

VIH/SIDA: do pânico à banalização do risco

A Universidade Católica Portuguesa de Lisboa acolheu, nos dias 1, 2 e 3 de Dezembro, o X Congresso Nacional de VIH/SIDA e o XII Congresso Nacional de Doenças Infecciosas e Microbiologia Clínica. Os eventos foram presididos respectivamente por Kamal Mansinho e José Melo Cristino, cabendo a organização do encontro científico conjuntamente à Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da SIDA e à Sociedade Portuguesa de Doenças Infecciosas e Microbiologia Clínica. No dia 30 de Novembro houve ainda lugar à realização do curso Pré-Congresso Infecção e Viagens: Riscos e Desafios. Em simultâneo, decorreu, no dia 1 de Dezembro, na Assembleia da República, a conferência VIH e os Afectos, organizada pela Ser +, Associação Portuguesa para a Prevenção e Desafio à Sida e pelo GAT, Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA Pedro Santos. Dependências marcou presença nos eventos e entrevistou o presidente da comissão do congresso nacional, Kamal Mansinho e do clínico José Vera, tendo ainda recolhido depoimentos do ministro da saúde, Paulo Macedo, de Luís Mendão, presidente do GAT e de António Dinis, director do Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA.

Kamal Mansinho Presidente da comissão organizadora APECS



Que principais objectivos visou a realização deste encontro?

Kamal Mansinho (KM) – Como é comum nos anteriores congressos nacionais de VIH, doenças infecciosas e microbiologia clínica, o que se pretende, primeiro de tudo, é partilhar conhecimentos e saberes de cada uma destas especialidades,

actualizar e os avanços, seja no tratamento, seja no diagnóstico. Alguns dos mais recentes avanços introduzem leituras e exigências muito específicas do ponto de vista do diagnóstico, cujo aporte nos pode ser dado pela microbiologia clínica e pela virologia permitindo uma intervenção clínica mais ajustada à situação de cada doente.

Por outro lado, nalguns temas particularmente relevantes e relacionados com a prevenção, procurámos incorporar nas mesas membros da comunidade, como sucedeu na mesa subordinada à profilaxia pré exposição. Ter uma leitura multifacetada e abrangente destas questões, seguramente, enriquece nos. Embora conceptualmente bem elaboradas e apelativas, as estratégias de profilaxia pré-exposição colocam desafios e dificuldades importantes na sua aplicação ao nível da comunidade.

Isso parece ir de encontro ao mote do Dia Mundial da Sida deste ano, a diluição de barreiras entre a prevenção e o tratamento...

KM – Exactamente... O feliz acaso de este congresso coincidir com o Dia Mundial da Sida, pensando também no lema que nos convida a reduzir o fosso entre a prevenção e a terapêutica, uma problemática de que há muito temos consciência... A verdade é que ainda prevalece a ideia desta visão dicotómica, de prevenção e tratamento, como duas componentes diferentes e, no limite, o que a ciência nos revela hoje é que na infecção por VIH, tal como numa série de outras doenças transmissíveis, a prevenção e o tratamento são duas faces de uma mesma moeda. Podemos ter uma prevenção perfeita mas, se não formos capazes de tratar correta e atempadamente as pessoas com a infecção VIH tal como acontece com a tuberculose, por exemplo, a efetividade preventiva ao nível comunitário é pouco expressiva. Por sua vez, um bom tratamento sem uma boa estratégia de prevenção não nos permite obter os resultados que desejamos.

Este conceito de tratamento enquanto instrumento robusto de prevenção tem que continuar a ser adoptado, de forma cada vez mais alargada e a sua aplicação no terreno e em contexto comunitário exige um ajustamento a cada uma dessas realidades.

Se recuarmos sensivelmente duas décadas e meia no tempo, encontramos uma era em que se vivia o pânico face a uma infecção cuja origem se desconhecia e que constituía uma sentença de morte quase imediata... Face aos avanços terapêuticos, a doença passou a ser considerada crónica mas, simultaneamente, a prevenção não terá resultado de forma eficaz e essa cronicidade acabou por sossegar em demasia as pessoas, ao ponto de termos hoje em Portugal índices de incidência

e prevalência demasiadamente elevados, talvez porque algo está a falhar a jusante...

KM – Algo a jusante está a falhar... O que vale a pena recordar é que, a partir do momento em que os progressos no tratamento passaram a contribuir para o aumento da longevidade, melhorámos a qualidade de vida e ganhámos confiança. Mas este progresso também transporta consigo uma modificação da percepção de risco, isto é, também passámos a ser mais complacentes. Teremos que ser capazes de encontrar mensagens de prevenção que se adequem a esta nova realidade. É preciso construir mensagens de prevenção para as pessoas que não estão infectadas, para que não se infectem, porque têm necessidades, receios e representações da doença diferentes daquelas que, estando infectadas, sob tratamento e controladas, também precisam de ser aconselhadas do ponto de vista da prevenção para que os benefícios alcançados não se transformem num pesadelo em termos de risco social de transmissão.

Mesmo que a carga vírica seja negativa...

KM – A designação “carga vírica negativa” é um equívoco porque, na realidade, pretende-se referir a um valor que é abaixo de 50 ou de 30 cópias de ARN-VIH-1/ml, consoante o limite de quantificação utilizado. A pessoa continua a ser portadora de uma quantidade residual de partículas víricas, ao contrário do que a palavra “negativa” pode sugerir. No entanto, a carga vírica abaixo do limite de quantificação é uma das variáveis importantes para a redução do risco de transmissão.

Por isso o risco de transmissão não é zero mesmo com a carga vírica negativa porque é preciso que um conjunto de outros requisitos estejam presentes para que esse risco seja o mais baixo possível. Se individualmente conseguimos fazer um aconselhamento direccionado para cada pessoa – estou a pensar, por exemplo, em casais em que o homem está infectado mas tem carga vírica negativa e a mulher pretende engravidar, aí existem estratégias para podermos fazer um aconselhamento muito objectivo. Mas é uma decisão individual... Daí até que possamos generalizar para a comunidade... constituiria um risco e é algo que deve ser gerido de forma muito cuidada e individualizada.

Como avalia a evolução farmacológica nesta área ao longo dos últimos anos?

KM – De facto, nunca se evoluiu tanto e tão depressa no tratamento, apesar de não termos ainda chegado à cura. Mas

estamos também a assistir a inovação e a tratamentos para outras doenças igualmente muito promissoras e com potenciais de eficácia e com implicações muito apreciáveis sobre a qualidade de vida. Estou a pensar nos tratamentos biológicos que se fazem para a artrite reumatóide, para alguns tumores... Estamos a viver um bom momento do ponto de vista das potencialidades que a tecnologia e a investigação nos oferece. Estamos a viver um momento menos bom quando nos confrontamos com os preços demasiado elevados de alguns medicamentos, nomeadamente para o tratamento da infeção por vírus da hepatite C, dificultando o acesso a tratamentos com elevada. É necessário conciliar os interesses de sustentabilidade dos sistemas de saúde, os interesses dos doentes e o retorno dos investimentos. A verdade é que esse equilíbrio não está a ser conseguido e o exemplo mais próximo que temos é o que se passa com o tratamento para a infeção VHC.

Luís Mendão, presidente do GAT



“Devagar, estamos dado os passos que poderão necessários... mas devagar demais. O Prof. Kamal Mansinho é o meu médico há 20 anos e, na altura, porque já havia iniquidades entre diferentes centros hospitalares, porque estava informado e tinha amigos, mudei para o serviço onde estava, uma ilha de excelência. Hoje é muito mais difícil que as pessoas tenham capacidade de escolher onde e por quem querem ser tratados. Eu teria morrido com o tratamento que me foi proposto no hospital onde estive, com dois CD-4 há 20 anos atrás! E é porque naquela altura fui tratado por Kamal Mansinho e porque, por pressão da comunidade das pessoas que vivem com VIH, a ministra



da altura, Dra. Maria de Belém, assinou um documento que permitia que tivéssemos acesso aos inibidores da protease, estou cá hoje.

Apesar de também dizer desde já que estive a fazer contas por alto e, só em antiretrovirais, já custei 250 mil euros ao Sistema Nacional de Saúde. E não penso que Portugal possa pagar, nas condições actuais, estes preços. Para além da parte científica, que é tão importante, infelizmente, todos temos que pensar na possibilidade de mantermos aquela que é uma das grandes conquistas da civilização ocidental, os sistemas nacionais de saúde universais.

Da nossa parte, fica a plena disponibilidade para trabalhar afinadamente para encontrarmos soluções. Mas, para encontrarmos soluções, precisamos de ter acesso à informação e de sermos envolvidos, de darmos a nossa opinião, de a mesma ficar registada e ser tornada pública. Sem a informação que precisamos de ter não será possível termos boas políticas nem boas respostas.

Os meios postos à disposição do Dr. António Diniz são insuficientes para responder àquilo que precisamos neste momento. Estamos no final do ano e ainda não abriu o concurso para os projectos em 2015! Não é possível planear actividades de forma sustentada nestas circunstâncias. Reconheço que temos tido uma porta aberta de chegada das nossas propostas ao ministério da saúde e aos responsáveis políticos mas a liderança política necessária para responder a uma doença, que tem um custo nos vários domínios sem paralelo em nenhum país da UE, precisa de liderança política para além das tormentas que todos passamos em termos financeiros, de carreiras, etc.

Os médicos, em Portugal, foram muitas vezes heróicos neste e noutros trabalhos. No entanto, o VIH/Sida e as doenças infecciosas não são apenas uma resposta clínica. Reduzir as respostas à infecção às respostas clínicas equivale a pagarmos o triplo ou o quádruplo do que devíamos pagar, quer em termos humanos, quer financeiros, quer de sociedade. Para além de termos sido massacrados, acusados e, às vezes, vilipendiados, é preciso que tenham a capacidade de sair de algum mais que natural corporativismo para perceberem que precisam de trabalhar com todos os outros actores no terreno.

Vi com grande expectativa positiva a chegada do ministro da saúde, forma do SNS, com uma visão e um rigor intelectual e financeiro que me pareciam indispensáveis... no entanto, depois de dois anos e meio, devo dizer que me parece que ficámos aquém do que esperávamos. É verdade que esperamos sempre muito mas, fazendo um paralelo com o tratamento que o Dr. Kamal Mansinho me prescreveu há 20 anos atrás, com Norvir, ddl e d4T, e que me salvou a vida, neste momento, eu, doente co-infectado com Hepatite C, não posso ser tratado com o equivalente ao Norvir, DDI e D4T daqueles tempos... Mas também tenho que exigir que os medicamentos que servem para mim e para os outros sejam a um preço comportável no SNS! E rapidamente! Aguardamos pacientemente a introdução de novos medicamentos e aqueles que foram históricos mas que são claramente ultrapassados devem ser considerados lixo terapêutico. As cinco empresas envolvidas na comercialização dos novos medicamentos têm que fazer um esforço adicional nos preços que propõem ao ministério da saúde para permitir que não sejamos sujeitos a medicamentos tóxicos, pouco eficazes, com efeitos adversos graves, que incluem mortalidade não

aceitável em 2014. Também não aceitaremos que a sustentabilidade do SNS seja posta em causa. Somos das únicas organizações de doentes que têm colocado sistematicamente o assunto da sustentabilidade do SNS desde há vários anos. Começámos a alertar para este facto em 2007... Nunca quis referir os preços pagos noutras patologias. Desde sempre considerei que não seria ético fazer essa comparação. No entanto, tendo passado alguns dias a verificar alguns preços que consigo encontrar, e que não correspondem na maior parte das vezes à verdade, temo que se estejam a gastar recursos a mais e diferentes do que se deveria com medicamentos noutras áreas. Não podemos prescindir da sustentabilidade do SNS mas também não podemos fazê-lo relativamente à qualidade. Temos que trabalhar para além dos nossos interesses imediatos e das nossas sensibilidades pessoais tantas vezes traumatizadas. E temos também que trabalhar coma indústria farmacêutica. Na actual civilização, a Europa tem que pensar neste sistema em conjunto. Temos que pensar como proceder à avaliação de tecnologias em saúde e é absolutamente vital que a indústria farmacêutica assuma a capacidade de liderar a resposta e de perceber que, se não encontrarem soluções sustentáveis, serão eles próprios que irão pelo ralo... Todos perderemos com isso.

Continuo optimista, apesar de constatar o seguinte: está feito um sistema de referência... espero que seja bom... porque não conheço; está feito um texto para o acesso compassivo aos medicamentos gratuitos... espero que seja bom... porque não conheço; foi tomada uma decisão estratégica sobre o uso dos testes em Portugal... espero que seja boa... porque também não a conheço nem fui consultado... Como isto, muitas outras coisas. Eu e o GAT demitimo-nos para todos os lugares para que fomos convidados a nível institucional, incluindo a Comissão Científica, enquanto não considerar que o trabalho que fazemos é suficientemente respeitado e que temos condições para o fazermos”.

Paulo Macedo, ministro da saúde, alerta para a

Os médicos, em Portugal, foram muitas vezes heróicos neste e noutros trabalhos. No entanto, o VIH/Sida e as doenças infecciosas não são apenas uma resposta clínica. Reduzir as respostas à infecção às respostas clínicas equivale a pagarmos o triplo ou o quádruplo do que devíamos pagar, quer em termos humanos, quer financeiros, quer de sociedade.

menor percepção do risco e adianta:

“Médicos vão passar a recomendar testes de VIH a todos os pacientes”



O Ministro da Saúde afirmou que vai ser emitida uma norma de orientação clínica para que os médicos recomendem testes ao Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) nas análises de rotina a todos os pacientes com idades entre os 18 e 64 anos, para que haja um diagnóstico precoce e diminua o tempo entre a infecção e o diagnóstico. Paulo Macedo discursava na sessão de abertura do Congresso Nacional VIH, Doenças Infecciosas e Microbiologia Clínica.

“O que há de novo é uma orientação no sentido de o teste ser proposto não apenas em situação de risco”, referiu o Ministro, acrescentando que “o paciente pode recusar”, para não quebrar a relação de confiança entre o médico e o paciente, que considera fundamental.

A razão desta medida é que “o número de novos casos de VIH/SIDA em Portugal continua acima da média da União Europeia”, um problema que “vai demorar décadas a resolver”. “O sistema foi capaz de reduzir novos casos, mas ainda não tanto quanto deveria ser capaz”, disse Paulo Macedo, acrescentando que “o número de novos casos é significativo, apesar de a doença ter sido objecto de um investimento muito significativo nos últimos 20 anos”.

Se é certo que “houve uma evolução melhor nos últimos anos do que seria expectável, mas tendo em conta o cenário adverso vivido, seria de supor uma diminuição não tão significativa”, referiu o Ministro.

Assim, é necessário “melhorar comportamentos em relação às práticas de risco”, designadamente promovendo o diagnóstico precoce para diminuir as probabilidades de contágio e melhorar a informação.

A falta de informação está patente nos novos casos: os dados mais recentes indicam que a maioria dos novos casos de VIH se deu no grupo de heterossexuais e uma grande percentagem em jovens de 17/18 anos. “Precisamos de nos dirigir a estes novos grupos”, sublinhou.

O Ministro salientou também o facto de as pessoas olharem agora para a Sida como uma doença crónica – “há 20 anos era uma doença mortal; hoje é tratável, de forma a torná-la uma doença crónica” -, o que cria uma menor consideração de risco face à doença e às formas de transmissão.

António Diniz, director do Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA



“Celebra-se, hoje, o Dia Mundial da SIDA. A Organização Mundial de Saúde assinala-o sob o lema “eliminar as lacunas na prevenção e tratamento do VIH”. A ONUSIDA convoca-nos a assumir a sua visão: “eliminar a SIDA em 2030” e conseguir que, até 2020, 90% das pessoas infectadas sejam diagnosticadas, 90% das pessoas com o diagnóstico de infecção por VIH estejam em tratamento e 90% das pessoas em tratamento estejam controladas, com carga viral suprimida. São as metas 90-90-90 para 2020.

Entre nós, terminamos neste ano uma etapa fundamental para o melhor conhecimento da epidemia e para a definição do enquadramento do seguimento hospitalar da infecção por VIH.



Não é, no entanto, de 2014 que hoje devemos falar. Hoje devemos falar de 2015 e do futuro.

Do que é preciso ser feito para podermos partilhar a visão da ONUSIDA, o lema da OMS e as metas para 2020. Em primeiro lugar, superar as nossas lacunas, sobretudo na prevenção e no diagnóstico precoce mas também no acesso equitativo ao tratamento. Em muitos casos é preciso, antes de mais, que tudo o que já está estabelecido encontre os mecanismos efectivos para a sua aplicação, aos diferentes níveis do sistema de saúde, condição essencial para o sucesso. Mas, será isto suficiente? Creio que para sermos bem sucedidos nos objectivos definidos pela OMS e pela ONUSIDA e onde se integram os objectivos programáticos nacionais, será indispensável darmos um salto qualitativo na abordagem da infecção por VIH em Portugal. Para tal será necessário colocar na nossa agenda, de forma consistente e organizada, a discussão em torno de temas como o papel dos Cuidados de Saúde Primários, as estratégias de diagnóstico precoce, a estratégia test and treat ou a profilaxia pré-exposição. Este é a proposta que assumimos e o desafio que colocamos para 2015 a todos os que estão envolvidos e comprometidos nesta luta. Colocando as populações chave no centro da nossa atenção mas não descurando ninguém.

Porque, seguramente, também todos subscrevemos que, neste caminho, ninguém pode ficar para trás, nem sofrer qualquer discriminação”.

José Vera, Especialista em medicina interna



Há já alguns anos, defendia a necessidade de se proceder ao diagnóstico precoce junto da população portuguesa... Volvidos alguns anos, em que panorama nos encontramos a esse nível?

José Vera (JV) – Exatamente na mesma! Continuamos a ter necessidade de eleger como prioridade o diagnóstico e, secundariamente o de diagnosticar precocemente. Temos a noção de que existe um número significativo de pessoas que desconhecem estar infectadas. Calcula-se que haverá mais 20 a 30% de casos desconhecidos a acrescentar ao número actual de casos já diagnosticados. Destes, muitos estarão num fase em que deveriam já ter começado o tratamento, pelo que serão diagnosticados numa fase tardia, com maior proba-

bilidade de complicações e com pior prognóstico de evolução. É uma luta, com dois objectivos importantes, que necessitamos de travar.

Poderá a medida anunciada pelo ministério da saúde, traduzida na possibilidade de os médicos poderem passar a recomendar testes de VIH a todos os pacientes traduzir um ganho a esse nível?

JV – A questão de se recomendar que seja sugerido fazer um teste de diagnóstico para a infecção VIH, pelo menos uma vez na vida, a todas as pessoas entre os 18 e os 65 anos de idade, sem carácter de obrigatoriedade, é uma medida importante. Recordo que relativamente à gravidez, esta medida já faz parte da rotina de seguimento (e não é feito apenas um teste, mas dois) sendo, sem dúvida, um dos factores de sucesso para o actual baixo número de transmissões materno-fetais. Diria que, face ao ainda grande número de novos casos de infecção VIH, executar uma vez um teste de diagnóstico para o VIH, se aproxima de um dever de cidadania.

Em que medida será legítimo esperarmos pelo surgimento a curto prazo de uma vacina para o VIH?

JV – Obter uma vacina vai ser difícil... dada a elevada capacidade de mutação do VIH. A percentagem de eficácia obtida nos vários ensaios experimentais tem sido baixa. Poderá haver algo semelhante a uma vacina, que permita modificar e melhorar a resposta do organismo à infecção, obtendo uma progressão mais lenta da doença. Mas a esperança mantém-se.

Participou hoje, na Assembleia da República, numa iniciativa subordinada ao tema VIH SIDA e aos afectos. Não será utópico falar-se em afectos perante portadores de uma infecção que continuam a ser estigmatizados e discriminados socialmente?

JV – É exactamente por haver estigma e discriminação que se deve falar de afetos. Esta iniciativa é um olhar feminino sobre a questão, nascida da iniciativa de um grupo de mulheres com o apoio da SER+, e que teve como ponto de partida um inquérito realizado à volta das dificuldades e barreiras sentidas por quem está infectado. Como visão feminina, está inevitavelmente carregada e enriquecida pela questão dos afetos. Não falar sobre afetos, ou minorar a sua importância pode ser habitual, mas no fundo todos nós sentimos a sua falta nos momentos difíceis da vida.

São insistentes as referências aos obstáculos com que se depara o doente com VIH/Sida... Em que medida constitui ainda hoje a medicação uma barreira à adesão do doente ao tratamento?

JV – Estamos ainda hoje a falar de uma medicação para o resto da vida... uma medicação que há uns anos era muito difícil de tomar, mas que hoje, está muito simplificada, não só no que diz respeito ao número de comprimidos e número de tomas, mas sobretudo à redução dos efeitos secundários. Temos hoje uma medicação mais eficaz e mais amiga de quem a toma, mas de qualquer maneira uma medicação prolongada e exigente em termos de adesão.

Que objectivos deveriam, no seu entendimento, eleger as estratégias nacionais neste domínio?

JV – Os objectivos prioritários estão definidos não só a nível nacional, mas também a nível internacional. Em primeiro lugar reduzir o número de pessoas que desconhecem estar infectadas e, não só fazer o diagnóstico mas também, fazê-lo precocemente. Este objectivo diminuiria o número de novos casos de infecção e a mortalidade associada à doença. Depois reduzir o impacto que a doença tem na vida das pessoas, nomeadamente na questão da discriminação e exclusão social. Passamos de uma doença que inevitavelmente conduzia à morte para uma doença de carácter crónico. Este facto, associado ao conhecimento dos mecanismos de transmissão da infecção deveria modificar a maneira como encaramos a epidemia e as pessoas infectadas. O desemprego associado à infecção pelo VIH é ainda uma realidade. O estigma continua a existir, nomeadamente a associação entre VIH e prostituição, homossexualidade e toxicod dependência, sabendo-se que mais de 60% das novas infecções têm origem nas relações heterossexuais. A questão passa pelos comportamentos de risco; passa pelas relações sexuais sem preservativo e não pela prostituição ou homossexualidade; passa pela utilização de material infectado, e não pela toxicod dependência. Apostar na educação, e na educação das próximas gerações, é um trabalho urgente de fazer.

O que justifica, na sua visão, o sucesso evidenciado na população toxicod dependente?

JV – Por um lado tínhamos (e eu quero acreditar que ainda temos) uma estrutura organizada para enfrentar o problema da toxicod dependência. Igualmente importante foi a visão pioneira de abordagem da questão, não só definindo uma política baseada na redução de riscos e minimização dos danos (em que o Programa Troca de Seringas é um exemplo), mas também no enquadramento legal, adoptando uma actuação baseada na despenalização dos consumos. Ambas permitiram a aproximação e a adesão ao tratamento e possibilitaram o diagnóstico e controlo regular dos utentes.

Baixas expectativas ou estabilização?

JV – O número de novos casos tem diminuído progressivamente, embora não com o ritmo que todos nós desejávamos. Existem ainda zonas de preocupação. Temos uma população crescente que se infecta em idade muito jovem, associada à transmissão homossexual. É necessário compreender este fenómeno e actuar nesta vertente. A transmissão por via heterossexual tem uma abordagem igualmente complexa, sendo um desafio que necessita de respostas inovadoras. A prevenção não é uma jogada a curto prazo, mas tem de ser começada agora.

Ana Campos Reis, Diretora da Intervenção com Públicos Vulneráveis SCML



Hoje comemora-se uma vez mais o ano mundial da luta contra a Sida. Falar do problema uma vez por ano dá que pensar, não acha?

Ana C. Reis – Naturalmente que não é assim que se trata esta problemática. O facto de se falar só uma vez por ano é simbólico. Trata-se de uma chamada de atenção para os que ainda não pensaram seriamente sobre o assunto. Mal será se se for enumerando algumas meias verdades, que provocam inevitavelmente um grande atraso na prevenção desta problemática. Apesar de para alguns ser considerada uma doença crónica, naturalmente que tem de se explicar os malefícios e o sofrimento deste diagnóstico e que só um grupo reduzido é que consegue alcançar um estágio de doença crónica com qualidade de vida e bem-estar. No serviço onde trabalho, na SCML, continuo a receber o mesmo número de pessoas, sem abrigo, num estado avançado da doença que já perderam a família, a casa e o emprego e por isso continuo a ser uma voz discordante desta forma de intervenção, que parece ignorar todas as realidades do tecido social do nosso País.

É a prevenção de que se fala mas não se pratica.

ACR – É verdade, é mesmo isso, não se está a fazer a prevenção necessária, salvo nalguns casos excepcionais, sobretudo na toxicod dependência em que se investiu bastante na troca de seringas. No entanto, na informação dirigida à população com riscos de comportamentos, ainda temos que investir mais e ir validando o impacto dessa informação.

Este é um congresso que fala na partilha de saberes e conhecimentos. Acredita nisso?

ACR – Para alguns será sempre a partilha de saberes e de conhecimentos mas para outros não! Será até, na minha modesta opinião, fechado em grupos distintos, existindo pouca ou rara partilha com equipas alargadas. No último momento, a família, o amigo, o voluntário ou o auxiliar é o único garante para o medicamento ser tomado ou não.

Hoje houve uma outra iniciativa que falava da Sida e dos afectos. Como se pode falar de afectos de uma doença discriminatória?

ACR – Eu diria: porquê só agora falar de afectos! Essa falha enorme levou de certeza a instalar a discriminação e o estigma. Os afectos fazem parte da vida do ser humano no seu todo seja qual for a sua situação ou diagnóstico. Na diabetes, na doença mental, no cancro, na sida, entre outras, está muito relacionado com os nossos afectos, com os nossos laços e os nossos nós e a maneira como conseguimos desenlear esses nós e reforçar esses laços. Mais vale tarde do que nunca, vamos ter esperança que é de pessoas que falamos e não só de patologias.