprehensive package of care for people who inject drugs, 2016, da OMS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ European guideline for the management of hepatitis B and C virus infections, 2010, da International Union Against Sexually Transmitted Infections; ▪ Circular Normativa N15/DT de 15/10/2001 da DGS; ▪ Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection, 2014, da OMS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Norma 059/2011 de 28/12/2011 da DGS; ▪ Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection, 2015, da OMS. ▪ Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015, do CDC. ▪ European guideline on the management of syphilis, 2014, do International Union Against Sexually Transmitted Infections.
<p>Caraterísticas dos testes usados (fabricante, sensibilidade e especificidade) e requisitos técnicos de conservação ou armazenamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ INSTI HIV-1 (BioLytical Laboratories Inc., Canada; o fabricante reporta uma sensibilidade=99.8% e especificidade=99.9% com o uso de sangue total capilar). ▪ Armazenar dispositivos de teste e soluções em local seco e a uma temperatura entre 15°C e 30°C. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ VIKIA® HBs Ag (Biomerieux Diagnostics, França; o fabricante reporta uma sensibilidade=98.33% e especificidade=99.86% com uso de sangue total capilar). ▪ Armazenar dispositivos e soluções em local seco e a uma temperatura entre 4°C e 30°C. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Info® Anti-HCV Rapid Test (Türklab Tibbi Malzemeler San. Tic. A. S., Turquia; o fabricante reporta uma sensibilidade=100% e especificidade=100% com o uso de sangue total capilar). ▪ Armazenar em ambiente com temperatura entre 4°C e 30°C, seco e longe da radiação direta do sol. Não congelar. ▪ Alere Determine™ Syphilis (Alere Medical Co, Ltd, Chiba, Japão; o fabricante reporta uma sensibilidade=92,31% e especificidade=100% com o uso de sangue total capilar). ▪ Armazenar cartões de teste, solução tampão e capilares em local seco e a uma temperatura entre 2°C e 30°C. Conservar cartões de teste dentro da bolsa de alumínio com o dessecante e voltar a fechar após retirar o cartão de teste a usar.

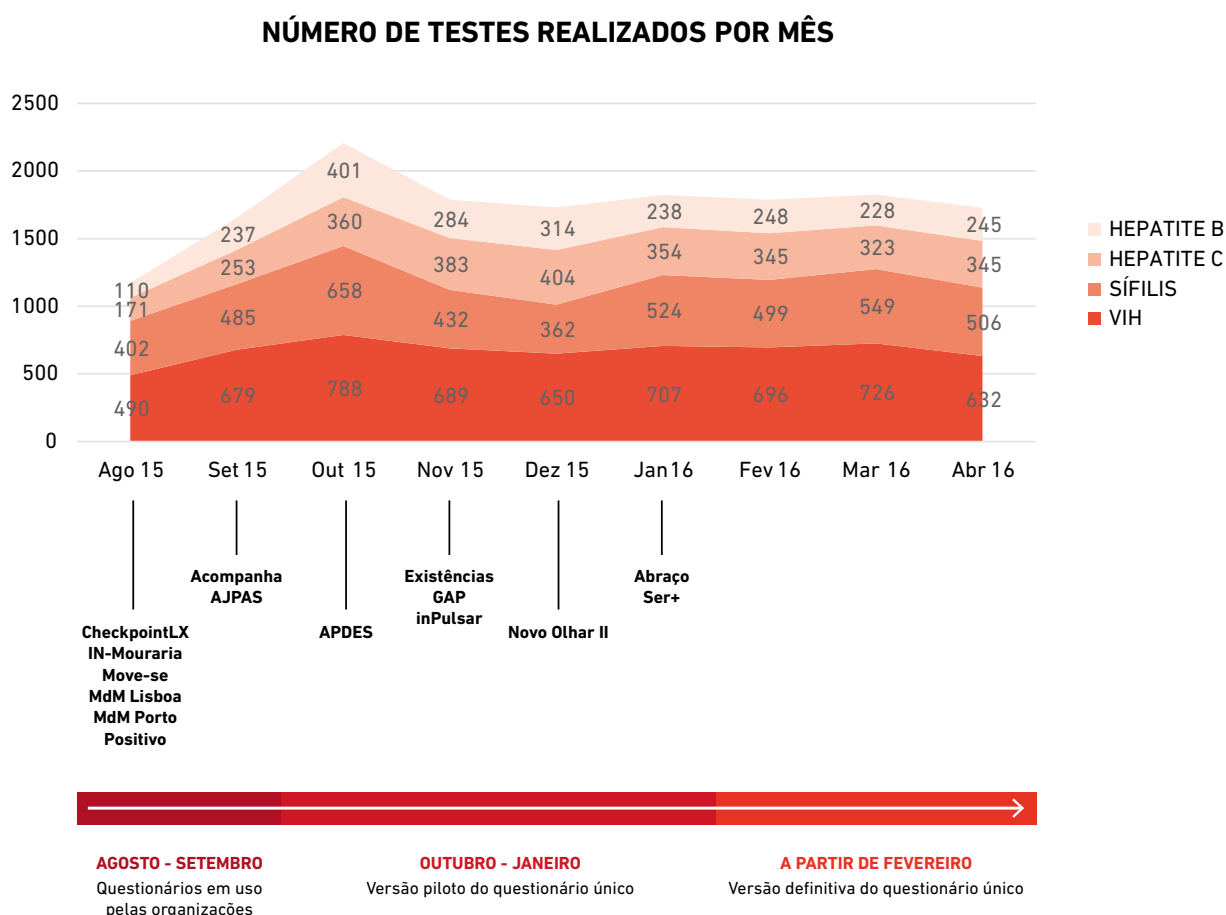
Procedimento técnico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oferecer aconselhamento pré-teste; 2. Obter consentimento verbal para o rastreio e explicar o procedimento; 3. Lavar as mãos; 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Reunir o material em tabuleiro de inox: <ul style="list-style-type: none"> • 2 Luvas de látex ou nitrilo • 2 Compressas não tecido 7,5x7,5cm + Frasco de álcool etílico a 95% (250ml) ou Toallete descartável embebido em solução alcoólica • Dispositivo de punção descartável (lanceta) • 1 dispositivo de teste Insti VIH1 / VIH2 + 1 Pipeta + Frasco de solução 1 (Sample Unit) + Frasco de solução 2 (Color Developer) + Frasco de solução 3 (Clarifying Solution) • 1 Contentor de resíduos corto-perfurantes 5. Calçar as luvas; 6. Executar o teste conforme instruções do fabricante do dispositivo de teste VIKIA® HBs Ag; 6.1. Retirar a película plástica protetora do cartão de teste; 6.2. Posicionar a mão de forma a ficar com a palma virada para cima; 6.3. Escolher a face lateral da ponta do dedo médio, anelar ou indicador; 6.4. Limpar a ponta do dedo com álcool e deixar secar ao ar; 6.5. Pressionar a lanceta contra o dedo e puncionar; 6.6. Eliminar a lanceta no contentor de corto perfurantes; 6.7. Garrotar o dedo com a mão e espremer a ponta do dedo até obter uma gota de sangue; 6.8. Usar a pipeta para sugar gotas de sangue até à marca ou 75µl de sangue; 6.9. Usar a pipeta para colocar a amostra de sangue na almofada absorvente do cartão de teste; 6.10. Eliminar pipeta no saco branco; 6.11. Remover luvas; 6.12. Lavar as mãos com fricção antisséptica; 6.13. Aplicar de imediato 1 gota da solução tampão; 6.14. Aguardar 30 minutos antes de ler o resultado; 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Reunir o material em tabuleiro de inox: <ul style="list-style-type: none"> • 2 Luvas de látex ou nitrilo • 2 Compressas não tecido 7,5x7,5cm + Frasco de álcool etílico a 95% (250ml) ou Toallete descartável embebido em solução alcoólica • Dispositivo de punção descartável (lanceta) • 1 Dispositivo de teste Info® Anti-HCV Rapid Test + 1 frasco de solução tampão • 1 Contentor de resíduos corto-perfurantes 5. Calçar as luvas; 6. Executar o teste conforme instruções do fabricante do dispositivo de teste Info® Anti-HCV Rapid Test; 6.1. Retirar a película plástica protetora do cartão de teste; 6.2. Posicionar a mão de forma a ficar com a palma virada para cima; 6.3. Escolher a face lateral da ponta do dedo médio, anelar ou indicador; 6.4. Limpar a ponta do dedo com álcool e deixar secar ao ar; 6.5. Pressionar a lanceta contra o dedo e puncionar; 6.6. Eliminar a lanceta no contentor de corto perfurantes; 6.7. Garrotar o dedo com a mão e espremer a ponta do dedo até obter uma gota de sangue; 6.8. Usar a pipeta para sugar duas gotas ou 60µl de sangue; 6.9. Usar a pipeta para colocar a amostra de sangue na almofada absorvente do cartão de teste; 6.10. Eliminar pipeta no saco branco; 6.11. Remover luvas; 6.12. Aplicar de imediato duas gotas da solução tampão; 6.13. Aguardar no mínimo 15 minutos (máximo de 20 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Reunir o material em tabuleiro de inox: <ul style="list-style-type: none"> • 2 Luvas de látex ou nitrilo • 2 Compressas não tecido 7,5x7,5cm + Frasco de álcool etílico a 95% (250ml) ou Toallete descartável embebido em solução alcoólica • Dispositivo de punção descartável (lanceta) • 1 Dispositivo de teste Alere Determine™ Syphilis + 1 Tubo capilar EDTA + 1 frasco de solução tampão • 1 Contentor de resíduos corto-perfurantes 5. Calçar as luvas; 6. Executar o teste conforme instruções do fabricante do dispositivo de teste Alere Determine™ Syphilis; 6.1. Retirar a película plástica protetora do cartão de teste; 6.2. Posicionar a mão de forma a ficar com a palma virada para cima; 6.3. Escolher a face lateral da ponta do dedo médio, anelar ou indicador; 6.4. Limpar a ponta do dedo com álcool e deixar secar ao ar; 6.5. Pressionar a lanceta contra o dedo e puncionar; 6.6. Eliminar a lanceta no contentor de corto perfurantes; 6.7. Garrotar o dedo com a mão e espremer a ponta do dedo até obter uma gota de sangue; 6.8. Encostar a extremidade do capilar à gota de sangue, evitando a entrada de bolhas de ar; 6.9. Repetir os dois passos anteriores até obter a quantidade de sangue desejada (50µl ou ¼ da capacidade do tubo capilar); 6.10. Encostar a extremidade do capilar com a amostra de sangue na almofada absorvente

Procedimento técnico	<p>6.12. Eliminar pipeta no saco branco;</p> <p>6.13. Colocar o conteúdo do frasco 1 no dispositivo de teste e deixar absorver;</p> <p>6.14. Colocar frasco 1 e luvas no saco branco;</p> <p>6.15. Lavar as mãos com fricção assética;</p> <p>6.16. Colocar a dose indicada no conta-gotas do frasco de solução 2 e deixar absorver;</p> <p>6.17. Colocar a dose indicada no conta-gotas do frasco de solução 3 e deixar absorver.</p> <p>7. Ler o resultado conforme instruções do fabricante do dispositivo de teste:</p> <p>7.1. Comunicar 'teste inválido, é necessário repetir o teste' caso não apareça a bola azul na área de controlo;</p> <p>7.2. Comunicar 'teste reativo, é necessária análise confirmatória' caso apareçam as bolas azuis nas áreas de controlo e de resultados de teste (independentemente da bola azul ser mais clara ou mais escura do que a bola azul da área de controlo; nunca usar o termo 'teste indeterminado');</p> <p>7.3. Comunicar 'teste não reativo, de há 3 meses para trás não te foi transmitida a infeção por VIH' caso apareça apenas a bola azul na área de controlo.</p>	<p>7. Ler o resultado conforme instruções do fabricante do dispositivo de teste VIKIA® HBs Ag;</p> <p>7.1. Comunicar 'teste inválido, é necessário repetir o teste' caso não apareça a barra vermelha na área de controlo (demarcada com a C);</p> <p>7.2. Comunicar 'teste reativo, é necessária análise confirmatória' caso apareçam as barras nas áreas de controlo e de resultados de teste (demarcada com a letra T), independentemente da barra azul ser mais clara ou mais escura do que a barra vermelha na área de controlo; não usar o termo 'teste indeterminado';</p> <p>7.3. Comunicar 'teste não reativo, de há 2 meses para trás não te foi transmitida a infeção por VHB' caso apareça apenas a barra vermelha na área de controlo.</p>	<p>minutos) antes de ler o resultado.</p> <p>7. Ler o resultado conforme instruções do fabricante do dispositivo de teste Info® Anti-HCV Rapid Test;</p> <p>7.1. Comunicar 'teste inválido, é necessário repetir o teste' caso não apareça a barra vermelha na área de controlo (demarcada com a C);</p> <p>7.2. Comunicar 'teste reativo, é necessária análise confirmatória' caso apareçam as barras vermelhas das áreas de controlo e de resultados de teste (demarcada com a letra T), independentemente da barra vermelha ser mais clara ou mais escura do que a barra vermelha na área de controlo; não usar o termo 'teste indeterminado';</p> <p>7.3. Comunicar 'teste não reativo, de há 6 meses para trás não te foi transmitida a infeção por VHC' caso apareça apenas a barra vermelha na área de controlo.</p>	<p>do cartão de teste (marcada com o símbolo da seta);</p> <p>6.11. Eliminar capilar no saco branco;</p> <p>6.12. Remover luvas;</p> <p>6.13. Aplicar de imediato (com menos de 1 minuto de intervalo) uma gota da solução tampão;</p> <p>6.14. Aguardar no mínimo 15 minutos (máximo de 1 hora) antes de ler o resultado.</p> <p>7. Ler o resultado conforme instruções do fabricante do dispositivo de teste Alere Determine™ Syphilis;</p> <p>7.1. Comunicar 'teste inválido, é necessário repetir o teste' caso não apareça a barra vermelha na janela de controlo;</p> <p>7.2. Comunicar 'teste reativo, é necessária análise confirmatória' caso apareçam as barras vermelhas das janelas de controlo e de resultados de teste (independentemente da barra vermelha ser mais clara ou mais escura do que a barra vermelha na janela de controlo; nunca usar o termo 'teste indeterminado');</p> <p>7.3. Comunicar 'teste não reativo, de há 3 meses para trás não te foi transmitida a infeção por sífilis' caso apareça apenas a barra vermelha na janela de controlo.</p>
	<p>8. Oferecer aconselhamento pós-teste;</p> <p>9. Oferecer referenciação e acompanhamento, se reativo;</p> <p>10. Separar o lixo de acordo com o grupo de resíduo;</p> <p>11. Limpar superfícies usadas com solução alcoólica não residual;</p> <p>12. Lavar as mãos;</p> <p>13. Repor material, se necessário;</p> <p>14. Arrumar gabinete.</p>			

TESTES, MOTIVOS E LOCAL DE RASTREIO

Entre agosto de 2015 e abril de 2016 foram realizados no total 15 717 testes – 6 046 de VIH, 2 951 de hepatite C, 2 304 de hepatite B e 4 416 de sífilis (gráfico 1). De notar que entre agosto e outubro de 2015 houve um acréscimo substancial de número de testes devido à inclusão de novas organizações na Rede de Rastreo⁴.

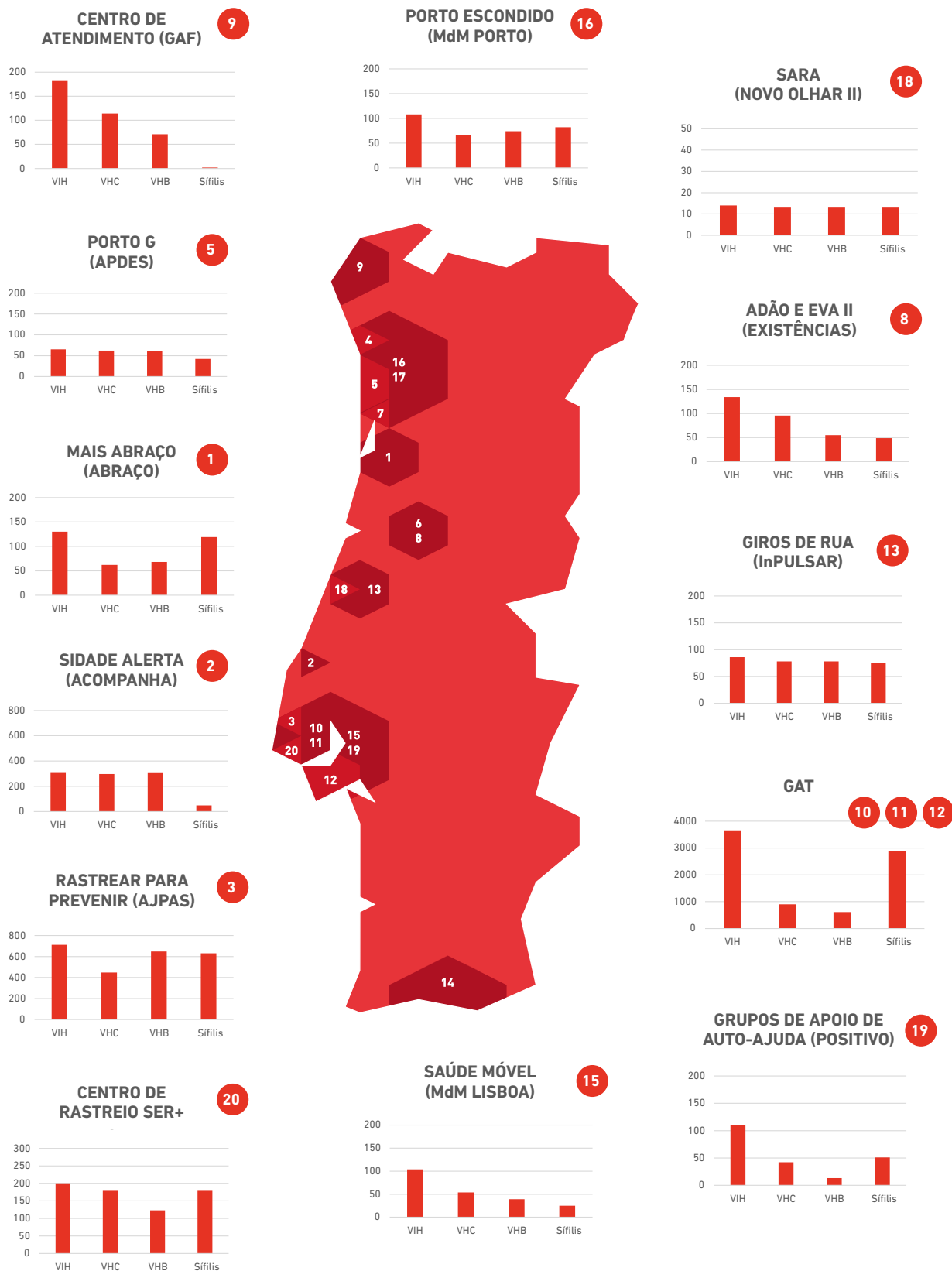
Gráfico 1: Distribuição no horizonte temporal do projeto: número de testes reportados para cada uma das infeções, momento de entrada de cada organização, versões dos instrumentos de recolha de dados



⁴ O Movimento de Apoio à Problemática da SIDA (MAPS), membro da Rede de Rastreo Comunitária, disponibiliza rastreios em diversos locais no Algarve. Este parceiro tem enfrentado alguns constrangimentos na adoção do processo de recolha e reporte de dados. Estes constrangimentos deverão ser ultrapassados em breve, sendo que de momento o reporte dos rastreios efetuados no MAPS não está incluído no presente relatório. Em abril juntaram-se à Rede a Norte Vida, a Cáritas Diocesana de Coimbra e a Associação para a Proteção em Cuidados de Saúde e Promoção Social (APCSPS). Estas organizações estão ainda em processo de formação, pelo que não existem ainda dados a reportar relativos à atividade das mesmas.

A Rede de Rastreio inclui organizações com atuação de Norte a Sul do litoral de Portugal e o mapa que se segue apresenta a sua localização geográfica, assim como o número de testes realizados por cada organização (Figura 1).

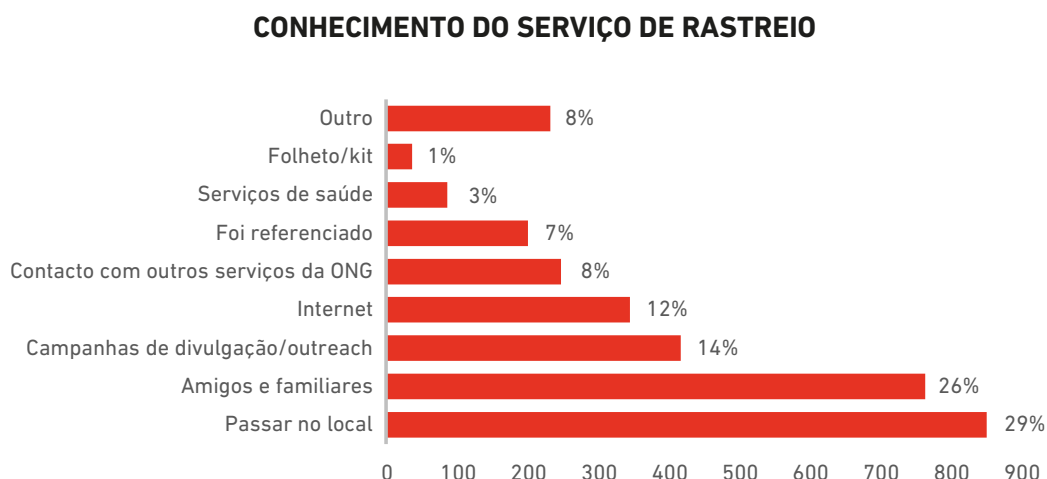
Figura 1. Distribuição do número de testes realizados por organização e/ou projeto que foram reportados à Rede de Rastreio



CONHECIMENTO DOS LOCAIS DE RASTREIO

Perguntou-se aos utentes durante o primeiro rastreio na ONG neste período de agosto de 2015 a abril de 2016 como tinham tido conhecimento do serviço de rastreio. A resposta dada com maior frequência foi “estar a passar no local”, tendo sido referida 852 vezes (29%), seguindo-se da resposta “através de amigos e familiares” (26%). O conhecimento do serviço através de respostas organizadas, tais como estruturas de prestação de cuidados ou atividades específicas de divulgação foi referido por 33% dos inquiridos (gráfico 2).

Gráfico 2. Distribuição dos inquiridos pela forma de conhecimento do serviço de rastreio

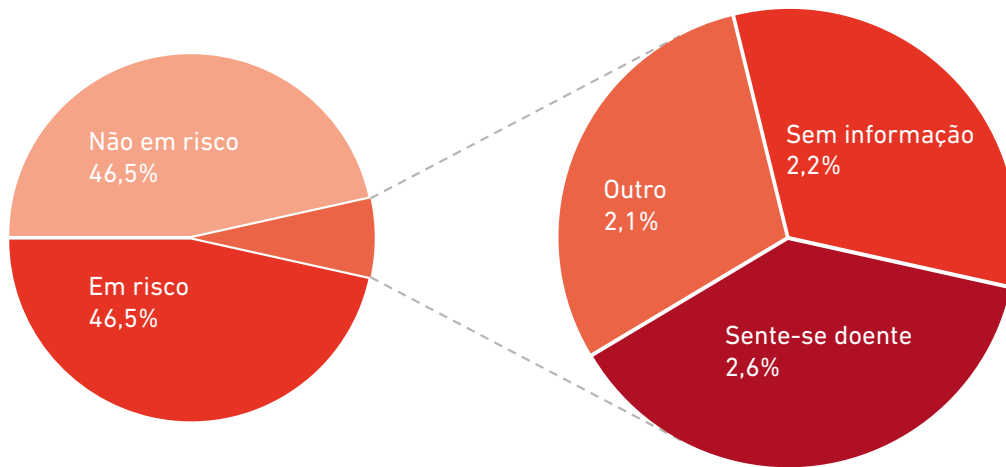


MOTIVO PARA TESTE

No que concerne aos motivos para fazer pelo menos um dos testes de rastreio, as opções dadas no questionário foram agrupadas para a análise em três categorias principais: sintomas (reportados por 2,6% dos utentes); exposição de risco (46,5%) e motivos não relacionados com o risco (46,5%). Houve ainda 2,1% dos inquiridos que reportaram outro motivo não classificado nas categorias anteriores e 2,2% que não reportaram um motivo (gráfico 3).

Gráfico 3. Distribuição dos inquiridos por motivo para fazer pelo menos um dos testes de rastreio

MOTIVO PARA TESTE



Apresenta-se abaixo a lista de respostas incluídas em cada categoria de motivos para teste:

Sintomas

- Sente-se doente/Sintomas

Exposição de risco

- Teve relações sexuais sem preservativo
- Partilhou material para consumo de drogas
- Tem um parceiro VIH+
- Período janela no último teste
- Partilha de material cortante
- Teve uma exposição de risco no contexto do trabalho
- Teve um parceiro sexual a quem foi diagnosticada uma IST recentemente
- Rutura de preservativo
- Situação de risco há mais de 3 meses
- Situação de risco há menos de 3 meses

Motivos não relacionados com o risco

- Quer deixar de usar preservativo
- Faz regularmente/teste rotina
- A pedido do parceiro
- Conhecer o estado de saúde/tinha curiosidade
- Está a planear gravidez
- Está numa nova relação

RESULTADO DO RASTREIO – TESTES REATIVOS E REFERENCIAÇÕES

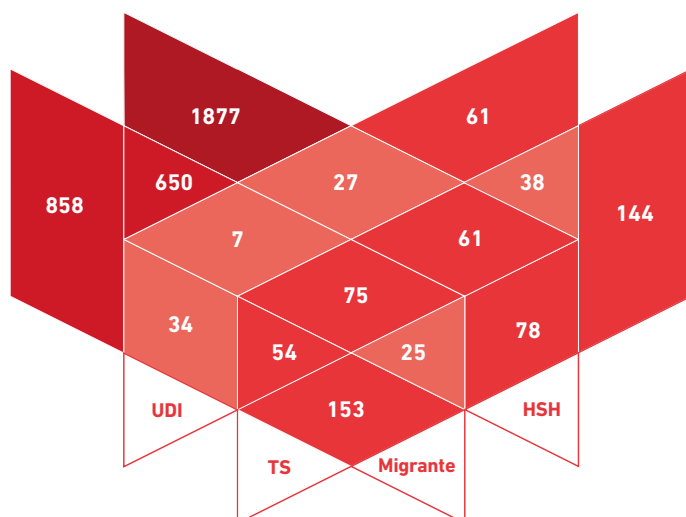
De seguida apresentamos os resultados dos testes de rastreio realizados no período de agosto de 2015 a abril de 2016 (figura 3) e nas tabelas mostramos a comparação entre os utentes com resultado reativo e não reativo quanto ao local do rastreio, às principais características sociodemográficas – grupo etário, género e país de nascimento e por fim quanto à pertença a cada uma das populações-chave (figura 2 a figura 5 [incluindo todas as tabelas e figuras neste intervalo]). A definição operacional de cada uma das populações-chave foi a seguinte:

- Migrante: utente que nasceu num país diferente de Portugal;
- HSH: utente de sexo ao nascimento masculino que reportou ter tido relações sexuais com homens nos últimos 12 meses;
- UDI: utente que reporta ter injetado drogas alguma vez na vida;
- TS: utente que reporta ter tido relações sexuais a troco de dinheiro, drogas ou bens nos últimos 12 meses.

O mesmo utente pode ter reportado um ou mais critérios que o colocam em uma ou mais populações-chave, no entanto para esta análise usamos apenas as variáveis dicotomizadas. O diagrama de Venn mostra como os inquiridos se distribuem de acordo com a população-chave. (figura 2).

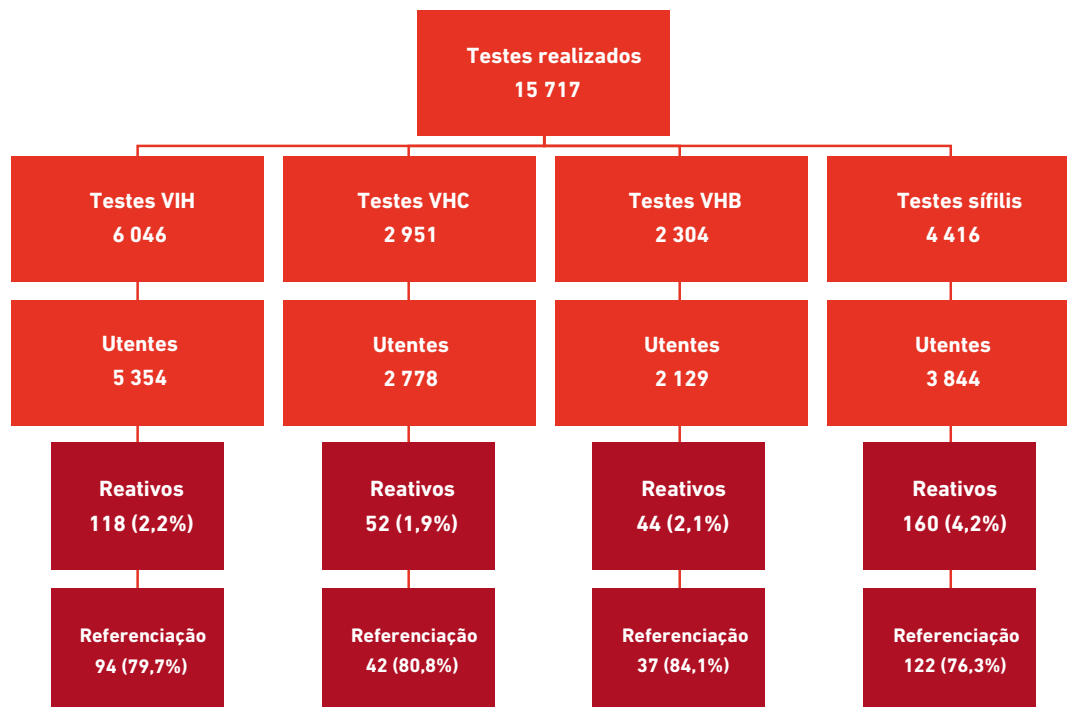
A última coluna de cada tabela mostra a proporção de testes reativos correspondente a cada categoria, ou seja, o número de testes reativos no total de utentes em cada uma das categorias.

Figura 2. Distribuição dos inquiridos por população-chave



Nenhuma das populações-chave: 813; Não respondeu: 42

Figura 3. Resultado do rastreio – testes reativos e referências



I) VIH

Foram realizados 6 046 testes de VIH a 5 551 utentes dos quais 118 (2,1%) tiveram um resultado reativo. Destes, 92 (78,0%) aceitaram uma referenciação proposta pela organização. Dos 118 casos reativos, sabe-se que pelo menos 42 correspondem a infeções recentes de utentes que tinham tido um teste negativo há menos de 12 meses.

Dos participantes que disseram ter tido um resultado positivo para o VIH anteriormente (N=18), sabe-se que 9 (50,0%) estavam em seguimento no hospital. Dos restantes, 6 não se encontravam em seguimento mas aceitaram ser referenciados sendo que 1 repetiu teste confirmando-se teste reativo.

Tabela 3. Distribuição dos inquiridos com resultado reativo e não reativo para o VIH quanto ao local do rastreio

LOCAL DO RASTREIO	Anticorpos anti-VIH1/2				Proporção de testes reativos
	Não reativo		Reativo		
	n	%	n	%	%
Mais Abraço (Abraço)	127	2,4%	2	1,7%	1,6%
Sidade Alerta (Acompanha)	302	5,8%	2	1,7%	0,7%
Rastrear para prevenir (AJPAS)	696	13,3%	5	4,2%	0,7%
Porto G (APDES)	54	1,0%	9	7,6%	14,3%
Adão e Eva II (Existências)	124	2,4%	3	2,5%	2,4%
Centro de Atendimento Psicossocial VIH/SIDA (GAF)	180	3,4%	0	0,0%	0,0%
CheckpointLX (GAT)	187	3,6%	0	0,0%	0,0%
IN-Mouraria (GAT)	533	10,2%	8	6,8%	1,5%
Move-se (GAT)	500	9,6%	0	0,0%	0,0%
Giros de Rua (InPulsar)	80	1,5%	2	1,7%	2,4%
Equipas de apoio social direto - Barlavento (MAPS)	5	0,1%	0	0,0%	0,0%
Saúde Móvel (MdM Lisboa)	100	1,9%	0	0,0%	0,0%
Porto Escondido (MdM Porto)	102	1,9%	5	4,2%	4,7%
SARA (Novo Olhar II)	14	0,3%	0	0,0%	0,0%
Grupos de apoio e autoajuda (Positivo)	123	2,4%	2	1,7%	1,6%
Centro de rastreio ser + (Sede)	65	1,2%	0	0,0%	0,0%
Centro de Rastreio Ser+ (Um)	126	2,4%	0	0,0%	0,0%
Lisbon Cohort of MSM (CheckpointLX - GAT)	1914	36,6%	80	67,8%	4,0%
TOTAL	5232	100%	118	100%	

A proporção de utentes com teste reativo foi mais elevada no projeto Porto G da ONG Agência Piaget para o Desenvolvimento (APDES), um projeto dedicado a pessoas que fazem trabalho sexual, mas dois terços dos resultados reativos foram identificados no projeto *Lisbon Cohort of MSM* da ONG GAT dedicado a HSH.

Tabela 4. Distribuição dos inquiridos com resultado reativo e não reativo para o VIH por características sociodemográficas

	Anticorpos anti-VIH1/2				Proporção de testes reativos
	Não reativo		Reativo		
GRUPO ETÁRIO	n	%	n	%	%
18-24	1224	23,5%	24	20,7%	1,9%
25-34	1660	31,9%	48	41,4%	2,8%
35-44	1071	20,6%	25	21,6%	2,3%
45-54	646	12,4%	17	14,7%	2,6%
55-65	360	6,9%	1	0,9%	0,3%
mais de 65	240	4,6%	1	0,9%	0,4%
TOTAL	5201	100%	116	100%	
GÉNERO					
Homem	3590	68,6%	101	85,6%	2,7%
Mulher	1625	31,1%	10	8,5%	0,6%
Mulher transgénero	16	0,3%	7	5,9%	30,4%
TOTAL	5231	100%	118	100%	
PAÍS/REGIÃO DE NASCIMENTO					
Portugal	3106	63,6%	72	62,6%	2,3%
PALOP	817	16,7%	13	11,3%	1,6%
Brasil	401	8,2%	24	20,9%	5,6%
Europa Ocidental ou Central	242	5,0%	5	4,3%	2,0%
Europa de Leste	111	2,3%	1	0,9%	0,9%
Ásia	90	1,8%	0	0,0%	0,0%
Outros países Africanos	52	1,1%	0	0,0%	0,0%
Outros países da América Latina e Caraíbas	37	0,8%	0	0,0%	0,0%
EUA ou Canadá	18	0,4%	0	0,0%	0,0%
Médio Oriente	10	0,2%	0	0,0%	0,0%
Oceânia	3	0,1%	0	0,0%	0,0%
TOTAL	4887	100%	115	100%	

As diferenças nos totais em cada uma das colunas devem-se à falta de resposta à pergunta.

Os utentes com resultado reativo para o VIH têm mais frequentemente idades compreendidas entre os 25 e os 35 anos e menos 55 anos ou mais, são mais frequentemente homens ou mulheres transgénero e reportam mais frequentemente ter nascido no Brasil.

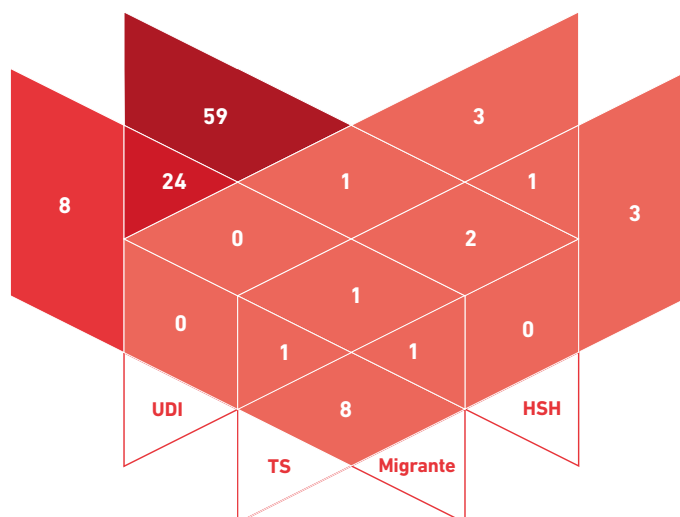
Tabela 5. Distribuição dos inquiridos com resultado reativo e não reativo para o VIH por população-chave

População-chave	Anticorpos anti-VIH1/2				Proporção de testes reativos
	Não reativo		Reativo		
	n	%	n	%	%
Migrante					
Não	3106	63,6%	72	62,6%	2,3%
Sim	1781	36,4%	43	37,4%	2,4%
TOTAL	4887	100%	115	100%	
Homem que tem sexo com homens					
Não	1582	36,9%	20	18,5%	1,2%
Sim	2700	63,1%	88	81,5%	3,2%
TOTAL	4282	100%	108	100%	
Utilizador de drogas injetáveis					
Não	3310	90,7%	66	88,0%	2,0%
Sim	340	9,3%	9	12,0%	2,6%
TOTAL	3650	100%	75	100%	
Trabalhador do sexo					
Não	4145	87,4%	74	81,3%	1,8%
Sim	598	12,6%	17	18,7%	2,8%
TOTAL	4743	100%	91	100%	

As diferenças nos totais em cada uma das colunas devem-se à falta de resposta à pergunta e/ou ao facto de a informação usada para a construção do indicador não ter sido recolhida para todos os utentes.

As características acima descritas refletem-se no facto de os utentes com resultado reativo serem mais frequentemente HSH e pessoas que fazem trabalho sexual.

Figura 4. Distribuição dos inquiridos com resultado reativo para o teste VIH por população-chave



Nenhuma das populações-chave: 5; Não respondeu: 1

II) Hepatite C

No que diz à hepatite C foram identificados 52 resultados reativos, sendo que 42 (80,8%) aceitaram referência hospitalar.

Houve 49 (8,7% do total de utentes que responderam à questão) inquiridos que referiram ter tido um teste positivo no passado para a hepatite C, dos quais 7 (14,2%) estavam em seguimento no momento do rastreio, 11 (22,4%) disseram ter feito alguma vez tratamento, sendo que destes um inquirido referiu ter concluído tratamento e 4 (8,2%) aceitaram ser referenciados no contacto com as organizações.

Tabela 6. Distribuição dos inquiridos com resultado reativo e não reativo para o VHC quanto ao local do rastreio

LOCAL DO RASTREIO	Anticorpos anti-VHC				Proporção de testes reativos
	Não reativo		Reativo		
	n	%	n	%	%
Mais Abraço (Abraço)	59	2,2%	3	5,8%	4,8%
Sidade Alerta (Acompanha)	285	10,5%	12	23,1%	4,0%
Rastrear para prevenir (AJPAS)	676	24,8%	7	13,5%	1,0%
Porto G (APDES)	60	2,2%	0	0,0%	0,0%
Adão e Eva II (Existências)	90	3,3%	0	0,0%	0,0%
Centro de Atendimento Psicossocial VIH/SIDA (GAF)	111	4,1%	0	0,0%	0,0%
IN-Mouraria (GAT)	359	13,2%	7	13,5%	1,9%
Move-se (GAT)	157	5,8%	14	26,9%	8,2%
Giros de Rua (InPulsar)	73	2,7%	2	3,8%	2,7%
Equipas de apoio social direto - Barlavento (MAPS)	6	0,2%	0	0,0%	0,0%
Saúde Móvel (MdM Lisboa)	53	1,9%	0	0,0%	0,0%
Porto Escondido (MdM Porto)	70	2,6%	2	3,8%	2,8%
SARA (Novo Olhar II)	11	0,4%	2	3,8%	15,4%
Grupos de apoio e autoajuda (Positivo)	46	1,7%	0	0,0%	0,0%
Centro de rastreio Ser+ (Sede)	47	1,7%	1	1,9%	2,1%
Centro de Rastreio Ser+ (Um)	125	4,6%	1	1,9%	0,8%
Lisbon Cohort of MSM (CheckpointLX - GAT)	493	18,1%	1	1,9%	0,2%
TOTAL	2721	100%	52	100%	

Os utentes com resultado reativo foram mais frequentemente identificados no projeto Sidade Alerta da ONG Acompanha e no Move-se da ONG GAT, ambos dedicados a pessoas que usam drogas e com atividades de *outreach*.

Tabela 7. Distribuição dos inquiridos com resultado reativo e não reativo para o VHC por características sociodemográficas

GRUPO ETÁRIO	Anticorpos anti-VHC				Proporção de testes reativos
	Não reativo		Reativo		
	n	%	n	%	
18-24	584	21,6%	4	7,7%	0,7%
25-34	802	29,7%	12	23,1%	1,5%
35-44	545	20,2%	12	23,1%	2,2%
45-54	375	13,9%	17	32,7%	4,3%
55-65	245	9,1%	5	9,6%	2,0%
mais de 65	148	5,5%	2	3,8%	1,3%
TOTAL	2699	100%	52	100%	
GÉNERO					
Homem	1579	58,0%	38	73,1%	2,4%
Mulher	1125	41,3%	13	25,0%	1,1%
Mulher transgénero	18	0,7%	1	1,9%	5,3%
TOTAL	2722	100%	52	100%	
PAÍS/REGIÃO DE NASCIMENTO					
Portugal	1465	57,8%	44	89,8%	2,9%
PALOP	619	24,4%	3	6,1%	0,5%
Brasil	188	7,4%	0	0,0%	0,0%
Europa Ocidental ou Central	91	3,6%	1	2,0%	1,1%
Europa de Leste	59	2,3%	0	0,0%	0,0%
Ásia	55	2,2%	0	0,0%	0,0%
Outros países Africanos	28	1,1%	0	0,0%	0,0%
Outros países da América Latina e Caraíbas	13	0,5%	0	0,0%	0,0%
EUA ou Canadá	9	0,4%	0	0,0%	0,0%
Médio Oriente	5	0,2%	1	2,0%	16,7%
Oceânia	3	0,1%	0	0,0%	0,0%
TOTAL	2535	100%	49	100%	

As diferenças nos totais em cada uma das colunas devem-se à falta de resposta à pergunta.

Os utentes com resultado reativo têm mais frequentemente idades compreendidas entre os 45 e os 54 anos, são mais frequentemente homens e reportaram muito mais frequentemente ter nascido em Portugal.

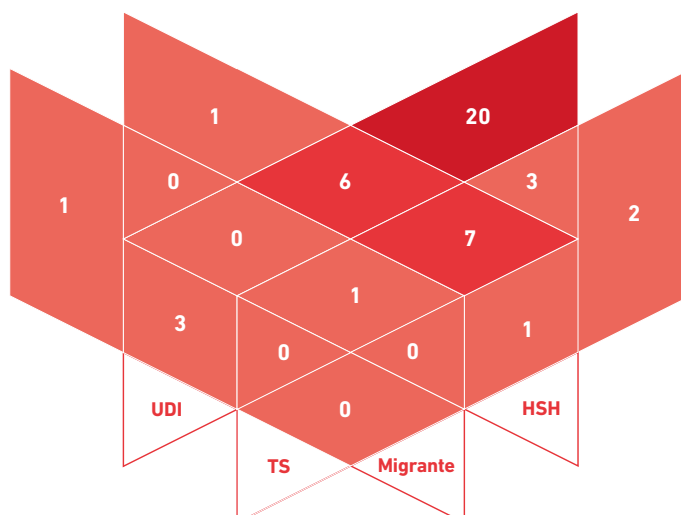
Tabela 8. Distribuição dos inquiridos com resultado reativo e não reativo para o VHC por população-chave

População-chave	Anticorpos anti-VHC				Proporção de testes reativos
	Não reativo		Reativo		
	n	%	n	%	%
Migrante					
Não	1465	57,8%	44	89,8%	2,9%
Sim	1070	42,2%	5	10,2%	0,5%
TOTAL	2535	100%	49	100%	
Homem que tem sexo com homens					
Não	1108	51,1%	21	56,8%	1,9%
Sim	1061	48,9%	16	43,2%	1,5%
TOTAL	2169	100%	37	100%	
Utilizador de drogas injetáveis					
Não	1869	90,9%	8	16,7%	0,4%
Sim	187	9,1%	40	83,3%	17,6%
TOTAL	2056	100%	48	100%	
Trabalhador do sexo					
Não	2123	82,8%	36	72,0%	1,7%
Sim	442	17,2%	14	28,0%	3,1%
TOTAL	2565	100,0%	50	100,0%	

As diferenças nos totais em cada uma das colunas devem-se à falta de resposta à pergunta e/ou ao facto de a informação usada para a construção do indicador não ter sido recolhida para todos os utentes.

Como esperado os utentes com resultado reativo para a hepatite C são menos frequentemente migrantes e mais frequentemente utilizadores de drogas injetáveis e trabalhadores sexuais.

Figura 5. Distribuição dos inquiridos com resultado reativo para o teste VHC por população-chave



Nenhuma das populações-chave: 4; Não respondeu: 1

III) Hepatite B

Aquando da realização do teste no âmbito da Rede de Rastreo, obtiveram-se 44 (2,1%) testes reativos para o antigénio HBs, sendo que destes, 37 (84,1%) utentes aceitaram referência hospitalar.

No caso da hepatite B, dos 9 inquiridos que referiram ter um teste positivo no passado 4 (44,4%) estavam em seguimento no momento do rastreio e 1 aceitou ser referenciado no contacto com a organização.

Tabela 9. Distribuição dos inquiridos com resultado reativo e não reativo para o VHB (antigénio HBs) quanto ao local do rastreio

LOCAL DO RASTREIO	Antigénio HBs				Proporção de testes reativos
	Não reativo		Reativo		
	n	%	n	%	%
Mais Abraço (Abraço)	65	3,2%	3	6,8%	4,4%
Sidade Alerta (Acompanha)	300	14,6%	0	0,0%	0,0%
Rastrear para prevenir (AJPAS)	621	30,1%	19	43,2%	3,0%
Porto G (APDES)	58	2,8%	0	0,0%	0,0%
Adão e Eva II (Existências)	45	2,2%	0	0,0%	0,0%
Centro de Atendimento Psicossocial VIH/SIDA (GAF)	69	3,3%	0	0,0%	0,0%
IN-Mouraria (GAT)	339	16,5%	12	27,3%	3,4%
Move-se (GAT)	241	11,7%	8	18,2%	3,2%
Giros de Rua (InPulsar)	72	3,5%	0	0,0%	0,0%
Equipas de apoio social direto - Barlavento (MAPS)	5	0,2%	0	0,0%	0,0%
Saúde Móvel (MdM Lisboa)	31	1,5%	0	0,0%	0,0%
Porto Escondido (MdM Porto)	73	3,5%	0	0,0%	0,0%
SARA (Novo Olhar II)	13	0,6%	0	0,0%	0,0%
Grupos de apoio e autoajuda (Positivo)	9	0,4%	0	0,0%	0,0%
Centro de rastreio Ser+ (Sede)	24	1,2%	0	0,0%	0,0%
Centro de Rastreio Ser+ (Um)	95	4,6%	2	4,5%	2,1%
TOTAL	2060	100%	44	100%	

Os utentes com testes reativos para o antigénio HBs fizeram o teste mais frequentemente no projeto Rastrear para prevenir da ONG AJPAS, no IN-Mouraria e no Move-se ambos da ONG GAT. Todos estes projetos têm vertentes dedicadas à população migrante.

Tabela 10. Distribuição dos inquiridos com resultado reativo e não reativo para o VHB por características sociodemográficas

GRUPO ETÁRIO	Antigénio HBs				Proporção de testes reativos
	Não reativo		Reativo		
	n	%	n	%	
18-24	335	16,4%	5	11,9%	1,5%
25-34	509	24,9%	12	28,6%	2,3%
35-44	431	21,1%	13	31,0%	2,9%
45-54	372	18,2%	6	14,3%	1,6%
55-65	239	11,7%	4	9,5%	1,6%
mais de 65	157	7,7%	2	4,8%	1,3%
TOTAL	2043	100%	42	100%	
GÉNERO					
Homem	1037	50,3%	32	72,7%	3,0%
Mulher	1005	48,8%	12	27,3%	1,2%
Mulher transgénero	18	0,9%	0	0,0%	0,0%
TOTAL	2060	100%	44	100%	
PAÍS/REGIÃO DE NASCIMENTO					
Portugal	991	51,2%	7	16,3%	0,7%
PALOP	615	31,8%	32	74,4%	4,9%
Brasil	143	7,4%	0	0,0%	0,0%
Europa Ocidental ou Central	40	2,1%	0	0,0%	0,0%
Europa de Leste	53	2,7%	3	7,0%	5,4%
Ásia	51	2,6%	0	0,0%	0,0%
Outros países Africanos	25	1,3%	1	2,3%	3,8%
Outros países da América Latina e Caraíbas	9	0,5%	0	0,0%	0,0%
EUA ou Canadá	3	0,2%	0	0,0%	0,0%
Médio Oriente	5	0,3%	0	0,0%	0,0%
Oceânia	0	0,0%	0	0,0%	0,0%
TOTAL	1935	100%	43	100%	

As diferenças nos totais em cada uma das colunas devem-se à falta de resposta à pergunta.

Quanto às características sociodemográficas os utentes com testes reativos para o antigénio HBs têm mais frequentemente idades compreendidas entre os 35 e os 44 anos, são mais frequentemente homens e reportam mais frequentemente ter nascido num país africano de língua oficial portuguesa (PALOP), em outro país de África ou num país da Europa de leste.

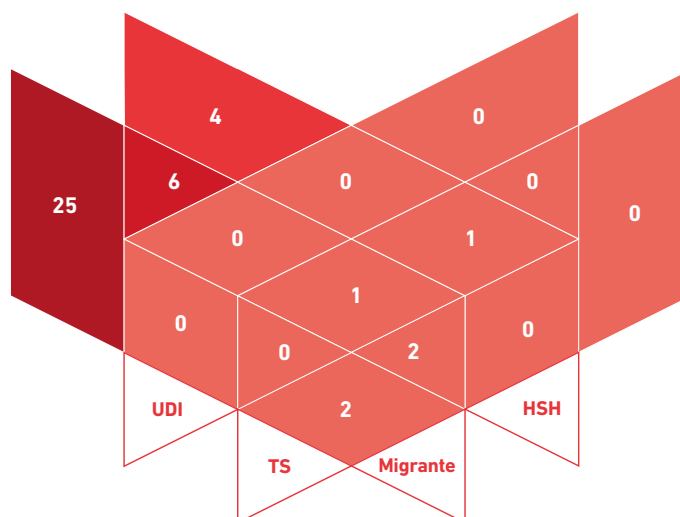
Tabela 11. Distribuição dos inquiridos com resultado reativo e não reativo para o VHB por população-chave

População-chave	Antigénio HBs				Proporção de testes reativos
	Não reativo		Reativo		
	n	%	n	%	%
Migrante					
Não	991	51,2%	7	16,3%	0,7%
Sim	944	48,8%	36	83,7%	3,7%
TOTAL	1935	100%	43	100%	
Homem que tem sexo com homens					
Não	971	65,7%	15	51,7%	1,5%
Sim	507	34,3%	14	48,3%	2,7%
TOTAL	1478	100%	29	100%	
Utilizador de drogas injetáveis					
Não	1268	85,1%	27	93,1%	2,1%
Sim	222	14,9%	2	6,9%	0,9%
TOTAL	1490	100%	29	100%	
Trabalhador do sexo					
Não	1608	80,4%	38	86,4%	2,3%
Sim	393	19,6%	6	13,6%	1,5%
TOTAL	2001	100%	44	100%	

As diferenças nos totais em cada uma das colunas devem-se à falta de resposta à pergunta e/ou ao facto de a informação usada para a construção do indicador não ter sido recolhida para todos os utentes.

Como esperado os utentes com testes reativos para o antigénio HBs são mais frequentemente migrantes, e menos frequentemente utilizadores de drogas injetáveis.

Figura 6. Distribuição dos inquiridos com resultado reativo para o teste VHB por população-chave



Nenhuma das populações-chave: 1; Não respondeu: 2

IV) Sífilis

No que se refere à sífilis, 29 (7,6%) utentes referiram um diagnóstico anterior sendo que destes 18 (62,1%) afirmaram ter concluído tratamento com sucesso, 2 (6,9%) disseram que se encontravam em tratamento e 1 aceitou ser referenciado no contacto com a organização. No âmbito da Rede de Rastreo foram detetados 160 (4,2%) testes reativos para a infeção, sendo que destes, 122 (76,3%) aceitaram referência para os cuidados de saúde.

Tabela 12. Distribuição dos inquiridos com resultado reativo e não reativo para a sífilis quanto ao local do rastreo

LOCAL DO RASTREIO	Anticorpos anti- <i>Treponema pallidum</i>				Proporção de testes reativos
	Não reativo		Reativo		
	n	%	n	%	%
Mais Abraço (Abraço)	109	3,0%	8	5,0%	6,8%
Sidade Alerta (Acompanha)	45	1,2%	0	0,0%	0,0%
Rastrear para prevenir (AJPAS)	610	16,6%	11	6,9%	1,8%
Porto G (APDES)	34	0,9%	5	3,1%	12,8%
Adão e Eva II (Existências)	43	1,2%	0	0,0%	0,0%
IN-Mouraria (GAT)	483	13,2%	4	2,5%	0,8%
Move-se (GAT)	349	9,5%	2	1,3%	0,6%
Giros de Rua (InPulsar)	66	1,8%	1	0,6%	1,5%
Equipas de apoio social direto - Barlavento (MAPS)	5	0,1%	0	0,0%	0,0%
Saúde Móvel (MdM Lisboa)	22	0,6%	0	0,0%	0,0%
Porto Escondido (MdM Porto)	69	1,9%	12	7,5%	14,8%
SARA (Novo Olhar II)	13	0,4%	0	0,0%	0,0%
Grupos de apoio e autoajuda (Positivo)	43	1,2%	0	0,0%	0,0%
Centro de rastreo Ser+ (Sede)	48	1,3%	0	0,0%	0,0%
Centro de Rastreo Ser+ (Um)	124	3,4%	1	0,6%	0,8%
Lisbon Cohort of MSM (CheckpointLX - GAT)	1601	43,7%	116	72,5%	6,8%
TOTAL	3664	100%	160	100%	

Os utentes com resultado reativo para os anticorpos anti-*Treponema pallidum* foram mais frequentemente identificados no projeto da *Lisbon Cohort of MSM* da ONG GAT, no projeto Porto Escondido da ONG Médicos do Mundo e no projeto Rastrear para prevenir da ONG AJPAS.

Tabela 13. Distribuição dos inquiridos com resultado reativo e não reativo para a sífilis por características sociodemográficas

	Anticorpos anti- <i>Treponema pallidum</i>				Proporção de testes reativos
	Não reativo		Reativo		
	n	%	n	%	
GRUPO ETÁRIO					
18-24	889	24,4%	30	18,9%	3,3%
25-34	1207	33,1%	55	34,6%	4,4%
35-44	743	20,4%	37	23,3%	4,7%
45-54	449	12,3%	26	16,4%	5,5%
55-65	240	6,6%	9	5,7%	3,6%
mais de 65	120	3,3%	2	1,3%	1,6%
TOTAL	3648	100%	159	100%	
GÉNERO					
Homem	2708	73,9%	130	81,3%	4,6%
Mulher	944	25,8%	24	15,0%	2,5%
Mulher transgénero	11	0,3%	6	3,8%	35,3%
TOTAL	3663	100%	160	100%	
PAÍS/REGIÃO DE NASCIMENTO					
Portugal	2044	60,3%	105	67,7%	4,9%
PALOP	664	19,6%	11	7,1%	1,6%
Brasil	260	7,7%	28	18,1%	9,7%
Europa Ocidental ou Central	190	5,6%	5	3,2%	2,6%
Europa de Leste	86	2,5%	1	0,6%	1,1%
Ásia	66	1,9%	2	1,3%	2,9%
Outros países Africanos	35	1,0%	2	1,3%	5,4%
Outros países da América Latina e Caraíbas	21	0,6%	1	0,6%	4,5%
EUA ou Canadá	15	0,4%	0	0,0%	0,0%
Médio Oriente	8	0,2%	0	0,0%	0,0%
Oceânia	2	0,1%	0	0,0%	0,0%
TOTAL	3391	100%	155	100%	

As diferenças nos totais em cada uma das colunas devem-se à falta de resposta à pergunta.

Os utentes com resultado reativo para os anticorpos anti-*Treponema pallidum* são mais frequentemente homens e reportaram mais frequentemente ter nascido no Brasil.

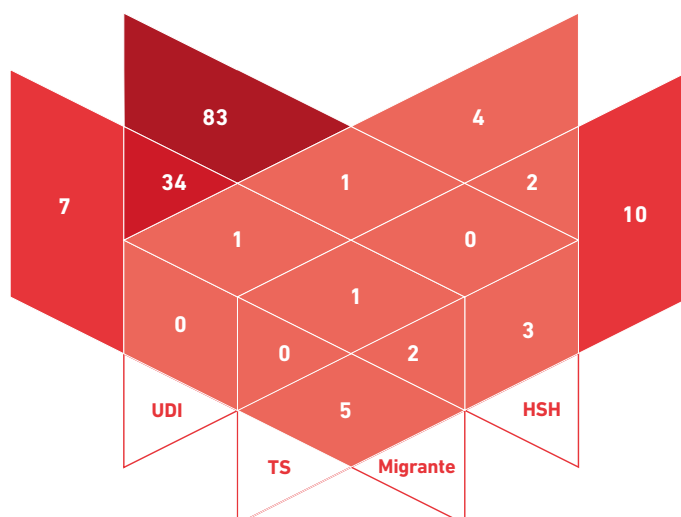
Tabela 14. Distribuição dos inquiridos com resultado reativo e não reativo para a sífilis por população-chave

População-chave	Anticorpos anti- <i>Treponema pallidum</i>				Proporção de testes reativos
	Não reativo		Reativo		
	n	%	n	%	%
Migrante					
Não	2044	60,3%	105	67,7%	4,9%
Sim	1347	39,7%	50	32,3%	3,6%
TOTAL	3391	100%	155	100%	
Homem que tem sexo com homens					
Não	862	29,0%	29	18,8%	3,3%
Sim	2112	71,0%	125	81,2%	5,6%
TOTAL	2974	100%	154	100%	
Utilizador de drogas injetáveis					
Não	2244	91,0%	94	91,3%	4,0%
Sim	222	9,0%	9	8,7%	3,9%
TOTAL	2466	100%	103	100%	
Trabalhador do sexo					
Não	2915	88,7%	105	82,0%	3,5%
Sim	373	11,3%	23	18,0%	5,8%
TOTAL	3288	100%	128	100%	

As diferenças nos totais em cada uma das colunas devem-se à falta de resposta à pergunta e/ou ao facto de a informação usada para a construção do indicador não ter sido recolhida para todos os utentes.

Os utentes com resultado reativo para os anticorpos anti-*Treponema pallidum* são mais frequentemente HSH e pessoas que fazem trabalho sexual.

Figura 7. Distribuição dos inquiridos com resultado reativo para o teste sífilis por população-chave

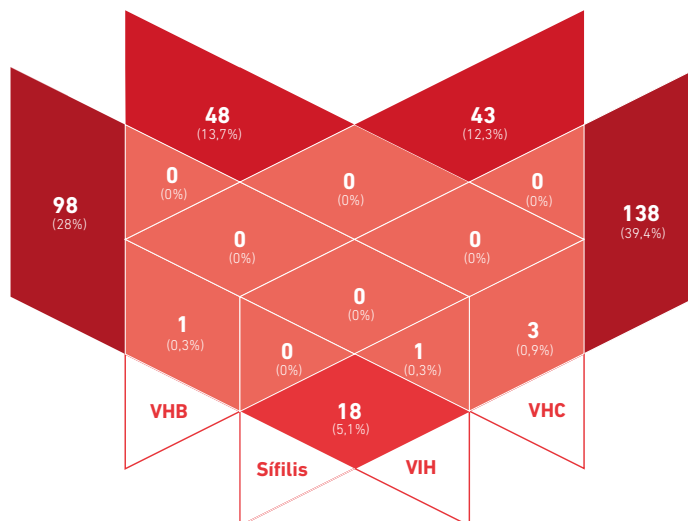


Nenhuma das populações-chave: 5; Não respondeu: 2

V) Coinfecções

Cruzando os diferentes resultados reativos dos utentes rastreados, verificou-se que um (0,3%) utente teve resultado reativo para VIH e VHB, três (0,9%) utentes apresentaram teste reativo para VHC e sífilis, 18 (5,1%) para VIH e sífilis, um (0,3%) para VIH e VHB e um (0,3%) para VIH, VHC e sífilis. Importa referir que estes resultados não correspondem a diagnósticos de coinfeções. Todos os resultados reativos carecem de confirmação laboratorial e o diagnóstico tem que ser feito por um médico.

Figura 8. Distribuição dos inquiridos com resultado reativo



2.5. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE SEGUNDA GERAÇÃO

No caso de epidemias concentradas, como é o caso de Portugal, a OMS recomenda que os sistemas de vigilância de segunda geração sejam focados nas populações em maior risco, incluam a população geral, em especial os mais jovens, e recolham informação sobre as outras ISTs. Esta Rede de Rastreio de base comunitária apresenta-se assim como uma infraestrutura de vigilância epidemiológica de segunda geração, já que permite aliar informação sociodemográfica e comportamental aos resultados dos rastreios realizados. O projeto da Rede de Rastreio Comunitária constitui-se como uma oportunidade ímpar para uma compreensão mais aprofundada das epidemias rastreadas em Portugal, tanto porque fornece uma caracterização transversal dos utentes das organizações como porque permite a monitorização, ao longo do tempo, dos indicadores de segunda geração numa coorte dinâmica constituída por indivíduos de populações de difícil acesso.

a) Utentes e seguimento prospetivo

O recrutamento e a recolha de dados adicionais foram feitos pelas diferentes organizações que fazem parte do projeto, sem prejuízo da realização dos testes de rastreio. Foram convidados a fornecer informação adicional os utentes que realizaram pelo menos um dos testes rápidos de rastreio – VIH, VHC, VHB ou sífilis –, com idade mínima de 18 anos e que aceitaram participar no estudo, o que incluía fornecer todos os dados necessários para a geração de um código alfanumérico único com onze caracteres (figura 9). Este código permite a ligação de diferentes registos do mesmo indivíduo ao longo do tempo, designadamente em visitas de seguimento, garantindo-se o anonimato que é, sempre, uma condição para a realização do rastreio. O anonimato dos inquiridos é apenas quebrado em caso de resultado reativo e, para efeitos de referência para o SNS ou para outros serviços de apoio complementares. Isto só é possível mediante acordo com a pessoa rastreada mantendo-se, contudo, todo o processo confidencial. No âmbito da Rede, os dados nominais nunca são ligados aos dados do rastreio, sendo estes apenas do conhecimento dos técnicos das organizações que efetuam os processos de ligação a cuidados de saúde ou outros serviços de apoio.

b) Recolha de informação

O questionário do projeto Rede de Rastreio Comunitária foi desenvolvido a partir de um instrumento europeu padronizado, construído para aplicação em serviços de teste VIH de base comunitária - projeto COBATEST (19) que se destina a recolher todos os indicadores socio-comportamentais recomendados pela OMS e ECDC (20). Em outubro de 2015 ficou disponível *online* uma versão piloto do questionário, com os objetivos de: testar os procedimentos de recrutamento e recolha de dados, permitir a adaptação dos técnicos a este procedimento e avaliar a adequação das perguntas. Como resultado deste processo, foi realizado um conjunto de alterações propostas pelas organizações e pelos parceiros do projeto e em janeiro de 2016 ficou disponível a versão definitiva do questionário de entrada na Rede, que está reproduzida no Anexo 4. O questionário está disponível em formato *online* através de um URL apenas partilhado entre as diferentes instituições.

Trata-se então de um questionário estruturado, de respostas maioritariamente fechadas, dividido nas seguintes secções:

- Dados sociodemográficos, nomeadamente idade, país de nascimento (do utente e dos pais), estado de permanência em Portugal, língua falada em casa, escolaridade, orientação sexual e identidade de género;
- História de testes anteriores ao VIH, VHB, VHC e sífilis;
- História de exposição a fatores de risco para transmissão destas infeções, nomeadamente comportamento sexual, consumo de substâncias psicoativas e partilha de material, realização de *piercings* e tatuagens em contexto informal, intervenções cirúrgicas e reclusão;
- História de exposição a violência física, verbal/psicológica e sexual;
- Conhecimento e utilização de métodos de prevenção farmacológica, mais especificamente a profilaxia pós-exposição e a profilaxia pré-exposição;

- Resultados do rastreio e referênciação (se o participante aceita referênciação e para onde é referênciaado)

O questionário *online* foi desenhado para que durante a primeira visita sejam feitas todas as perguntas do questionário e em visitas de seguimento apenas se atualizem as informações sociodemográficas e comportamentais passíveis de mudança, relativamente ao tempo desde a última visita. Aos indivíduos que não aceitaram participar no estudo é pedido que respondam a um número mínimo de questões: idade, país de nascimento, país de nascimento do pai, país de nascimento da mãe, história de testes anteriores ao VIH, VHB, VHC e sífilis, motivo de recusa para responder ao questionário, orientação sexual, identidade de género, habilitações literárias e os rastreios realizados no momento da visita ao serviço. Importa referir que o questionário ainda se encontra ativo e que as organizações que fazem parte do projeto continuam a recolher dados a partir desta ferramenta. Os dados recolhidos encontram-se alojados no servidor na Universidade do Porto. No final de cada mês, a equipa do ISPUP faz a extração dos dados, preparando uma folha de indicadores mensais, onde constam dados como número de testes realizados, faixa etária dos utentes, população-chave a que pertencem, resultado do rastreio e referênciações hospitalares, que é enviada mensalmente às organizações. O envio destes indicadores é feito pelo *site* da Rede de Rastreio (disponível em www.redederastreio.pt) através de uma área de acesso reservado específico de cada uma das organizações. Deste modo, as organizações têm acesso aos seus dados por forma a poderem avaliar o seu progresso e perceberem as características das pessoas que servem sem esforço adicional.

Todas as respostas são opcionais, podendo os inquiridos decidir não fornecer qualquer informação. A recolha de informação nunca se apresenta como uma barreira ao teste, mas sim como uma potencialidade adicional decorrente do processo de rastreio.

c) Ética, consentimento informado e identificação dos utentes

De acordo com os princípios da Declaração de Helsínquia (21), todos os indivíduos a quem se propôs participar no estudo de vigilância epidemiológica de segunda geração, receberam informação sobre o propósito do estudo, bem como sobre os riscos e os benefícios que daí podiam advir. Foi salientado que a disponibilização dos testes de rastreio nunca seria condicionada à participação no estudo. Os participantes foram informados que lhes iria ser perguntado sobre temas sensíveis e privados. Para tal, além da exposição oral pelo técnico de cada organização, foi disponibilizada uma folha de informação ao participante (anexo 2). Em particular, foi ainda referido que a confidencialidade dos dados fornecidos estaria salvaguardada em conformidade com a Comissão Nacional de Proteção de Dados (Autorização nº4142/2016). Depois de informados e de terem declarado que compreendiam as informações que foram prestadas, foram considerados participantes todos os indivíduos que deram o seu consentimento oral, recebendo como comprovativo uma folha de declaração de consentimento informado datada e assinada pelo técnico que realizou o rastreio. Este estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (Parecer nº CE15045).

Figura 9. Construção do código do participante



d) Resultados

Como referido anteriormente, todos os utentes com 18 anos ou mais que realizassem pelo menos um dos testes de rastreio eram convidados a responder a um questionário único com recolha de informação sociodemográfica e comportamental. Apresentamos abaixo os resultados deste questionário referentes à primeira visita dos utentes elegíveis para o responder. Os resultados combinam as versões piloto (em vigor de outubro a dezembro de 2015) e definitiva (em vigor desde janeiro de 2016).

Importa referir neste momento que sempre que possível juntaram-se aos resultados deste questionário único da Rede de Rastreio os de dois projetos em populações-alvo sobreponíveis às abrangidas pela Rede mas anteriormente iniciados e que possuem ferramentas de recolha de dados específicas – *Lisbon Cohort of MSM* (implementada no CheckpointLX - um centro dedicado a homens que têm sexo com homens) e o projeto IN-Mouraria – após um processo de consolidação da sua base de dados e adaptação à nova ferramenta, passou a recolher dados pelo questionário único da Rede de Rastreio a partir de Abril de 2016. Estas situações estão devidamente discriminadas no decorrer de toda a apresentação e análise dos resultados.

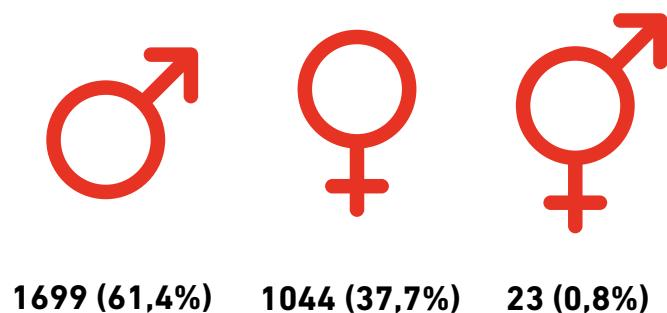
Assim, no período de outubro de 2015 a abril de 2016, 1741 utentes foram identificados pela primeira vez na Rede de Rastreio e aceitaram preencher o questionário único, 659 utentes elegíveis para a *Lisbon Cohort of MSM* aceitaram responder ao questionário e recolheram-se dados de 366 utentes no IN-Mouraria. No total, apresentamos dados de 2766 utentes.

Os utentes elegíveis que não aceitassem responder ao questionário da Rede de Rastreio ou da *Lisbon Cohort of MSM* eram convidados a responder a um questionário de recusa com um número mínimo de variáveis. Os resultados deste questionário são apresentados separadamente.

Caracterização sociodemográfica

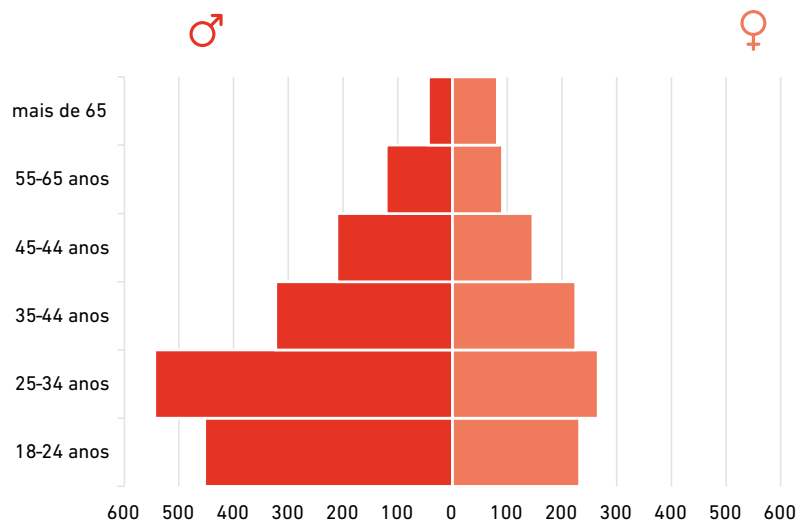
Do total dos 2766 utentes que preencheram um questionário de entrada, 1699 (61,4%) identificaram-se como homens, 1044 (37,7%) como mulheres e 23 (0,8%) como mulheres transgénero. A maior proporção de inquiridos do sexo masculino pode ser explicada pelo grande número de participantes da *Lisbon Cohort of MSM*.

Figura 10. Identidade de género dos inquiridos



O grupo etário mais representado foi o dos 24 aos 35 anos. Nos homens, mais de metade tinham entre 18 e 34 anos. Nas mulheres, a proporção de utentes nestes grupos etários foi um pouco menor que 50%. É de salientar que no grupo etário dos mais de 65 anos, o número de mulheres era mais que o triplo do número de homens (gráfico 4). Nas mulheres transgénero a proporção de utentes entre os 18 e os 34 anos foi ligeiramente superior a dois terços e apenas duas das 23 tinham uma idade superior a 45 anos.

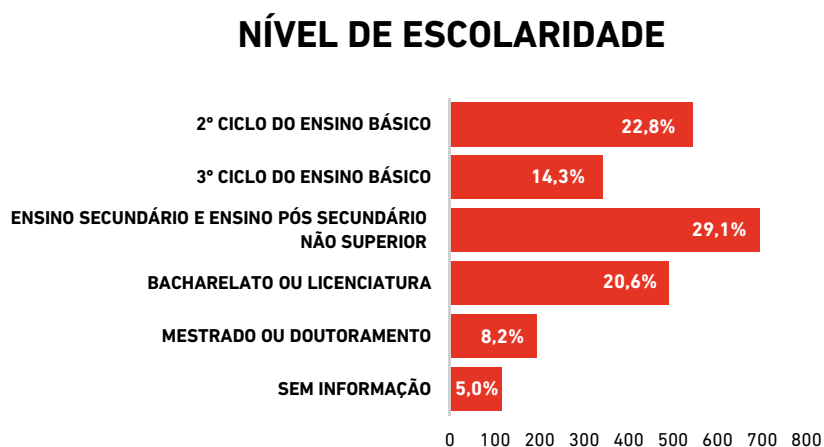
Gráfico 4. Distribuição dos inquiridos por classe etária nos géneros masculino e feminino



No que diz respeito às habilitações literárias⁵, verificou-se que 548 (22,8%) utentes tinham o 2º ciclo do ensino básico ou menos, 698 (29,1%) dos inquiridos completaram o ensino secundário ou ensino pós-secundário não superior e pouco menos de 30% tinham o ensino superior. (gráfico 5).

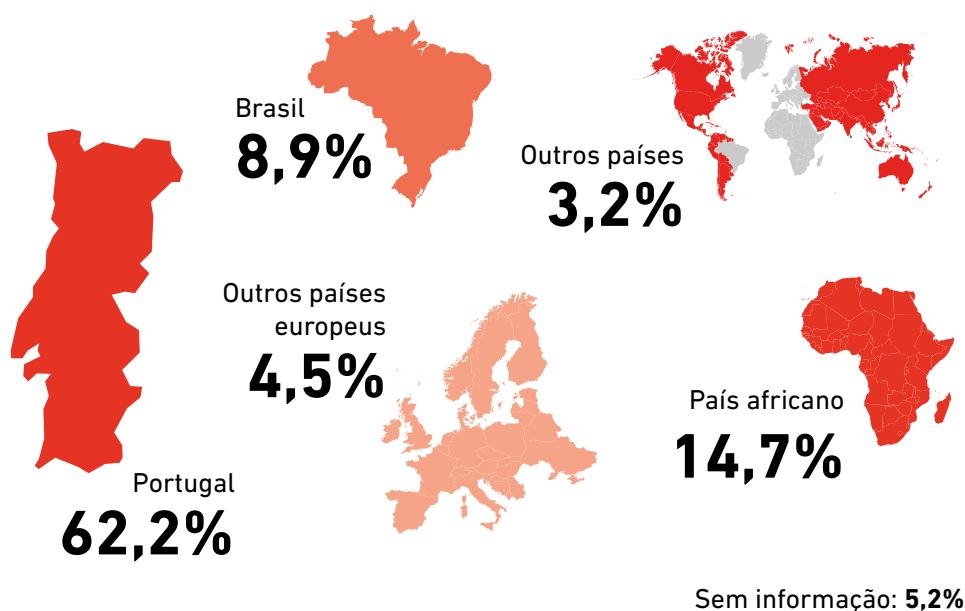
⁵ Este indicador não foi recolhido no IN-Mouraria.

Gráfico 5. Distribuição dos inquiridos por nível mais alto de escolaridade obtido



Quase dois terços dos inquiridos disseram ter nascido em Portugal. Dos restantes 1043 inquiridos cujo país de nascimento não era Portugal, 406 (14,7% do total) tinham nascido num país africano, na maioria em países de língua oficial portuguesa, no Brasil (8,9%) ou noutros países Europeus (6,0%) (figura 11).

Figura 11. Distribuição dos inquiridos por país de nascimento



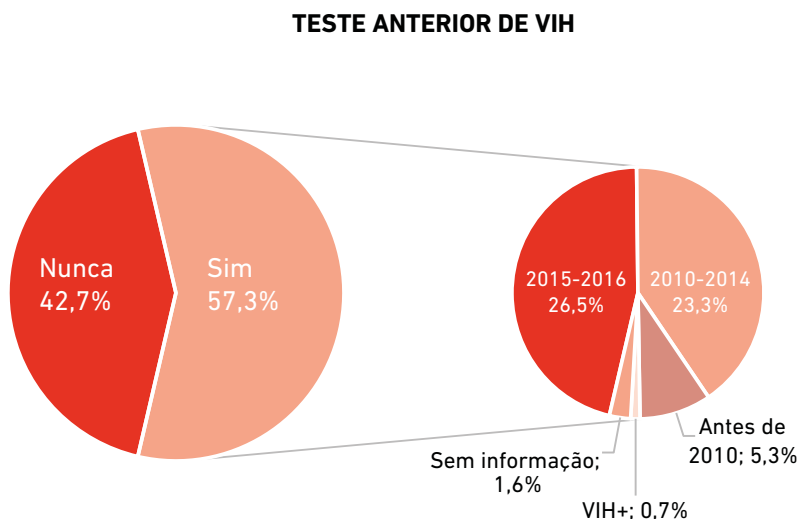
Dos 567 participantes que responderam ao questionário específico da Rede de Rastreo e cujo país de origem não era Portugal, 32 (5,6%) referiram estar no país como turistas e 471 (83,1%) afirmaram viver em Portugal. Dos que viviam em Portugal, 236 (41,6%) referiram ter autorização de permanência, 124 (21,9%)

referiram ter estatuto de residente, 39 (6,9%) encontravam-se com estatuto de igualdade de direitos e deveres (apenas para cidadãos brasileiros) e 5 (0,9%) referiram estatuto de refugiado⁶.

História de Testes

No que diz respeito à história de teste para o VIH, 1125 (42,7%) dos inquiridos afirmaram nunca o ter feito anteriormente, 697 (26,5%) reportaram ter feito o último teste entre o ano de 2015 e 2016, 614 (23,3%) entre 2010 e 2014 e 139 (5,3%) antes de 2010 (gráfico 6). De notar que 18 (0,7%) dos inquiridos disseram ter tido um resultado positivo para o VIH anteriormente.

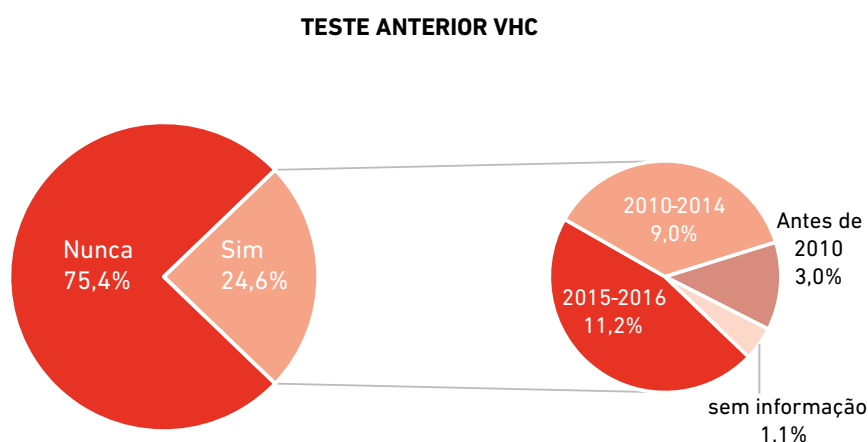
Gráfico 6. Distribuição dos inquiridos segundo a sua história de teste anterior de VIH e data do último teste



No que diz respeito à história de teste para a hepatite C, 1591 (75,4%) dos inquiridos afirmaram nunca o ter feito anteriormente, 236 (11,2%) reportaram ter feito o último teste entre o ano de 2015 e 2016, 189 (9,0%) entre 2010 e 2014 e 63 (3,0%) antes de 2010 (gráfico 7). De notar que 49 (8,7%) dos inquiridos disseram ter tido um resultado positivo para o VHC anteriormente.

⁶ Os indicadores relativos à situação no país referidos neste parágrafo não foram recolhidos no IN-Mouraria nem na *Lisbon Cohort of MSM*.

Gráfico 7. Distribuição dos inquiridos segundo a sua história de teste anterior de VHC e data do último teste

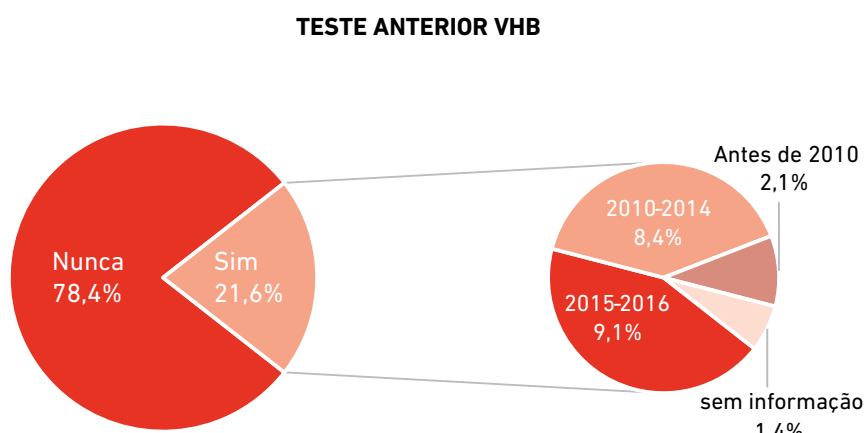


No que diz respeito à história de teste para a hepatite B, 1659 (78,4%) dos inquiridos afirmaram nunca o ter feito anteriormente, 193 (9,1%) reportaram ter feito o último teste entre o ano de 2015 e 2016, 178 (8,4%) entre 2010 e 2014 e 44 (5,1%) antes de 2010 (gráfico 8). De notar que 9 (1,9%) dos inquiridos disseram ter tido um resultado positivo para o VHB anteriormente.

Foi ainda recolhida informação sobre a vacinação para a hepatite B e, do total dos utentes a quem foi feita a questão “fez vacina hepatite B (3 doses)” (N=2126), 749 (35,2%) disseram que tinham feito a vacina, sendo que 500 (23,5%) não sabiam se tinham sido vacinados. Compreende-se deste modo a necessidade de promoção de forma mais sistemática da vacina para a hepatite B nos grupos prioritários.

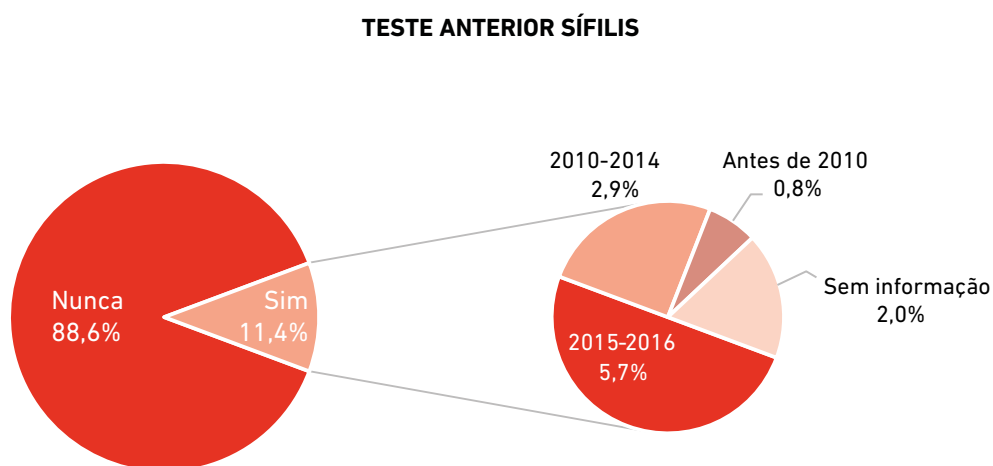
Em Portugal, esta vacina passou a fazer parte do Programa Nacional de Vacinação para todos os adolescentes a partir de 1993 e no ano de 2000 passou a ser administrada a todos os recém-nascidos. De referir ainda que esta vacina poderá ser administrada de forma gratuita a todos os indivíduos de populações de maior risco – PUD, HSH, TS e Migrantes oriundos de países de alta endemicidade da infeção (22) de acordo com a Circular Normativa N15/DT emitida pela DGS em 2001 (23). Nesta circular, são atualizados os grupos de risco para os quais a vacinação da Hepatite B é gratuita, quando administrada nos serviços de saúde e, deste modo o técnico pode passar uma declaração por escrito referindo a circular e pedir para que o utente possa tomar a vacina. Esta informação foi passada às organizações no decorrer da formação o que permite encorajar os utentes a solicitar a vacina.

Gráfico 8. Distribuição dos inquiridos segundo a sua história de teste anterior de VHB e data do último teste



No que diz respeito à história de teste para a sífilis, 1786 (88,6%) dos inquiridos afirmaram nunca o ter feito anteriormente, 163 (5,7%) reportaram ter feito o último teste entre o ano de 2015 e 2016, 87 (2,9%) entre 2010 e 2014 e 26 (0,8%) antes de 2010 (gráfico 9). De notar que 29 (8,0%) dos inquiridos disseram ter tido um resultado positivo para a sífilis anteriormente.

Gráfico 9. Distribuição dos inquiridos segundo a sua história anterior de sífilis e data do último teste



Comportamentos sexuais

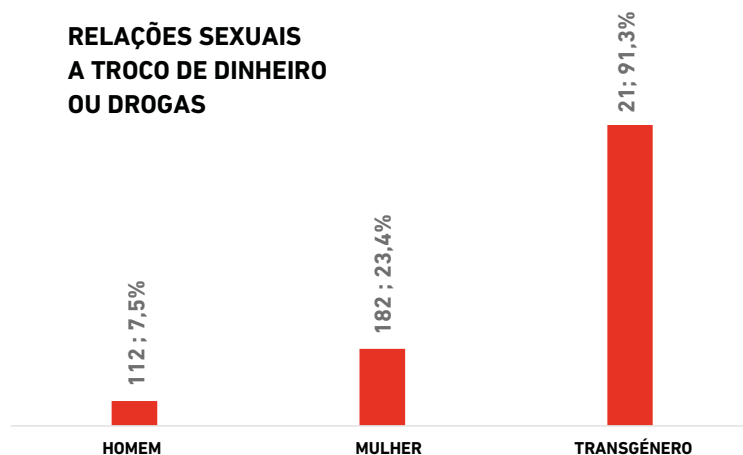
A grande maioria dos inquiridos reportou ter tido relações sexuais nos 12 meses anteriores – 87,6% (1489) dos homens, 74,5% (778) das mulheres e 100% (23) das mulheres transgénero. Em relação ao género dos seus parceiros sexuais nos 12 meses anteriores apresentamos a frequência estratificada por género do participante na tabela 15. Dada a sua relevância para a epidemia do VIH destacamos que 44,1% dos inquiridos são homens que tiveram sexo com homens.

Tabela 15. Distribuição dos inquiridos por género dos parceiros sexuais

Género do participante	Género do parceiro	N	% do total na categoria de género
Homem	Homem	750	50,4%
Homem	Mulher	827	55,5%
Homem	Transgénero	10	0,7%
Mulher	Homem	754	96,9%
Mulher	Mulher	48	6,2%
Mulher	Transgénero	1	0,1%
Mulher transgénero	Homem	22	95,7%
Mulher transgénero	Mulher	5	21,7%
Mulher transgénero	Transgénero	3	13,0%

À pergunta se alguma vez teve relações sexuais a troco de dinheiro, drogas ou bens nos 12 meses anteriores responderam afirmativamente 315 (13,8%) dos inquiridos que tiveram relações sexuais nesse período. Quando se estratifica este indicador por género do participante, verifica-se que a maior proporção de respostas afirmativas foi reportada pelas mulheres transgénero – 91,3% (n=21) (gráfico 10).

Gráfico 10. Distribuição dos inquiridos que tiveram relações sexuais a troco de dinheiro ou bens nos 12 meses anteriores

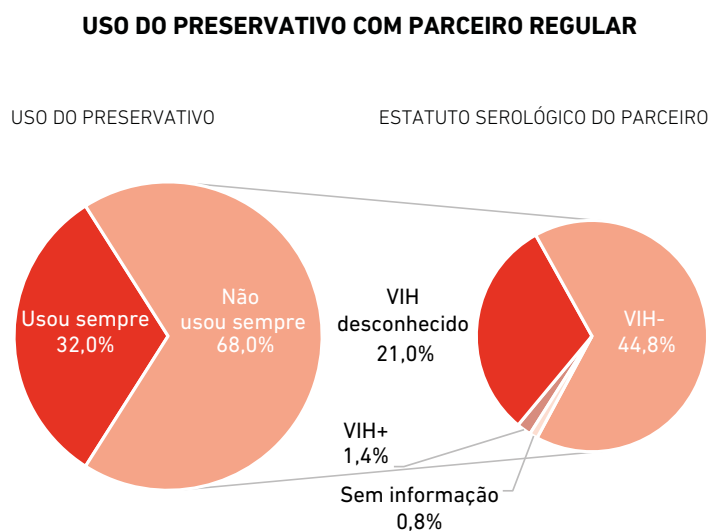


Em relação ao uso do preservativo inquiriu-se os utentes acerca dos 12 meses anteriores e da última relação sexual – 248 (19,1%) e 506 (38,9%), respetivamente, tinham usado preservativo⁴.

Perguntou-se ainda se haviam tido relações sexuais sem preservativo com parceiro regular, com parceiro ocasional e com parceiro comercial (apenas para quem tivesse reportado relações sexuais a troco de dinheiro, drogas ou bens nos 12 meses anteriores). Definiu-se parceiro regular como alguém com quem o utente tem uma ligação emocional e com quem tem sexo regularmente, não necessariamente monogâmico.

De entre aqueles que referiram ter tido relações sexuais sem preservativo nos 12 meses anteriores, 890 (68,0%) referiram que não usaram sempre preservativo com parceiro regular. Destes, 273 (21,0%) referiram desconhecer se o parceiro era VIH+, 583 (44,8%) referiram que o parceiro era VIH- e 18 (1,4%) referiram que o parceiro era VIH+ (gráfico 11).

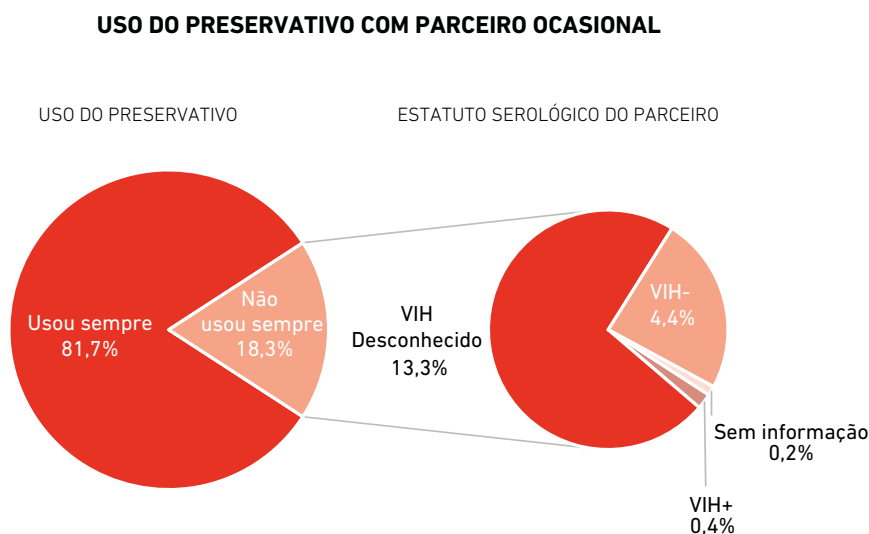
Gráfico 11. Distribuição dos inquiridos de acordo com o uso do preservativo com parceiro regular



Novamente dos inquiridos que referiram ter tido relações sexuais sem preservativo nos 12 meses anteriores, 238 (18,3%) declararam não ter usado sempre preservativo com parceiro ocasional. Destes, 173 (13,3%) referiram não saber se algum dos parceiros ocasionais era VIH+, 57 (4,4%) referiram que todos eram VIH- e 5 (0,4%) referiram que algum dos parceiros era VIH+ (gráfico 12).

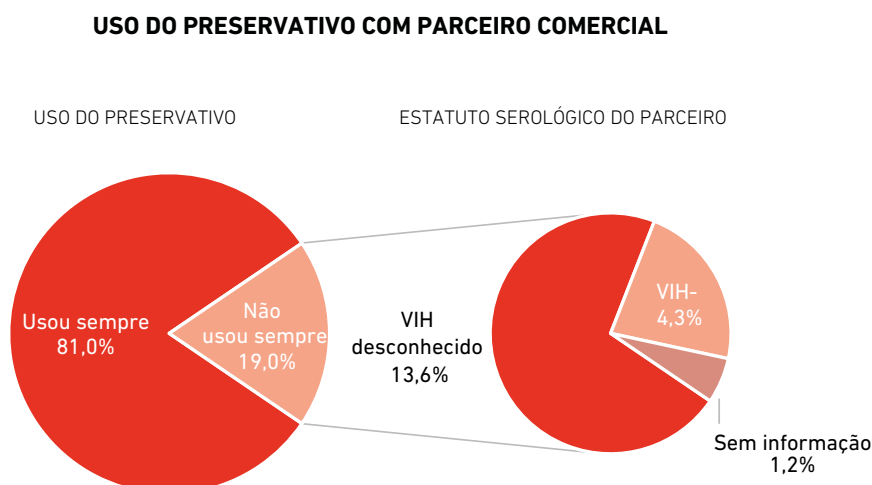
⁷ Exclui-se os utentes do IN-Mouraria e da *Lisbon Cohort of MSM*.

Gráfico 12. Distribuição dos inquiridos de acordo com uso do preservativo com parceiro ocasional



Por último, dos que referiram ter tido relações sexuais a troco de dinheiro ou bens nos 12 meses anteriores, 49 (19,0%) referiram não ter usado sempre preservativo. Destes, 35 (13,6%) referiram desconhecer se algum dos parceiros comerciais era VIH+ e 11 (4,3%) referiram que todos eram VIH- (gráfico 13).

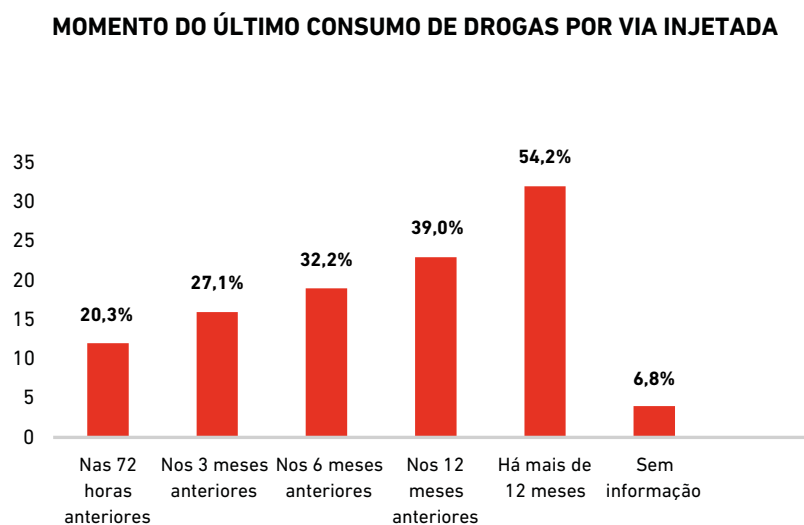
Gráfico 13. Distribuição dos inquiridos que reportaram ter tido relações sexuais a troco de dinheiro ou bens nos 12 meses anteriores de acordo com uso do preservativo com parceiro comercial



Uso de substâncias psicotrópicas⁸

Dos 1741 inquiridos, 59 (3,4%) referiram ter alguma vez consumido drogas por via injetada sendo que destes, 12 (20,3%) referiram que o último consumo foi nas 72 horas anteriores, 4 (6,8%) há mais de 72 horas mas nos 3 meses anteriores, 3 (5,1%) há mais de 3 meses mas nos 6 meses anteriores e 32 (54,2%) há mais de 12 meses. Dos 23 inquiridos que consumiram nos 12 meses anteriores, 17 (73,9%) afirmaram ter partilhado material de injeção que sabiam ou suspeitavam ter sido usado por outra pessoa.

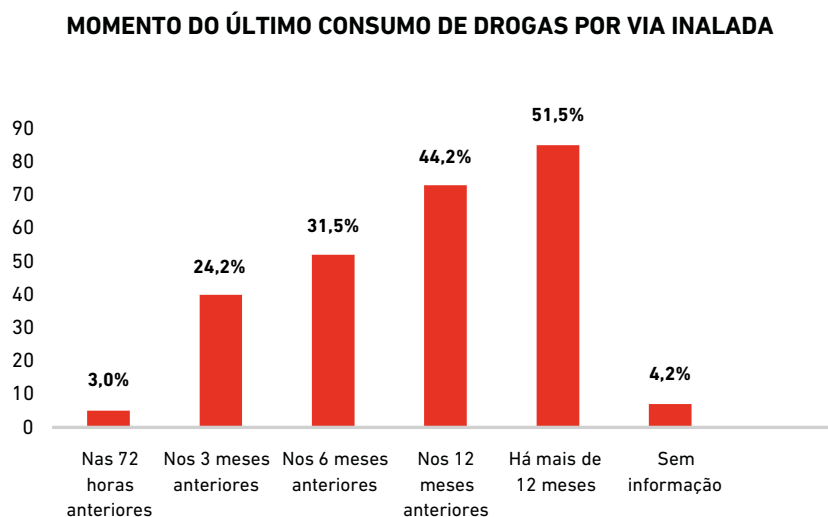
Gráfico 14. Distribuição dos inquiridos de acordo com o momento do último consumo de drogas por via injetada



Dos 1741 participantes, 165 (9,5%) referiram ter consumido drogas por via inalada sendo que destes, 5 (3,0%) referiram ter consumido nas últimas 72 horas, 35 (21,2%) nos últimos 3 meses mas há mais de 72 horas, 12 (7,3%) nos últimos 6 meses mas há mais de 3 meses e 85 (51,5%) há mais de 12 meses. Quando inquiridos apenas os indivíduos que consumiram há menos de 12 meses (N=52), 30 (57,7%) referiram ter usado material para inalar que sabiam ou suspeitavam ter sido usado por outra pessoa.

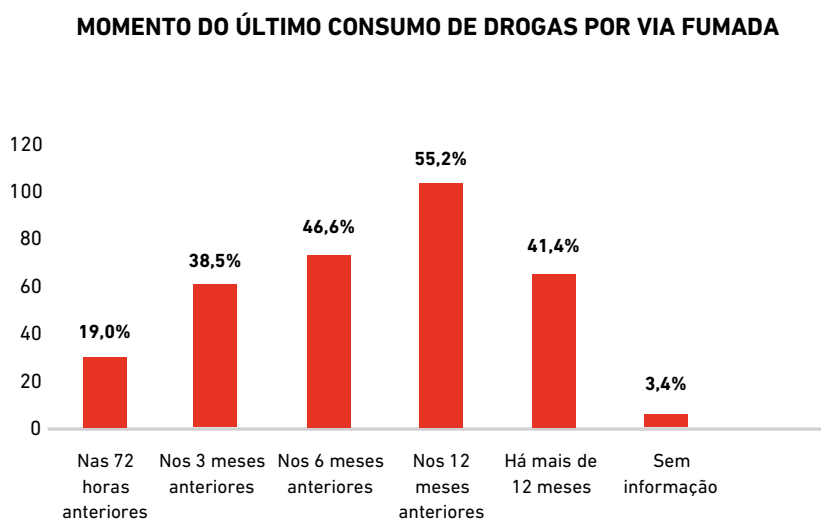
⁸ Excluiu-se os utentes do IN-Mouraria e da *Lisbon Cohort of MSM*.

Gráfico 15. Distribuição dos inquiridos de acordo com o momento do último consumo de drogas por via inalada



Dos 1741 participantes, 174 (10,0%) referiram ter consumido drogas por via fumada (excluindo haxixe/*cannabis*) sendo que destes, 33 (19,0%) referiram ter consumido nas últimas 72 horas, 34 (19,5%) nos últimos 3 meses mas não nas últimas 72 horas, 14 (8,0%) nos últimos 6 meses mas não nos últimos 3 meses e 72 (41,4%) há mais de 12 meses. Entre os inquiridos que consumiram há menos de 12 meses (N=81) 44 (54,3%) reportaram ter usado material para fumar que sabiam ou suspeitavam ter sido usado por outra pessoa.

Gráfico 16. Distribuição dos inquiridos de acordo com o tempo desde o último consumo de drogas por via fumada

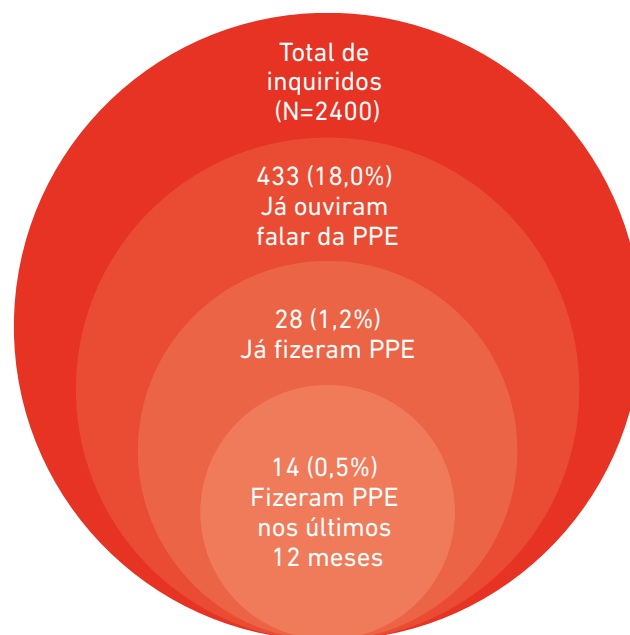


Prevenção farmacológica da infeção por VIH

I) Profilaxia Pós-Exposição (PPE)⁹

Quando perguntado aos utentes se já tinham ouvido falar da PPE ao VIH, 433 (18,0%) referiram já conhecer essa modalidade de prevenção sendo que destes, 333 (76,9%) eram participantes da *Lisbon Cohort of MSM*. Dos que já tinham ouvido falar, 28 (1,2%) referiram ter feito PPE e 14 (0,5%) disseram ter feito PPE nos últimos 12 meses, dos quais 10 (71,4%) eram participantes da *Lisbon Cohort of MSM*.

Figura 12. Distribuição dos inquiridos por conhecimento e terem feito PPE

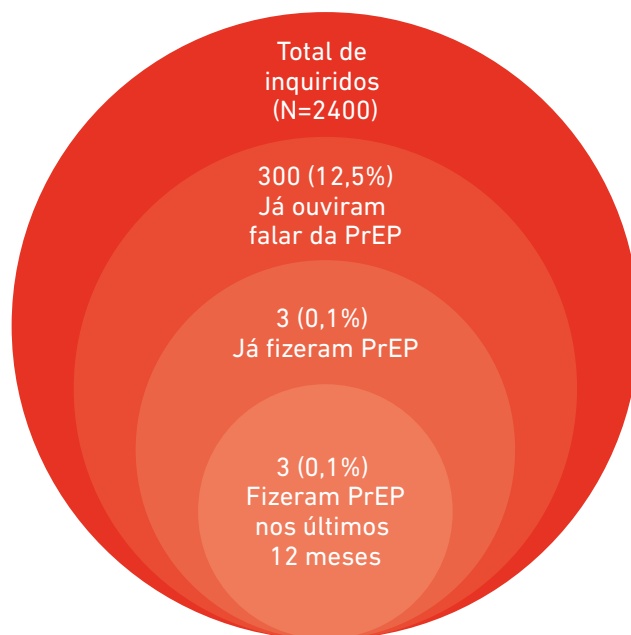


II) Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)

Quando perguntado aos utentes (N=2400) se já tinham ouvido falar da PrEP ao VIH, 300 (12,5%) referiram conhecer essa modalidade de prevenção, sendo que destes 255 (85,0%) eram participantes da *Lisbon Cohort of MSM*. Dos que conheciam, 3 (0,1%) referiram ter feito PrEP nos últimos 12 meses (todos participantes da *Lisbon Cohort of MSM* exclusivamente). Nota-se deste modo um grande desequilíbrio em termos de conhecimento desta ferramenta entre os diferentes grupos alvo.

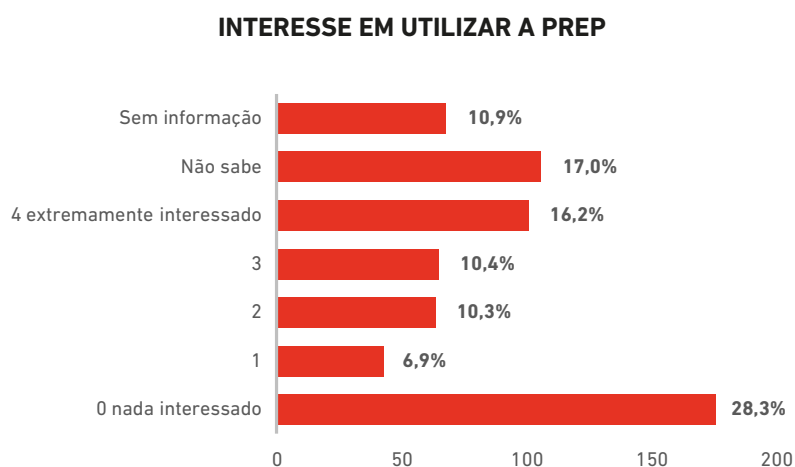
⁹ Excluiu-se os utentes do IN-Mouraria.

Figura 13. Distribuição dos inquiridos por conhecimento e terem feito PrEP



Após uma explicação técnica relativa a este método de prevenção, foi perguntado aos utentes que eram VIH- antes do teste na Rede (N=805) quão interessados estariam em utilizá-la, se a PrEP ficasse disponível. Destes inquiridos, 28,3% (176) referiram não estar nada interessados, 16,2% (N=101) referiram estar extremamente interessados e 17,0% (N=68) disseram não saber avaliar o seu interesse no momento do questionário¹⁰.

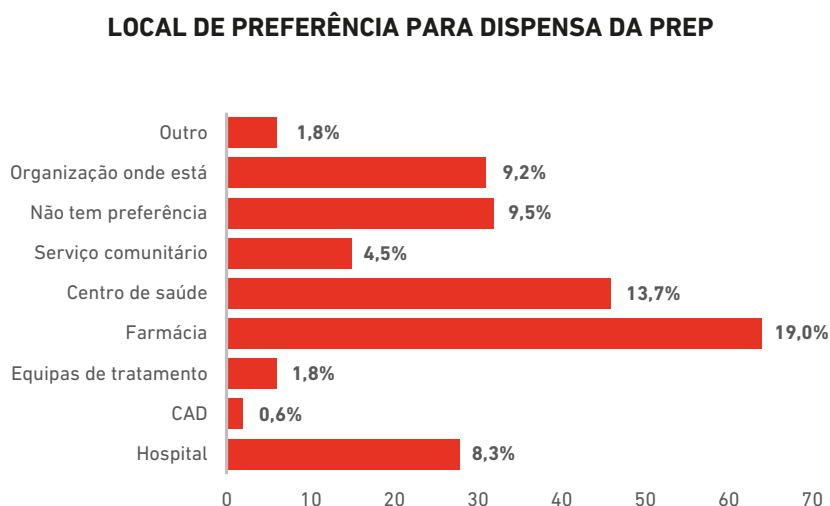
Gráfico 17. Distribuição dos inquiridos por interesse em utilizar a PrEP se esta ficasse disponível



¹⁰ Reportamos apenas os dados recolhidos no questionário da Rede de Rastreio (n=1741)

Aos inquiridos cujo nível de interesse foi classificado igual ou acima de 2 na escala de Likert (N=336) foi perguntado qual seria o local da sua preferência para a dispensa da PrEP caso esta ficasse disponível. O local mais referido, por 64 utentes (19,0%), foi a “farmácia”, seguindo-se de 46 (13,7%) respostas para “centro de saúde” e 32 (9,5%) referiram não ter preferência.

Gráfico 18. Distribuição dos inquiridos por local de preferência para dispensa da PrEP



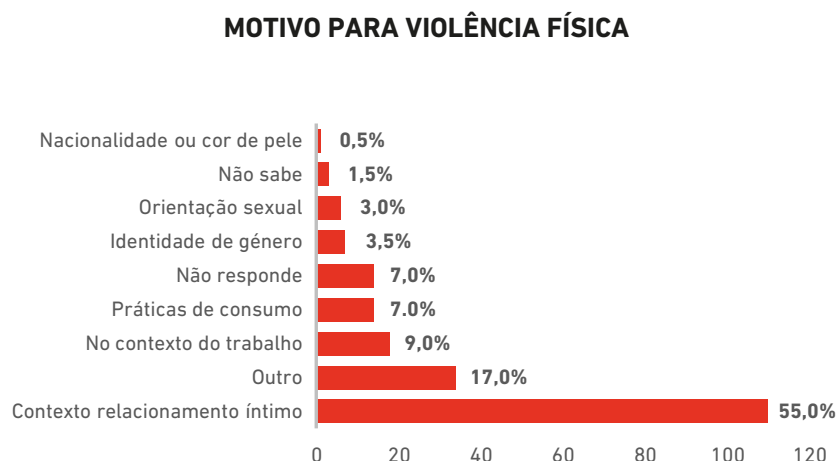
Foi ainda questionado aos restantes utentes com um nível de interesse classificado abaixo de 2 (n=219), o principal motivo do seu desinteresse da PrEP e, como primeiro motivo, a resposta mais frequentemente dada foi “estar satisfeito com as práticas de prevenção atuais” (51,6%), seguindo-se de 12,3% para “não quer tomar medicação” e 8,7% para “precisa de mais informação sobre a PrEP e seus efeitos”.

Violência¹¹

Nesta secção, foi perguntado aos inquiridos (n=1741) se alguma vez haviam sido vítimas de violência física, psicológica/verbal ou sexual na idade adulta. Na amostra, 200 (11,4%) utentes afirmaram ter sido vítimas de violência física durante a idade adulta. Quando se estratificou este indicador por género verificou-se que entre os homens a proporção dos que reportou ter sido vítima de violência física durante a idade adulta foi de 7,6% (n=62), entre as mulheres foi de 14,4% (n=131) e entre as mulheres transgénero a proporção foi de 38,9% (n=7). Em relação ao contexto, verificou-se que o relacionamento íntimo foi mais prevalente com 55% (N=110) das respostas, seguindo-se de 9% (n=18) para contexto de trabalho (destes, 9 utentes referiram ter tido relações sexuais a troco de dinheiro, drogas ou bens) (gráfico 19). Das 34 (17,0%) respostas referidas que apontavam outro motivo destacou-se o contexto familiar, tendo este sido referido 7 vezes (20,6%) e assalto, referido 4 vezes (11,8%).

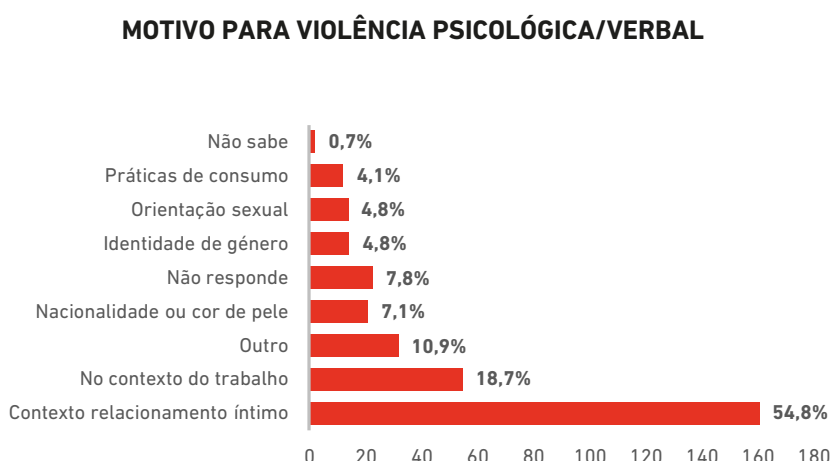
¹¹ Excluiu-se os utentes do IN-Mouraria e da *Lisbon Cohort of MSM*.

Gráfico 19. Distribuição dos inquiridos por motivo de violência física



Dos utentes, 294 (16,8%) afirmaram ter sido vítimas de violência psicológica/verbal durante a idade adulta. Quando se estratificou este indicador por género verificou-se que entre os homens a proporção dos que reportou ter sido vítima de violência psicológica/verbal durante a idade adulta foi de 11,4% (n=93), entre mulheres foi de 20,9% (n=190) e entre mulheres transgénero a proporção foi de 61,1% (n=11). Em relação ao contexto, verificou-se que o relacionamento íntimo foi mais prevalente com 54,8% (N=161) das respostas, seguindo-se de 18,7% (n=55) para contexto de trabalho (todos os utentes que referiram ter sido vítimas no contexto de trabalho também reportaram ter tido relações sexuais a troco de dinheiro, drogas ou bens) (gráfico 20). Das 32 (10,9%) respostas referidas que apontavam outro motivo destacou-se o contexto familiar, tendo este sido referido 10 vezes (31,3%).

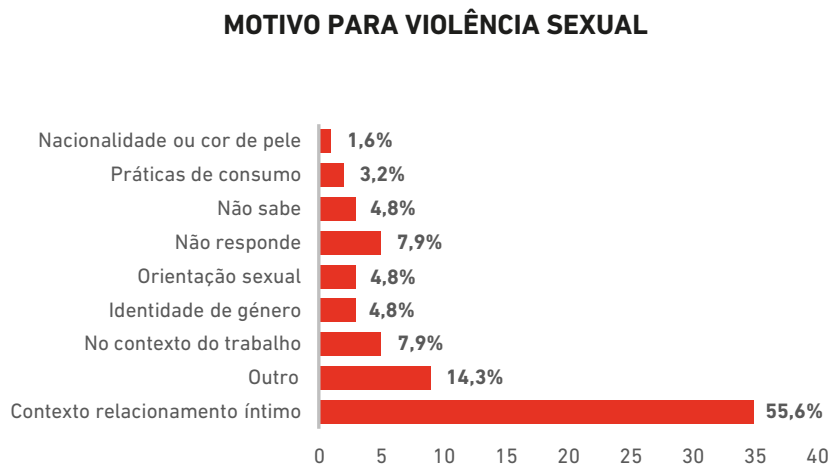
Gráfico 20. Distribuição dos inquiridos por motivo de violência psicológica/verbal



63 (3,6%) utentes afirmaram ter sido vítimas de violência sexual durante a idade adulta. Quando se estratificou este indicador por género verificou-se que entre os homens a proporção dos que reportou ter sido vítimas de violência sexual durante a idade adulta foi de 1,2% (n=10), entre mulheres foi de 5,4% (n=49)

e entre mulheres transgénero a proporção foi de 22,2% (n=4). Em relação ao contexto, verificou-se que o relacionamento íntimo foi mais prevalente com 55,6% (n=35) das respostas, seguindo-se de 7,9% (n=5) para contexto de trabalho (destes 4 utentes referiram ter tido relações sexuais a troco de dinheiro, drogas ou bens) (gráfico 21). Das 9 (14,3%) respostas referidas que apontavam outro motivo destacou-se o contexto familiar, tendo este sido referido 3 vezes (33,3%).

Gráfico 21. Distribuição dos inquiridos por motivo de violência sexual

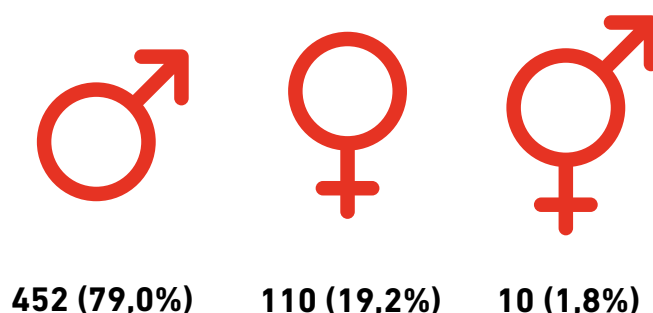


Descrição das recusas

Aos utentes que se apresentassem para teste, mas recusassem responder ao questionário completo da Rede, foi realizado um conjunto de questões que permitisse caracterizar as potenciais diferenças sistemáticas entre participantes e não participantes, para efeito de vigilância de segunda geração.

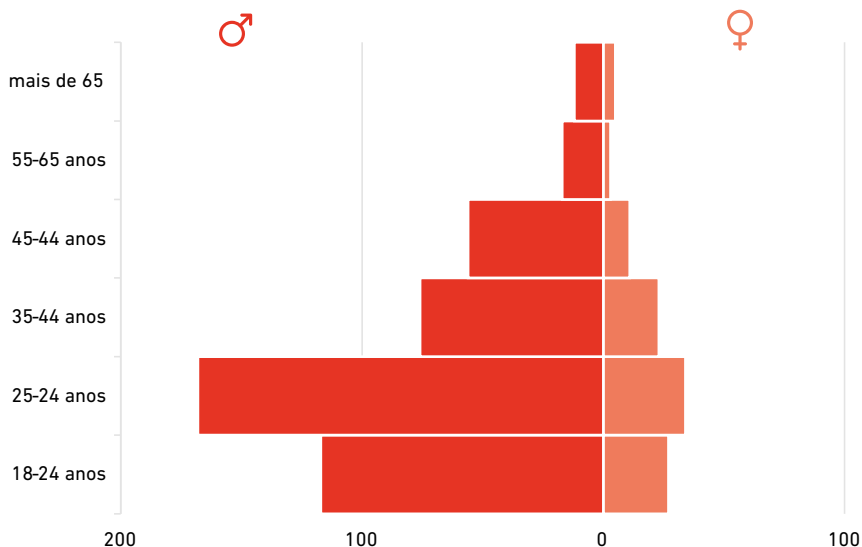
Do total dos 562 utentes que preencheram um questionário de recusa, 452 (79,0%) identificaram-se como homens, 110 (19,2%) como mulheres e 10 (1,8%) como mulheres transgénero (figura 14). Quando comparados com os participantes (61,4% homens e 0,8% mulheres transgénero) é de notar a sobre-representação dos homens e dos inquiridos mulheres transgénero entre aqueles que recusaram fornecer uma caracterização completa.

Figura 14. Identidade de género dos inquiridos nas recusas



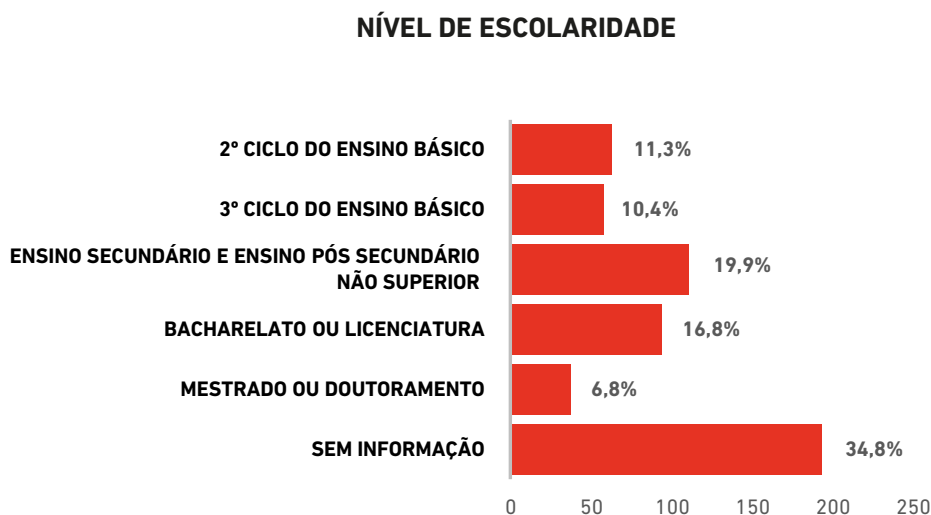
Tal como entre os participantes, o grupo etário mais representado entre os que recusaram fornecer informação completa foi o dos 24 aos 35 anos nos dois géneros e mais de metade tinham entre 18 e 34 anos (gráfico 22). São de notar as semelhanças globais na distribuição etária entre participantes e recusas. No entanto, as recusas foram mais frequentes entre os utentes mais jovens, sobretudo no caso das mulheres.

Gráfico 22. Distribuição dos inquiridos por classe etária e género nas recusas



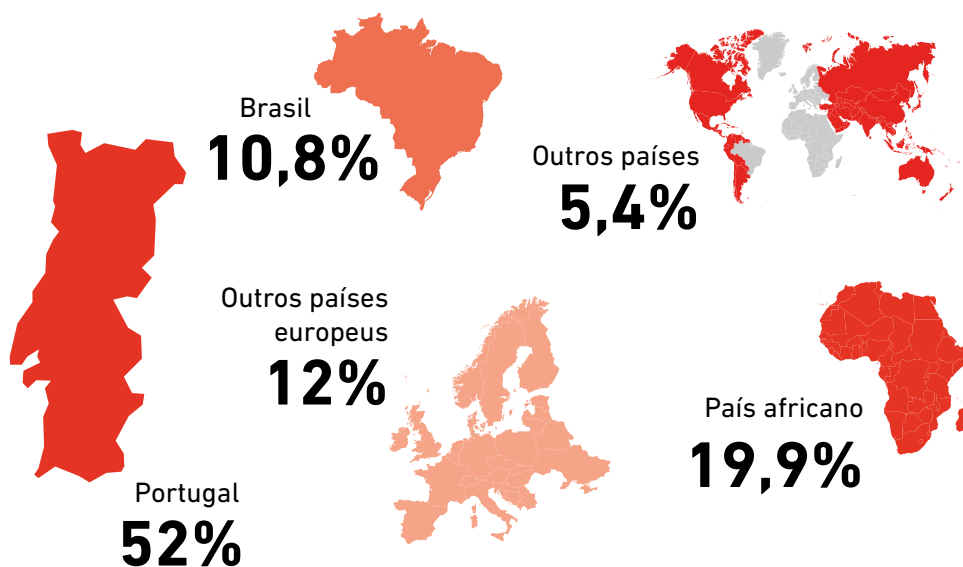
No que diz respeito ao nível de escolaridade atingido, verificou-se que 63 (11,3%) inquiridos tinham o 2º ciclo do ensino básico ou menos, 111 (19,9%) tinham ensino secundário ou ensino pós-secundário não superior e 94 (16,8%) tinham licenciatura (gráfico 23). De um modo geral, a escolaridade era mais elevada nos inquiridos que recusaram participar na recolha de dados completa.

Gráfico 23. Distribuição dos inquiridos por nível mais alto de escolaridade obtido



Dos inquiridos (N=558), 290 (52,0%) referiram como país de nascimento Portugal, 111 (19,9%) tinham nascido num país africano, na maioria em países de língua oficial portuguesa, no Brasil (10,8%) ou noutros países europeus (5,4%) (figura 15). Destaca-se a maior representação de indivíduos nascidos em países africanos ou em outros países europeus entre os inquiridos que recusaram participar, quando comparados com os que responderam ao questionário completo.

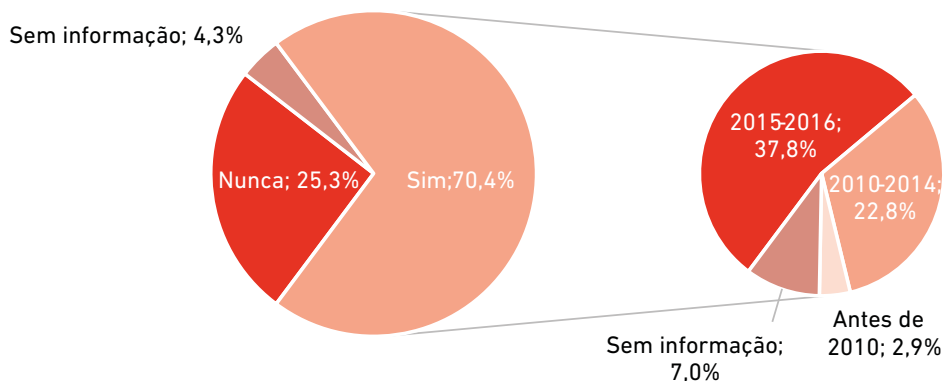
Figura 15. Distribuição dos inquiridos por país de nascimento



No que diz respeito à história de teste para o VIH (N=558), 141 (25,3%) dos inquiridos afirmaram nunca terem feito o teste anteriormente, 211 (37,8%) reportaram terem feito o último teste entre o ano de 2015 e 2016, 127 (22,8%) entre 2010 e 2014 e 16 (2,9%) antes de 2010 (gráfico 24). De notar que dos inquiridos que referiram ter feito teste antes da Rede, seis eram positivos para o VIH.

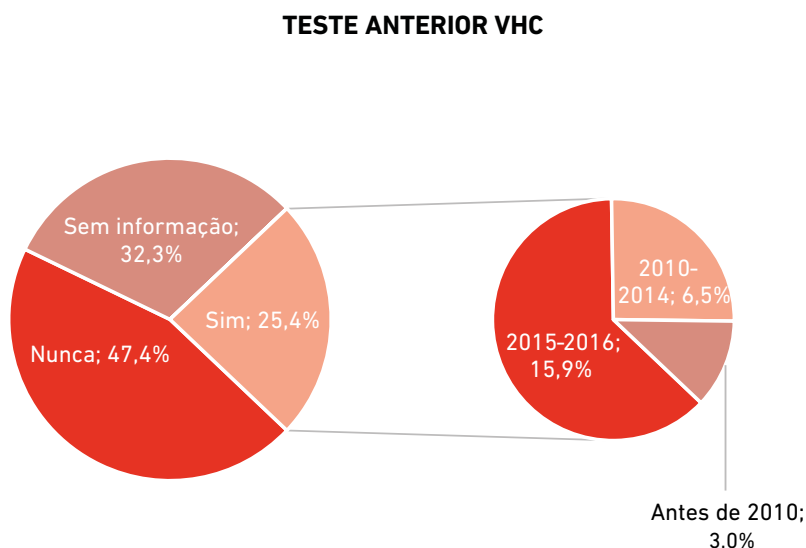
Gráfico 24. Distribuição dos inquiridos segundo a sua história de teste anterior de VIH e data do último teste

TESTE ANTERIOR DE VIH



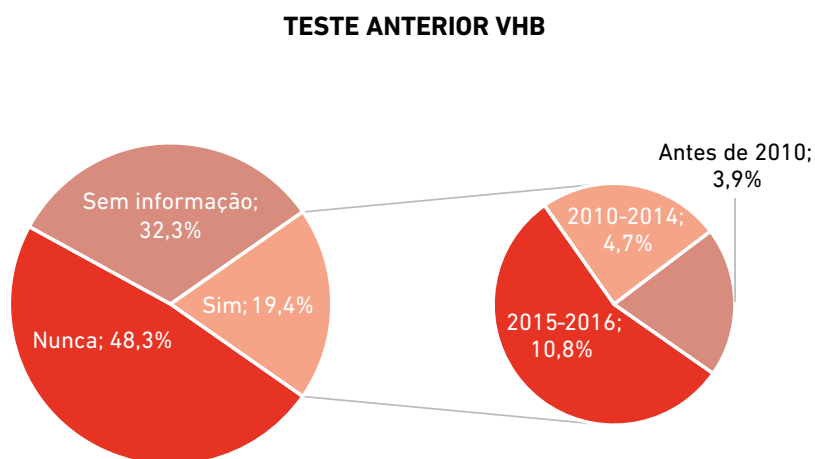
No que diz respeito à história de teste para a hepatite C (N=232), 110 (47,4%) dos inquiridos afirmaram nunca terem feito o teste anteriormente, 25 (15,9%) reportaram terem feito o último teste entre o ano de 2015 e 2016, 15 (6,5%) entre 2010 e 2014 e 7 (3,0%) antes de 2010 (gráfico 25). De notar que dos inquiridos que referiram ter feito teste antes da Rede, quatro eram positivos para o VHC.

Gráfico 25. Distribuição dos inquiridos segundo a sua história de teste anterior de VHC e data do último teste



No que diz respeito à história de teste para a hepatite B (N=232), 112 (48,3%) dos inquiridos afirmaram nunca terem feito o teste anteriormente, 25 (10,8%) reportaram terem feito o último teste entre o ano de 2015 e 2016, 11 (4,7%) entre 2010 e 2014 e 9 (3,9%) antes de 2010 (gráfico 26). De notar que dos inquiridos que referiram ter feito teste antes da Rede, cinco eram positivos para o VHB.

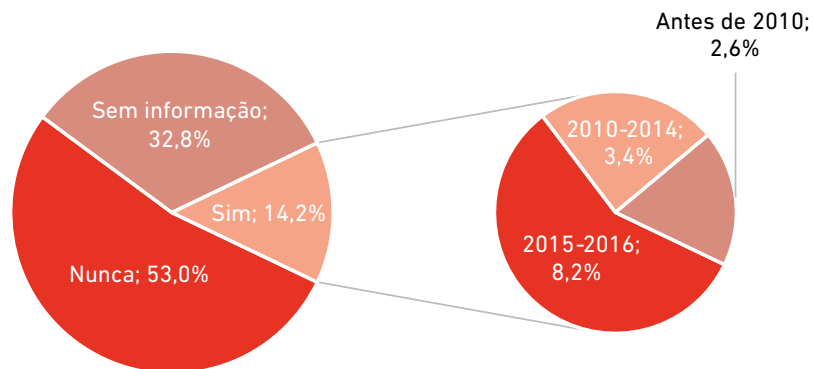
Gráfico 26. Distribuição dos inquiridos segundo a sua história de teste anterior de VHB e data do último teste



No que diz respeito à história de teste para a sífilis (N=232), 123 (53,0%) dos inquiridos afirmaram nunca terem feito o teste anteriormente, 19 (8,2%) reportaram terem feito o último teste entre o ano de 2015 e 2016, 8 (3,4%) entre 2010 e 2014 e 6 (2,6%) antes de 2010 (gráfico 27).

Gráfico 27. Distribuição dos inquiridos segundo a sua história de teste anterior de sífilis e data do último teste

TESTE ANTERIOR DE SÍFILIS



Quando perguntado aos utentes (N=232) o motivo pelo qual não aceitaram responder ao questionário, 157 (67,7%) referiram não querer fornecer informação pessoal identificativa, 28 (12,1%) disseram não ter tempo e 28 (12,1%) referiram não ter interesse no estudo.

Gráfico 28. Distribuição dos inquiridos por motivo para não aceitar responder ao questionário

MOTIVO PARA NÃO ACEITAR RESPONDER AO QUESTIONÁRIO



3. CONCLUSÕES

Este relatório descreve um conjunto de atividades e fornece resultados referentes a um curto tempo de intervenção no terreno — para recolha de dados e para acompanhamento da coorte, durante o qual foi necessário proceder à padronização dos processos de colheita da informação. Contudo, são desde já claras as mais-valias do projeto para gerar conhecimento sobre as epidemias em estudo no território nacional, como na promoção e melhoria da qualidade do rastreio de base comunitária em Portugal.

Sendo claras as diferenças nos volumes de testes reportados por cada organização, resultado de fatores como a área de abrangência dos projetos, grupos alvo, limitações financeiras e humanas, capacidade de implementação do processo de recolha e reporte de dados, os resultados apresentados demonstram a capacidade das organizações da Sociedade Civil de não só chegarem até os grupos prioritários (apenas 813 pessoas das 4955 — 16,4% — não pertenciam a nenhum dos grupos alvo), com mais dificuldade em aceder ao SNS, como a subgrupos nos quais as prevalências das infeções rastreadas são ainda muito elevadas (para todas as infeções as proporções de resultados reativos estão acima dos 2%, com exceção da infeção pela Hepatite B, que era 1,9%), em que o historial de rastreio é inconsistente (fizeram o seu primeiro teste numa estrutura da Rede de Rastreio Comunitária 42,7% das pessoas rastreadas para o VIH, 75,4% das pessoas rastreadas para VHC, 78,4% das pessoas rastreadas para VHB e 88,6% das pessoas rastreadas para sífilis), bem como de apoiar as pessoas com resultados reativos na sua ligação ao SNS (79,7% das pessoas com resultados reativos para VIH, 80,8% das pessoas com resultados reativos para VHC, 84,1% das pessoas com resultados reativos para VHB e 76,3% das pessoas com resultados reativos para sífilis foram referenciadas pelas organizações membro da Rede de Rastreio Comunitária).

Sendo que as organizações membro disponibilizam acompanhamento pelo menos à primeira consulta, a confirmação do sucesso da referenciação (presença na primeira consulta) é, muitas das vezes, possível através de reporte anónimo das organizações ou, em alguns casos, através de protocolos de articulação anónima de informação com Serviços Hospitalares. Embora estas confirmações não tenham sido analisadas neste reporte, serão futuramente alvo de análise específica.

No tempo a que este reporte se refere, foi possível fundamentar a necessidade de continuar a investir no diagnóstico precoce destas infeções nestes grupos alvo, bem como de o fazer de forma integrada. O diagrama de Venn apresentado na página 41, que ilustra os resultados reativos para as diferentes infeções, mostrando as sobreposições nos casos de coinfeção, revela que, e excetuado os utentes que reportaram já ter diagnósticos de uma ou mais destas infeções no passado, no momento do teste é muito rara a obtenção de resultados reativos para mais do que uma infeção, ocorrendo em apenas 6,6% das situações (23 pessoas). Nos indivíduos rastreados, a coinfeção mais prevalente é pelo VIH e sífilis, o que aponta para uma dinâmica de transmissão sexual conjunta, corroborando o facto de a transmissão da infeção pelo VIH estar facilitada na presença de outra infeção sexualmente transmissível.

Estes resultados reforçam, como referido, a importância da disponibilização de rastreios conjuntos sendo que, num cenário em que apenas fossem disponibilizados testes de VIH, ter-se-ia perdido a oportunidade de identificar mais de duas centenas de infeções.

É ainda notório que as ferramentas de prevenção farmacológica não são do conhecimento público, sendo que tal será mais compreensível no caso da PrEP, muito recente e ainda não disponível em Portugal, mas bastante menos no caso da PPE que, embora aparente estar mais divulgada, é ainda conhecida apenas por 18% das pessoas inquiridas, das quais a vasta maioria (85%) são homens que têm sexo com homens, o grupo-chave que parece estar melhor informado sobre o leque de opções de prevenção farmacológica existente.

A violência deverá ser um tema mais aprofundado no futuro. Embora não abordada sistematicamente no contexto de intervenções relacionadas com infeções transmissíveis, e nem considerada por todas as organizações – algumas equipas não se sentiram confortáveis ou com formação adequada para considerar a questão –, os resultados preliminares dão conta de elevada frequência de violência, especialmente no contexto de relacionamentos íntimos.

De destacar ainda que, apesar da amostra reduzida, um número elevado dos casos de violência (independentemente do tipo) em contexto de trabalho ocorreram com pessoas que reportaram ter tido relações sexuais a troco de dinheiro, drogas ou bens, ou seja, em trabalho sexual. Este resultado reforça a relevância do problema da violência interpessoal, enquanto questão de saúde pública, mas também como específica violação dos direitos humanos deste grupo em particular.

Olhando individualmente para cada uma das infeções, podemos salientar, por agora, que:

1. Os dados mais recentes apresentados pelo Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA e Tuberculose, reportados em 2014, identificam 1220 novos diagnósticos de VIH em Portugal. Nos 9 meses de projeto aqui reportados, foram identificados nas estruturas membro da Rede de Rastreio Comunitária 118 pessoas com resultados reativos, quase 10% do número total de novos diagnósticos reportados em 2014. Embora não seja possível estabelecer um paralelo entre anos distintos, esta comparação permite-nos ter uma noção do peso da Rede em termos de identificação de novas infeções, que terá tendência a crescer no tempo.

Considerando que o reporte em causa não reflete todo o trabalho das ONG membro tendo em conta os diferentes momentos de entrada na Rede de Rastreio Comunitária, e dado que os mecanismos de reporte de informação tiveram ainda alguns constrangimentos nos primeiros meses e que o reporte atual não representa um ano de recolha, consideramos que esta percentagem demonstra um contributo essencial para a diminuição do número de pessoas não diagnosticadas no nosso país, especialmente considerando que a maioria destas são identificadas nos grupos tendencialmente mais distantes dos sistemas tradicionais de rastreio e diagnóstico, e que a rede permite assegurar condições para uma referenciação de cobertura elevada.

2. No que concerne à infeção pelo VHC, o padrão de resultados está em linha com o esperado, reforçando-se a importância do rastreio junto de pessoas com historial de injeção de drogas, bem como em alguns subgrupos de homens que têm sexo com homens e trabalhadores do sexo. Destacamos ainda que 49 pessoas tinham já um diagnóstico de VHC anterior ao contacto com a estrutura da Rede através da qual responderam ao questionário, das quais 7 estavam em seguimento e uma tinha concluído tratamento. Este número reflete novamente a importância de oferecer sistematicamente um serviço de religação a cuidados de saúde de pessoas com diagnósticos anteriores, que por diversos motivos não estão em contacto com o SNS atualmente.

3. No caso da infeção pelo VHB, destacamos a clara necessidade de investir em programas de rastreio e vacinação de pessoas nascidas em países de alta endemia, que representam na nossa amostra mais de 70% das infeções rastreadas. Existindo uma circular que prevê a vacinação de pessoas dos chamados “grupos de risco”, entendemos que uma maior divulgação do acesso gratuito a esta vacina poderia ser benéfica.
4. No caso da sífilis, parece também clara a necessidade de um maior investimento no rastreio e diagnóstico, não só em estruturas comunitárias como, claro, no SNS. No período de reporte a que se refere este relatório, obtiveram-se 160 resultados reativos para esta infeção. Se considerarmos que Portugal reportou ao ECDC em 2013 186 casos de infeções por sífilis, os resultados do projeto mostram que poderemos estar perante uma situação de subdiagnóstico considerável desta infeção, tendo em conta os resultados obtidos nestes primeiros 8 meses de intervenção reportada, mesmo que os resultados reativos não se confirmem como infeções ativas na sua totalidade.

Reforçando novamente que uma pessoa infetada por qualquer IST está em maior risco de infeção pelo VIH, consideramos importante que se invista não só num aumento do rastreio e diagnóstico de sífilis a nível nacional, especialmente nos grupos alvo do projeto dada a maior prevalência de VIH nos mesmos. De igual forma, consideramos importante o investimento em mecanismos que permitam identificar qual a percentagem destes rastreios que corresponde a uma infeção ativa e na promoção da notificação de casos diagnosticados, uma vez que poderemos estar perante uma situação de subnotificação.

Salientamos que os dados apresentados no relatório são maioritariamente nacionais, pretendendo-se dar uma noção da abrangência total e resultados gerais do projeto. Muita da informação apresentada poderá, no futuro, ser analisada por regiões e/ou grupos alvo, gerando-se assim informação granular de qualidade, algo considerado essencial para a definição de respostas adequadas às epidemias locais e/ou regionais destas infeções, especificamente referido pela ONUSIDA no seu documento de enquadramento da estratégia 90-90-90.

O aumento do volume de dados disponível permitirá ainda identificar diferenças nos padrões de comportamento, especificidades epidemiológicas nas várias regiões do país, e em cada grupo alvo nessas regiões, bem como identificar mudanças ou diferenças nos padrões ou tendências nacionais entre grupos e/ou subgrupos.

Sublinhamos ainda que a informação apresentada neste relatório constitui apenas uma parte do potencial de geração de conhecimento do sistema de informação implementado, seguindo-se análises mais detalhadas e/ou análises de subgrupos de dados mais específicas no futuro. O volume de informação presente na base de dados obriga a equipa, de momento, a selecionar indicadores para análise. Contudo a riqueza da informação recolhida permitirá, no futuro, analisar detalhadamente todas as dimensões aqui apresentadas, permitindo ainda um olhar longitudinal sobre os indicadores recolhidos, analisando tendências e alterações em padrões comportamentais e prevalências.

Sendo certo que a DGS financia o rastreio da infeção VIH em diversos pontos do país, financiando uma parte significativa dos projetos membro da Rede, o facto é que não existia até à data um sistema de informação homogéneo, comparável, que permitisse aceder a informação sobre o rastreio em estruturas formais de saúde. Ainda, os projetos financiados faziam, até à emergência da Rede, quase sem exceção, apenas testes VIH, pelo que sem este projeto os testes de VHC, VHB e sífilis cujos resultados aqui apresentamos não teriam ocorrido. O presente projeto contribui ainda para que a aquisição de testes e consumíveis não seja uma

preocupação das organizações, uma vez que o financiamento da DGS, para além de não ser total (sempre inferior a 90% do custo total do projeto), cria um constrangimento à eficácia dos projetos: quando um projeto efetua mais testes do que previsto, sendo que são parte integrante do seu orçamento, tem de abdicar de financiamento para outras rubricas para os adquirir, ou encontrar financiamento adicional.

A Rede de Rastreio permite assim que os projetos possam gerir verbas sem esta limitação, para além de disponibilizar testes de rastreio da infeção VIH mais rápidos, devidamente certificados, com uma tecnologia inovadora e não disponíveis no mercado português, através da parceria com a AHF.

As organizações membro do projeto têm também, como referido, contribuído para religar aos cuidados de saúde pessoas com resultados reativos no passado, estando em processo a estruturação de um mecanismo de registo homogéneo destas situações. Observando os dados nacionais, verificamos que do total de pessoas diagnosticadas com infeção pelo VIH, cerca de 8 000 pessoas não estavam registadas no SNS, o que representa um desafio importante em saúde individual e saúde pública, cuja resolução é essencial para que Portugal possa atingir as metas internacionais definidas para o controlo da epidemia do VIH.

O contínuo da informação gerada pelas estruturas de base comunitária afirma-se ainda como um desafio no que concerne a um melhor entendimento da eficácia destes serviços, havendo dificuldades na ligação entre a informação produzida nas organizações e a dos registos oficiais do SNS.

Entendemos que seria do interesse nacional a estruturação de um sistema de informação associado à referenciação de pessoas com resultados reativos que assegurasse um procedimento fluído no agendamento das consultas hospitalares e permitisse identificar a origem das referenciações, não comprometendo a confidencialidade das pessoas referenciadas.

A implementação deste sistema permitiria avaliar a eficácia das organizações em termos de diagnóstico precoce, ligando dados clínicos a informação comportamental anonimizada, bem como avaliar a eficácia da ligação aos cuidados de saúde nas diversas organizações que disponibilizam rastreio. A análise destes indicadores das próprias estruturas do SNS e da rede CAD permitiria avaliar a eficácia dos diversos programas em curso, possibilitando ajustes, se necessário, à resposta atual.

A parceria consolidada pelo projeto tem um caráter único, não só criando uma estrutura de rastreio com a indispensável ligação a cuidados de saúde (que por definição o rastreio exige), como um sistema de monitorização e controlo da qualidade externo (cuja avaliação permitirá no futuro melhorar), e um sistema simplificado de geração de conhecimento epidemiológico facilmente adaptável que não constitui barreiras ao rastreio, possibilitando ainda a estruturação de dois mecanismos que consideramos de grande relevância.

Com o SIH-CHSJ, a estruturação de um mecanismo uniforme de controlo da qualidade, e a sua possível expansão, dão resposta a uma lacuna nas disposições normativas em vigor, que identificam a necessidade de supervisão, mas não dão indicação do processo. Assim, a uniformização do processo de controlo da qualidade permite comparabilidade e disseminação de boas práticas, bem como transporta a experiência técnica do laboratório para contextos informais de saúde, ajudando assim a que as normas e boas práticas laboratoriais sejam respeitadas, e adequadas à realidade dos contextos informais.

Com o ISPUP criou-se um sistema capaz de trabalhar a informação, um mecanismo de reporte mensal às organizações membro, contendo um conjunto de indicadores base ajustáveis pelas organizações às

suas necessidades. Torna possível uma análise detalhada do progresso de cada organização, bem como decisões informadas relativas a potenciais ajustes às intervenções em curso, por parte das equipas de proximidade, promovendo a melhoria da sua qualidade e melhor adequação das respostas.

A continuidade deste trabalho, embora esteja parcialmente assegurada pelo promotor e parceiros, implica a afetação de recursos humanos que sustente o tratamento atualizado da informação, o acompanhamento e atualização dos protocolos de rastreio e programa de formação, um desafio antecipado dado que no nosso país o financiamento para projetos que não sejam de intervenção direta é, até à data, praticamente inexistente.

Apesar de promissor, o sistema criado apresenta ainda lacunas, muitas das quais identificadas pelas organizações membro no âmbito do projeto. A obrigatoriedade de ligação à Internet, a limitação do número de questionários a serem preenchidos em simultâneo, algumas dificuldades de navegação na plataforma atual e a impossibilidade de alterar ou atualizar informação nos questionários depois da sua submissão são exemplos de funcionalidades que se devem melhorar. Adicionalmente, continuaremos a tentar uma parceria com empresas da área das tecnologias de informação no sentido de transformar esta plataforma num sistema de gestão de rastreios que inclua gestão de stocks e prazos de validade, acesso a informação em tempo real aos dados de cada uma das equipas e à performance da Rede de Rastreio Comunitária como um todo são exemplos de melhorias planeadas, a acontecer mediante parcerias e/ou financiamentos adicionais.

Uma referência ainda para o potencial de crescimento desta rede, sendo que a equipa do projeto continua a receber manifestações de interesse de várias organizações. Embora se coloquem desafios em termos de sustentabilidade, estamos confiantes de que manteremos em funcionamento a atual estrutura tentando, claro, encontrar recursos para a melhorar continuamente.

Consideramos necessário referir que, no decurso de todo o projeto, foram encetados esforços no sentido de desencadear alterações políticas e regulamentares que oficializem e contribuam para a promoção do rastreio de base comunitária no nosso país, junto de estruturas oficiais diversas. Entendemos que, como é demonstrado pelos resultados do projeto, as organizações da sociedade civil que disponibilizam estes serviços contribuem decisivamente para o diagnóstico precoce destas infeções nos grupos-chave, pelo que o seu trabalho deverá, a breve trecho, ser reconhecido oficialmente, e deverão ser criadas as condições para que processos onde ainda se enfrentam dificuldades significativas, como os processos de referenciação, sejam não só regulados (como o foram no decurso do projeto e com o esforço também da Sociedade Civil portuguesa), como que as disposições legais em vigor estejam, de facto, implementadas.

Este é, no entanto, um primeiro passo a vários níveis. Sabemos que há muito mais para fazer além do diagnóstico, ainda que o foco deste projeto tenha sido o diagnóstico precoce e ligação a cuidados de saúde. Demoraremos tempo até atingirmos as metas que desejamos, mas estamos confiantes que avançámos significativamente nestas áreas com o trabalho desenvolvido no último ano.

Este projeto não seria possível sem a rede de parceiros, o seu trabalho em conjunto e a sua disponibilidade, pelo que a nota final do presente relatório vai para as organizações membro da Rede de Rastreio Comunitária, e para o seu esforço e trabalho diários, bem para além do rastreio e ligação a cuidados de saúde, frequentemente subfinanciado e em condições longe das ideais. O respeito integral pelos direitos humanos das pessoas que servimos e a dedicação com que estes serviços são prestados foi essencial para o sucesso desta intervenção, e é imprescindível para uma intervenção de saúde de qualidade nesta e outras áreas.

BIBLIOGRAFIA

1. UNAIDS. Global statistics - 2015 (Ending the AIDS epidemic). 2016.
2. World Health Organization. Consolidated Guidelines on HIV Testing Services. 2015.
3. European Center for Disease and Control. HIV/AIDS surveillance in Europe 2014. 2015; 1-105.
4. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde: Portugal - Infecção por VIH, SIDA e Tuberculose em números - 2015. 2015.
5. Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2014. Departamento de Doenças Infecciosas. Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas; colab. Programa Nacional para a infecção VIH/SIDA: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP); 2015.
6. Huang C-C, Kuo T-M, Yeh C-T, Hu C-po, Chen Y-L, Tsai Y-L, Chen M-L, Chou Y-C, Chang C : One single nucleotide difference alters the differential expression of spliced RNAs between HBV genotypes A and D. *Virus Research*. 2013; 174(1-2): 18-26.
7. Chu J J, Wormann T, Popp J, Patzelt G, Akmatov M K, Kramer A, Reintjes R: Changing epidemiology of hepatitis B and migration--a comparison of six Northern and North-Western European countries. *European journal of public health*. 2013; 23: 642-7.
8. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde: Avaliação do programa nacional de vacinação e melhoria do seu custo-efectividade: 2º inquérito serológico nacional: Portugal Continental 2001-2002. 2004.
9. Viral Hepatitis Prevention Board. *Viral Hepatitis*. 2011; 19(2).
10. European Center for Disease Prevention and Control. Hepatitis B surveillance in Europe 2013. 2015; 1-8.
11. World Health Organization. Hepatitis B. 2015. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>.
12. Mühlberger N, Schwarzer R, Lettmeier B, Sroczynski G, Zeuzem S, Siebert U: HCV-related burden of disease in Europe: a systematic assessment of incidence, prevalence, morbidity, and mortality. *BMC Public Health*. 2009; 9:1-14.
13. Anjo J, Café A, Carvalho A, Doroana M, Fraga J, Gíria J, Marinho R, Santos S, Velosa J: O impacto da hepatite C em Portugal. *GE Jornal Português de Gastrenterologia*. 2014; 21(2):44-54.

14. Barros H, Lucas R, Santos M: Sida em Meio Prisional. Fundação Galouste Gulbenkian. 2009; 11-163.
15. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report 2014 — sexually transmitted infections, including HIV and blood-borne viruses. 2015.
16. World Health Organization. Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections — 2008. 2012;1-20.
17. Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA — <http://www.pnvihsida.dgs.pt/diagnostico21/teste1/mapa-cad.aspx>.
18. Andrade P V. Vigilância, Epidemiologia e Teste em População em Maior Risco e de Acesso Difícil. Arq Med [Internet]. 2009 Mar [citado 2016 Jun 21]; 23(2): 72-73. .
19. Fernandez-Lopez L, Reyes-Uruena J, Agusti C, Kustec T, Klavs I, Casabona C. The COBATEST network: a platform to perform monitoring and evaluation of HIV community-based testing practices in Europe and conduct operational research. AIDS care. 2016;28 Suppl 1:32-6.
20. Core Group of Indicators to Monitor HIV Diagnosis in CBVCT Services: Core indicators to monitor community based voluntary counselling and testing (CBVCT) for HIV - Guidelines for CBVCT services: Field-test version. 2012.
21. World Medical Association. Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. 2013: 1-8.
22. Brook G, Soriano V, Bergin C: European guideline for the management of hepatitis B and C virus infections. International Journal of STD & AIDS. 2010; 21: 669-678.
23. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde: Vacina contra a hepatite B: actualização da vacinação gratuita de grupos de risco. Circular Normativa nº15/DT. Lisboa, Portugal; 2001.

ANEXOS

ANEXO 1: PERFIL DAS ORGANIZAÇÕES

Médicos do Mundo

Médicos do Mundo Portugal é uma organização não-governamental de ajuda humanitária e de cooperação para o desenvolvimento. O pilar da sua ação é a prestação de cuidados globais de saúde – aspetos que contribuem para o bem-estar físico e mental das populações que auxiliam. Integram a Rede de Rastreo com as equipas de rua Saúde Móvel em Lisboa e Porto Escondido na cidade do Porto com o objetivo de contribuir para a diminuição da transmissão do VIH, Sífilis, VHB e VHC junto da população vulnerável, proporcionando-lhes educação, acesso a meios de prevenção (preservativos e troca de seringas) e a meios de diagnóstico para as referidas infeções, referenciação adequada e apoio social.

InPulsar

A InPulsar, Associação para o Desenvolvimento Comunitário, é uma associação sem fins lucrativos. Tem como principais objetivos apoiar crianças e jovens, famílias, apoio à integração social e comunitária, promoção da saúde, promoção da igualdade de género e prevenção e combate à violência de género, criando deste modo respostas sociais inovadoras junto da comunidade local. A sua missão é contribuir para a inclusão social e económica de populações em situação de vulnerabilidade e exclusão social numa perspetiva de proximidade e de envolvimento das populações, centrando a sua intervenção no cidadão e nas capacidades da própria comunidade.

GAF

O GAF, Gabinete de Atendimento à Família, é uma organização de solidariedade social fundada pela Comunidade Carmelita de Viana do Castelo. Tem como missão desenvolver respostas sociais de qualidade, com espírito humanista e solidário, que promova os direitos, a qualidade de vida, a inclusão e a cidadania de indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social e/ou económica. Apresenta como valores: Família, Equidade, Individualidade, Autodeterminação, Autonomia, Confidencialidade, Inovação, Qualidade.

Acompanha

A Acompanha é uma Cooperativa de Solidariedade Social, credenciada pelo CASES (Cooperativa António Sérgio para a Economia Social). Tem intervenção nos domínios do apoio domiciliário a idosos e dependentes, prevenção e redução de riscos na toxicod dependência e apoio integrado na problemática do VIH. Tem como missão o desenvolvimento de atividades e serviços de defesa de direitos e promoção da qualidade de vida de pessoas individual ou socialmente fragilizadas, designadamente pessoas idosas ou

dependentes, marginalizadas, excluídas ou em risco de exclusão, através de um apoio permanente de proximidade no domicílio ou na rua, numa lógica de interação permanente com a família e com a comunidade.

Abraço

A Abraço é uma associação privada sem fins lucrativos. Presta apoio a pessoas infetadas e afetadas pelo VIH/SIDA dando apoio ao nível social, psicológico e clínico. Desenvolve igualmente ações de sensibilização e informação para a população em geral, contribuindo para a minimização de comportamentos de risco, realizando ainda rastreio ao VIH/SIDA e outras ISTs tendo em vista o diagnóstico precoce da infeção.

Existências

A Associação Existências é uma Instituição de Solidariedade Social. Tem como principal objetivo a promoção e proteção da saúde e como fins secundários a intervenção social, a formação e a educação. Tem desenvolvido projetos e ação junto de populações de difícil acesso e especialmente expostas a situações de risco, nomeadamente trabalhadores do sexo, homens que têm sexo com homens, população migrante e utilizadores de drogas. A Existências intervém em diversas áreas tais como VIH/SIDA e outras ISTs, saúde sexual e reprodutiva, dependências, promoção de estilos de vida saudáveis e ainda na formação.

SER+

A SER+, Associação Portuguesa para a Prevenção e Desafio à SIDA, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social. Tem como objetivo apoiar pessoas infetadas e afetadas pelo VIH/SIDA, e vulneráveis à infeção, bem como desenvolver programas de prevenção desta infeção. A associação leva a efeito atividades e iniciativas de natureza psicossocial, de cuidados extra-hospitalares e de inserção socioprofissional, promovendo a autonomia, integração e bem-estar das pessoas infetadas e afetadas pelo VIH/SIDA.

APDES

A APDES, Agência Piaget para o Desenvolvimento, é uma organização não-governamental para o desenvolvimento sem fins lucrativos que promove o desenvolvimento integrado. O seu principal objetivo é a realização de intervenções que visem a melhoria do acesso à saúde, emprego e educação de comunidades e públicos em situação de vulnerabilidade, trabalhando para a capacitação de instituições e indivíduos e para o reforço da coesão social. O perfil organizacional da APDES engloba quatro linhas de ação que pautam os projetos desenvolvidos: saúde, redução de riscos e direitos humanos; educação para a saúde; coesão social e trabalho; e cooperação e desenvolvimento.

Positivo

A Positivo é uma IPSS de apoio a Pessoas que Vivem com VIH/SIDA (PVVS) e seus familiares. Tem como princípios orientadores assegurar o respeito integral dos direitos humanos das PVVS e facultar um serviço de apoio inter-par, psicológico, psiquiátrico, social, jurídico e atividades de animação sociocultural com o intuito de proporcionar uma melhor qualidade de vida às PVVS e seus familiares. Tem também um projeto direcionado a pessoas que fazem Trabalho Sexual, no sentido promover a sua saúde física, mental e situação social. Disponibilizando para este efeito diversos serviços, apoio social, médico, psicológico, psiquiátrico e jurídico.

MAPS

O MAPS – Movimento de Apoio à Problemática da SIDA –, é uma associação com fins de utilidade pública, de solidariedade e de ação social, em cooperação com a Administração Central e Local e outras entidades públicas ou privadas. Tem como missão desenvolver, fomentar e assegurar a prestação de serviços à comunidade, no âmbito das problemáticas do VIH/Sida, toxicodependência, sexualidade, sem-abrigo, migrantes, minorias étnicas e grupos discriminados, contribuindo para o tratamento, desenvolvimento social, integração, inserção social, prevenção e sensibilização para essas problemáticas, tal como a formação e valorização humana, de modo a que transmita os seus valores a quem se envolva com o MAPS.

GAT

O GAT, Grupo de Ativistas em Tratamentos, tem por missão divulgar em Portugal informação sobre prevenção, diagnóstico e tratamentos, novos medicamentos e ensaios clínicos; promover o acesso com qualidade à prevenção, rastreio, *linkage to care* e aos tratamentos para todos com enfoque nos grupos mais vulneráveis onde a infeção pelo VIH é prevalente; intervir nas discussões sobre políticas de saúde e programas para o VIH/SIDA e doenças frequentemente associadas, orientações terapêuticas e as suas implicações práticas; participar em comissões de ética dos organismos que aprovam os ensaios clínicos e o uso compassivo dos medicamentos.

AJPAS

A AJPAS – Associação de Intervenção Comunitária, Desenvolvimento Social e de Saúde –, é uma organização não-governamental, com estatuto de IPSS, sem fins lucrativos. Desenvolve a sua atividade nas áreas da saúde pública e do social, com e para diferentes grupos da comunidade. Na área da saúde, desenvolve projetos no âmbito do VIH/SIDA, Hepatites Víricas e Tuberculose pulmonar, particularmente, na Adesão ao Tratamento, Diagnóstico Precoce, Apoio Domiciliário e Psicossocial dirigido a pessoas infetadas. É uma instituição de utilidade pública e Associação de imigrantes.

Novo Olhar II

A Associação Novo Olhar é atualmente uma IPSS. Tem como principais estratégias de intervenção a cooperação, apoio, concessão de bens e a prestação de serviços de segurança social, apoio à integração social e comunitária, apoio à infância, família, juventude e atividades de igualdade de género. Como objetivos secundários, a promoção e proteção da saúde, formação, promoção do bem-estar e desenvolvimento harmoniosos da área da sua implementação, com vista à progressiva melhoria da qualidade de vida dos seus cidadãos, mais especificamente a indivíduos em situação de exclusão social, vítimas de violência e discriminação, indivíduos com doença do foro psiquiátrico, a doentes com VIH/SIDA e seus envolventes, utilizadores de substâncias psicoativas e profissionais do sexo.

ANEXO 2: FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

**FAÇA PARTE DO MAIOR ESTUDO SOBRE A INFECÇÃO
PELO VIH, HEPATITES VIRAIS E INFECÇÕES
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS
REALIZADO A PARTIR
DA COMUNIDADE**



SOBRE O PROJETO REDE DE RASTREIO COMUNITÁRIA

Os principais objetivos deste projeto são criar um grupo de pessoas (coorte) que utilizam os serviços de rastreio do VIH, hepatites virais e outras infeções sexualmente transmissíveis nos serviços de base comunitária em Portugal.

Pretende-se promover o diagnóstico precoce e a ligação atempada ao Sistema Nacional de Saúde de todas as pessoas com resultados positivos para o VIH, hepatites virais e outras infeções sexualmente transmissíveis e, simultaneamente, conhecer as características, comportamentos e conhecimentos das pessoas que utilizam estes serviços.

PERGUNTAS MAIS FREQUENTES

QUEM COORDENA ESTE PROJETO?

Este projeto, financiado pelo Programa Iniciativas em Saúde Pública - Espaço Económico Europeu (EEA Grants), é promovido pelo Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT), em parceria com o Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP) e o Centro Hospitalar de São João (CHSJ).

A aprovação ética para o estudo foi emitida pela Comissão de Ética do ISPUP.

PORQUE FUI SELECIONADO/A?

Foi selecionado(a) porque pretendemos inquirir pessoas utilizadoras dos serviços de rastreio de base comunitária.

TENHO DE PARTICIPAR?

Não. A participação é muito importante mas a decisão de o fazer é inteiramente sua. Se decidir participar ser-lhe-á pedido o consentimento oral no início do questionário.

Qualquer pessoa pode desistir de participar no estudo a qualquer momento sem ter de dar qualquer explicação, e tal não afetará a qualidade dos serviços que lhe serão prestados.

O QUE TENHO DE FAZER PARA PARTICIPAR?

Para participar no projeto terá de fazer o teste do VIH e/ou de outra infeção sexualmente transmissível e responder a um conjunto de perguntas, feitas por um técnico de rastreio, que fazem parte de um questionário em formato digital. O questionário é constituído por questões sociodemográficas (nacionalidade, situação profissional, etc.), historial de rastreios, fatores de risco para a transmissão de infeções, como por exemplo comportamento sexual e uso de drogas, conhecimento e utilização de métodos de prevenção e questões sobre violência. O questionário demora cerca de 20 minutos a ser preenchido. Algumas das perguntas são de foro mais pessoal, mas nenhuma é de resposta obrigatória.

A MINHA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO É CONFIDENCIAL?

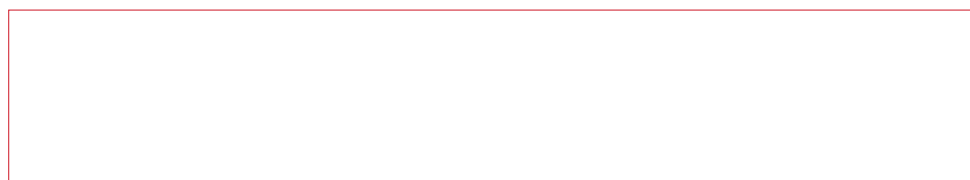
Sim. Todas as informações são confidenciais (manter as respostas em segredo significa que garantidamente apenas são usadas em conjunto para os objetivos deste estudo). No início do questionário será criado um código único que permitirá identificar os utilizadores dos serviços nas visitas seguintes. Neste código não haverá qualquer informação pessoal para que não seja possível identificar os participantes através das respostas. Todas as respostas ao questionário são confidenciais e serão mantidas em segurança pelo promotor e parceiros do projeto.

O QUE VAI ACONTECER AOS RESULTADOS DO ESTUDO?

Os resultados serão usados para conhecer o estado atual das infeções pelo VIH, hepatites virais e infeções sexualmente transmissíveis nas populações que são mais afetadas. Vai permitir também identificar as necessidades das diferentes populações em termos de meios de prevenção destas infeções.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Para obter mais informações sobre este projeto, por favor sinta-se livre de as solicitar ao técnico deste serviço ou entre em contato com uma das seguintes organizações:



www.redederastreio.pt

PARA MAIS INFORMAÇÕES

GAT - Grupo de Ativistas em Tratamentos - Daniel Simões, Rosa Freitas
Contatos: +351 210 967 826 | daniel.simoed@gatportugal.org | rosa.freitas@gatportugal.org

ISPUP - Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto - Paula Meireles, Ana Aguiar
Contatos: +351 222 061 820 | paula.meireles@ispup.up.pt | ana.aguiar@ispup.up.pt

Promotor



Parceiros



Financiado por



Apoio ao GAT



ANEXO 3: CONSENTIMENTO INFORMADO

Ref. 000200DT1

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Conforme a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983, Hong Kong 1983, Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002, Tóquio 2004, Seul 2008, Fortaleza 2013).

DESIGNAÇÃO DO ESTUDO: REDE DE RASTREIO COMUNITÁRIA

A Rede de Rastreio Comunitária (Ref. 000200DT1) é um projeto financiado pelo Programa Iniciativas em Saúde Pública - Espaço Económico Europeu (EEA Grants), é promovido pelo Grupo Português de Ativistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA (GAT), em parceria com o Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP) e o Hospital de São João (HSJ).

Este projeto tem como objetivo criar uma coorte de pessoas que utilizam os serviços de rastreio do VIH, hepatites víricas e/ou outras infeções sexualmente transmissíveis (IST) dos centros de base comunitária em Portugal. Mais especificamente, pretende-se promover o diagnóstico precoce e a ligação atempada ao Serviço Nacional de Saúde de todos os indivíduos com resultado reativo em algum dos rastreios efetuados, e simultaneamente conhecer as características e comportamentos deste grupo de pessoas.

Para a concretização deste estudo, pedimos a sua colaboração através de:

- realização de pelo menos um dos testes de rastreio disponíveis;
- resposta a um questionário com perguntas sociodemográficas, história de rastreios, fatores de risco para a transmissão de infeções como por exemplo comportamento sexual e uso de drogas, conhecimento e utilização de métodos de prevenção e questões sobre violência.

Eu _____ (nome do técnico) declaro que forneci a informação acerca dos objetivos, métodos, benefícios previstos e eventual desconforto decorrente da participação no estudo que se vai realizar e que esta informação foi compreendida por parte do participante, tendo obtido o seu consentimento livre e informado para participar no estudo. Foi dada ao participante a oportunidade de fazer as perguntas que julgou necessárias no decorrer do questionário.

Foi ainda explicado que o participante poderá deixar de participar em qualquer momento, sem que daí advinha quaisquer desvantagens, nomeadamente nos cuidados de saúde prestados.

DATA

||_| |_|_| |_|_|_|_|_|_|

CÓDIGO DO PARTICIPANTE

RÚBRICA/ASSINATURA DO TÉCNICO



