

RELATÓRIO ANUAL 2013



PROGRAMA
*Diz não a uma seringa
em segunda mão.*

**Kit
PREVENÇÃO**

A partilha de material utilizado no consumo de drogas aumenta o risco de transmissão de várias infeções, entre elas o VIH e os vírus das Hepatites B e C

 **DGS** 2004-2019
Direção-Geral da Saúde

 Programa Nacional
para a Prevenção do VIH

 **SPMS**
Associação Portuguesa de
Prevenção de Drogas

Índice

I - Introdução.....	3
A. Breve abordagem histórica do Programa de Troca de Seringas (PTS)	3
B. Evolução do consumo de droga e da infeção VIH/sida na Europa	4
C. Consumo de drogas injetáveis e rede pública de tratamento das toxicodependências em Portugal	6
D. Seringas Trocas no âmbito de Programas de Troca de Seringas na Europa	7
II - Resultados do PTS.....	8
A. Seringas recolhidas a nível nacional	8
B. Seringas recolhidas pelas diferentes estruturas participantes no PTS	9
III - Notas finais	12
IV - Bibliografia	13

I - Introdução

A. Breve abordagem histórica do Programa de Troca de Seringas (PTS)

O Programa de Troca de Seringas (PTS) teve o seu início em 1993, na sequência de uma parceria entre a Comissão Nacional de Luta Contra a Sida e a Associação Nacional das Farmácias (ANF), com objetivo de prevenir a transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) entre os Utilizadores de Drogas Injetáveis (UDI), através da distribuição do material esterilizado e da recolha e destruição do material utilizado.

O programa de troca de seringas que era assegurado pelas farmácias desde 1993, terminou em 2012, por indisponibilidade da Associação Nacional das Farmácias em continuar a gerir o programa.

O ano de 2013 caracteriza-se pela alteração de implementação do programa de troca de seringas, passando de uma adesão voluntária das farmácias, para um compromisso institucional das estruturas de saúde, promotora da equidade no acesso ao PTS.

Em alternativa, foi estabelecida uma parceria com os agrupamentos de centros de saúde (ACES), uma porta aberta para a prestação dos cuidados de saúde aos utilizadores de drogas injetáveis, tendo um papel fundamental na promoção da saúde e prevenção da doença, e ainda os centros de respostas integradas das administrações regionais de saúde (CRI).

Ao longo destes anos o programa foi sendo ajustado, de acordo com a evolução das necessidades dos UDI, com harmonização de procedimentos entre os vários parceiros.

O primeiro kit era composto por uma seringa, um toalhete e um preservativo. Em 1998, foi adicionado ao kit mais uma seringa, um toalhete, um filtro e uma ampola de água bidestilada. Em 2007, também foram, ainda, adicionados caricas e ácido cítrico.

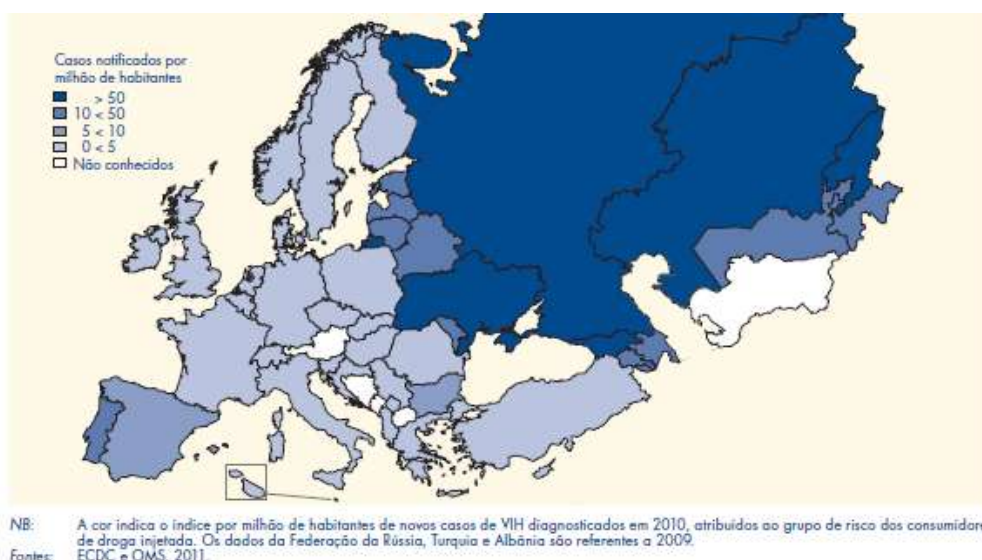
A avaliação do PTS, realizada por uma entidade externa em 2002, demonstrou que houve cerca de 7.000 novos casos de sida evitados nos primeiros 8 anos do programa por cada 10.000 UDI, tendo estimado ainda poupanças para o Estado entre 400 a 1.700 milhões de euros, reforçando assim a importância deste programa em termos de saúde pública.

B. Evolução do consumo de droga e da infeção VIH/sida na Europa

O consumo de droga na Europa não aumentou em 2011. Em alguns domínios importantes, como o do consumo de cannabis pelos jovens, há sinais positivos. No entanto, a evolução do mercado de drogas sintéticas mostra índices preocupantes, o mesmo acontecendo, de um modo mais geral, com a forma como os consumidores de drogas utilizam atualmente uma maior variedade de substâncias. O policonsumo de droga, incluindo a associação de drogas ilícitas ao álcool e, por vezes, a medicamentos e substâncias não controladas, é agora um padrão preponderante no consumo de droga na Europa. Esta realidade coloca um desafio às políticas e respostas europeias em matéria de luta contra a droga.

Quando comparada com o resto do Mundo, a Europa tem uma abordagem bastante mais integrada e eficaz de resposta ao consumo de drogas ilícitas e de oferta de serviços para pessoas com problemas de droga, resultado de duas décadas de políticas nesta área.

As principais intervenções ao nível da redução de danos na União Europeia e nos Estados-membros são o tratamento de substituição de opiáceos e os programas de troca de agulhas e seringas, tendo em vista a redução das mortes por *overdose* e a diminuição da propagação de doenças infecto-contagiosas, como a infeção pelo VIH. Nas últimas duas décadas, as estratégias para a redução de danos aumentaram, consolidaram-se e foram integradas em serviços de saúde e sociais, o que explica que se tenha mantido baixo o número de novos casos de infeção pelo VIH diagnosticados entre os UDI (Figura 1).



Fonte: Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência

Figura 1 – Novos casos de infeção por VIH diagnosticados em consumidores de droga injetada, em 2011, na Europa e na Ásia Central

No período de 2005-2010, a prevalência da infeção pelo VIH nos UDI manteve-se inalterada em 19 dos 27 países europeus, verificando-se uma diminuição deste valor em 5 países (Áustria, França, Itália, Polónia e Portugal).

Em Portugal, entre 2005 e 2010, o índice de novos casos de infeções por VIH diagnosticados em UDI diminuiu, representando, no entanto, um valor de 13,4 casos por milhão de habitantes (Gráfico 1).

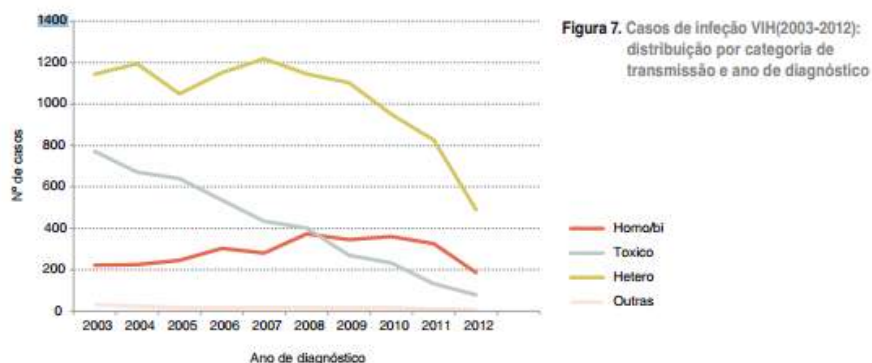


NB: Dados comunicados até ao fim de outubro de 2010, ver figura INF.2 no Boletim Estatístico de 2012.
Fontes: ECDC e OMS, 2011.

Fonte: Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência

Gráfico 1 – Tendências em cinco Estados-Membros da União Europeia com os mais elevados índices de infeção por VIH recentemente diagnosticados entre UDI

Nas principais categorias de transmissão ao longo dos 30 anos da epidemia VIH em Portugal, constata-se que para a categoria “heterossexual” a tendência evolutiva se mostra crescente, na categoria “homo/bissexual” observa-se uma tendência consistentemente crescente, enquanto a percentagem de novos casos de sida na categoria de transmissão “toxicod dependentes”, se mostra marcadamente decrescente de acordo com os dados do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) (Gráfico 2).



Fonte: INSA

Gráfico 2 – Casos de sida: tendências temporais nas 3 principais categorias de transmissão

C. Consumo de drogas injetáveis e rede pública de tratamento das toxicodependências em Portugal

O “Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/sida 2011-2015” valoriza a diminuição do risco de infeção junto da população em geral e a importância de ações dirigidas a populações mais vulneráveis. Um dos objetivos do programa é também garantir aos UDI o acesso generalizado a programas de tratamento da dependência e a programas de redução de riscos e minimização de danos.

Em 2012, de acordo com o relatório anual do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), verificou-se a integração de **29.062** utentes na rede pública de tratamento das toxicodependências (ambulatório), dos quais **4.012** eram novos utentes - primeiras consultas.

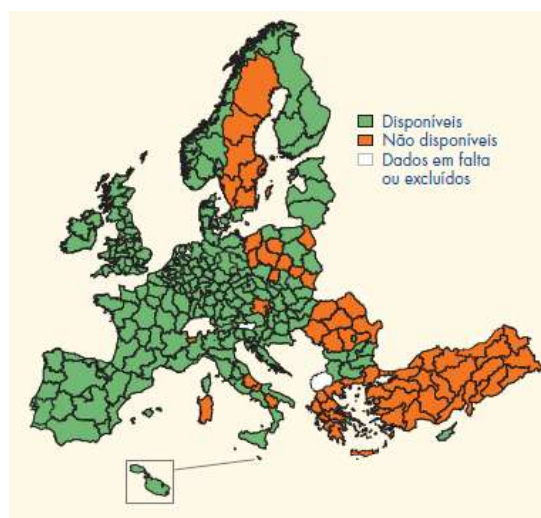
Nos utentes que recorreram em 2012 às diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência a heroína continua a ser a substância mais referida como droga principal (entre 37% e 77%), o mesmo já não ocorre a nível dos novos utentes, em que é a cannabis a substância principal mais referida (38%, face a 34% de referências à heroína), verificando-se, sobretudo nos últimos dois anos, aumentos nas proporções de novos utentes que referem a cannabis e a cocaína como substâncias principais.

As prevalências de consumo endovenoso ao longo da vida variam entre 35% e 46% e nos últimos 30 dias anteriores à consulta, internamento ou entrada em programa entre 15% e 23%. Constata-se uma diminuição gradual desta prática de consumo ao longo dos anos, nomeadamente entre os novos utentes na rede pública de tratamento da toxicodependência.

Em relação ao ano anterior, verifica-se uma diminuição da partilha de material de consumo endovenoso, embora, em 2012, 14% a 24% dos utilizadores de drogas que recorreram às diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência tenham referido que já o fizeram, pelo menos, uma vez na vida e 2% a 8% tenha referido que partilharam material nos últimos 30 dias anteriores ao internamento ou entrada em programa.

D. Seringas Trocas no âmbito de Programas de Troca de Seringas na Europa

Na Europa, são distribuídas cerca de 50 milhões de seringas por ano, através dos programas de troca de seringas, correspondendo a uma média de 94 seringas por cada UDI. No entanto, 4 países distribuem entre 100 e 200 seringas e 2 distribuem mais de 200 seringas por consumidor.



Fonte: Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
Figura 2 – Disponibilidade geográfica dos programas de troca de agulhas e seringas

De acordo com o Relatório Mundial da Droga de 2012 da ONU, Portugal é um dos países com mais sucesso na troca de seringas por UDI. Segundo este Relatório, apenas 11 países, em todo o mundo, ultrapassam as 150 seringas anuais por utilizador, sendo Portugal um desses países.

II - Resultados do PTS

A. Seringas recolhidas a nível nacional

O quadro 1 representa o número de **seringas recolhidas** no âmbito do PTS na sua globalidade, ou seja, nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários, nos Postos Móveis e nas ONG/OG que participam no programa.

	Seringas distribuídas/trocadas	Seringas distribuídas/trocadas por estruturas			ACES que participam no PTS	ONG/OG que participam no PTS
		Unidades CSP	ONG/OG	Posto Móvel		
jan-dez 13	950.652	28.694	899.662	22.296	49	35

Quadro 1 – Seringas distribuídas/trocadas em Portugal nas estruturas participantes no PTS de Janeiro a Dezembro de 2013

Entre Outubro de 1993 e Dezembro de 2012, foram recolhidas **50.463.192** seringas, pelas entidades envolvidas no PTS (Farmácias, ONG/OG e Posto Móvel). Desde 1993 até 2013 foram distribuídas/recolhidas **51.413.844** seringas (ACES, ULS, ONG/OG e Posto Móvel).

No ano 2013, foram distribuídas/trocadas **950.652** seringas, nas estruturas participantes no Programa de Troca de Seringas (ACES, ULS, ORG/OG e Posto Móvel).

B. Seringas recolhidas pelas diferentes estruturas participantes no PTS

Apesar da resistência de alguns ACES ao início do programa e da resistência dos utilizadores a efetuarem as trocas nos centros de saúde, o PTS conseguiu manter os seus objetivos: reduzir os riscos e minimizar os danos do utilizador de drogas injetáveis.

ACES e ULS

- ACES do Alto Ave - Terras de Basto/Guimarães/Vizela
- ACES do Cávado I - Braga
- ACES do Cávado II – Gerês/Cabreira
- ACES do Cávado III – Barcelos/Esposende
- ACES do Ave - Famalicão
- ULS do Alto Minho
- ACES do Alto Trás-os-Montes II – Alto Tâmega e Barroso
- ACES do Nordeste
- ACES do Douro I - Marão e Douro Norte
- ACES do Douro II - Douro Sul
- ACES do Tâmega I – Alto Tâmega
- ACES do Tâmega II - Vale de Sousa Norte
- ACES do Tâmega III - Vale de Sousa Sul
- ACES do Grande Porto I - Santo Tirso/Trofa
- ACES do Grande Porto II - Gondomar
- ACES do Grande Porto III - Maia/ Valongo
- ACES do Grande Porto IV - Póvoa do Varzim/Vila do Conde
- ACES do Grande Porto V- Porto Ocidental
- ACES do Grande Porto VI - Porto Oriental
- ACES do Grande Porto VII - Gaia
- ACES do Grande Porto VIII – Espinho/Gaia
- ULS Matosinhos
- ACES de Entre Douro e Vouga II – Aveiro Norte
- ACES de Entre Douro e Vouga I - Feira/ Arouca
- ACES Baixo Vouga
- ACES Baixo Mondego
- ACES Pinhal Litoral
- ACES Dão Lafões
- ACES Pinhal Interior Norte
- ACES Cova da Beira
- ACES da Guarda - ULS Guarda
- ULS Castelo Branco

- ACES Alentejo Central
- ACES de S. Mamede – ULS do Norte Alentejano
- ACES Baixo Alentejo - ULS do Baixo Alentejo -
- ULS Alentejo Litoral – ULS do Litoral Alentejano
- ACES Central
- ACES Barlavento
- ACES Sotavento
- ACES do Médio Tejo
- ACES da Lezíria do Tejo
- ACES do Oeste Sul
- ACES do Estuário do Tejo
- ACES Sintra - ZLVT
- ACES de Almada/Seixal
- ACES de Loures/Odivelas
- ACES de Cascais
- ACES da Amadora
- ACES de Lisboa Norte
- ACES de Lisboa Central
- ACES do Arco Ribeirinho
- Unidade de Saúde de S. Miguel
- Centro Saúde RAM Madeira

Organizações não-governamentais (ONG) e Organizações Governamentais (OG)

Considera-se como Parcerias, neste programa, todas as Organizações Governamentais e Organizações Não-governamentais, que celebraram o protocolo de colaboração com o Programa Nacional para a Infecção VIH/sida e a SPMS no âmbito do programa “Diz não a uma seringa em 2ª mão”.

Tem-se verificado um aumento das trocas de seringas efetuadas nas parcerias, deve-se ao facto das ONG/OG intervirem como equipas de proximidade, com horários alargados (noite) e em locais onde há tráfico e consumo de drogas, logo têm mais solicitações.

Posto Móvel

O posto móvel encontra-se às terças, quartas e quintas na Amadora (Bairro 6 de Maio) e segunda e sexta-feira no Barreiro (Bairro das Palmeiras).

O posto móvel tem permanentemente dois colaboradores para efetuarem a troca das seringas, para além do condutor do posto com formação em socorrismo;

Em simultâneo com o ato da troca de seringas são fornecidas os seguintes serviços:

- Aconselhamento, na redução de riscos e minimização de danos para os utilizadores de drogas injetáveis, por estudantes de Farmácia, Psicologia, Serviço Social e Enfermagem;
- Encaminhamento e acompanhamento dos utentes para estruturas de saúde, sempre que oportuno e solicitado.

É da responsabilidade dos colaboradores do posto móvel assegurarem as seguintes tarefas:

- Relatório mensal sobre o funcionamento do posto móvel;
- Relatório mensal sobre o número de trocas de seringas efetuadas no posto móvel do Barreiro e Amadora
- Gestão e controlo do stock de kit de prevenção VIH/sida existentes no posto móvel.

III - Notas finais

O relatório do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, de 2012, refere que o risco de infeções por VIH entre os UDI poderá estar a aumentar, uma vez que as políticas de prevenção do VIH podem ficar limitadas devido à recessão económica que afeta muitos países europeus. A diminuição da resposta de algumas políticas pode aumentar a vulnerabilidade de algumas comunidades mais suscetíveis e, conseqüentemente, aumentar o número de infetados com VIH.

O PTS é uma das várias abordagens que respondem à prevenção da transmissão de doenças infecciosas entre os consumidores de drogas, com resultados positivos em Portugal. Para que se atinja os objetivos propostos é fundamental que ACES e ULS, as ONG/OG e as diferentes entidades envolvidas partilhem experiências, de modo a adequar o programa às necessidades dos UDIs e às tendências do momento. Por outro lado, a experiência e resultados conseguidos no âmbito do PTS devem constituir pontos de partida para uma reflexão sobre a intervenção diferenciada de estruturas fora do Serviço Nacional Saúde no âmbito do tratamento da toxicodependência e de patologias como a Infeção pelo VIH ou as Hepatites.

IV - Bibliografia

1. Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. **A Evolução do fenómeno da Droga na Europa**. Relatório Anual 2012.
2. Ministério da saúde. **Programa Nacional de prevenção e controlo da infeção VIH e sida 2011-2015**.
3. EXIGO Consultores. **Estudo de Avaliação - Programa Troca de Seringas**. 2002.
4. INSA. **Infeção VIH/sida. A situação em Portugal – 31 de Dezembro de 2012**.
5. Instituto da Droga e da Toxicodependência. **A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências – Relatório Anual 2012**.