



RELATÓRIO ANUAL DO PROGRAMA DE TROCA DE SERINGAS

– 2014 –

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	9
D. Seringas trocadas no âmbito de Programas de Troca de Seringas na Europa	10
II - Resultados do PTS.....	11
A. Valores Obtidos em 2013 e 2014.....	11
B. Estruturas participantes no PTS	12
III - Notas finais	14
IV - Bibliografia	15

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 infeções pelo VIH pelos vírus das hepatites B e C por via sexual, endovenosa e parentérica nas Pessoas que Utilizam Drogas Injetáveis (PUDI), através da distribuição do material esterilizado e da recolha e destruição do material utilizado.

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 às pessoas que utilizam 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 PUDI, 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.

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

Neste domínio, uma tendência globalmente positiva a nível da União contrasta com a evolução preocupante observada em alguns países.

A situação geral é essencialmente estável, com sinais positivos em algumas áreas, embora novos desafios surjam incessantemente. A antiga dicotomia entre um número relativamente pequeno de consumidores de droga, frequentemente injetada, muito problemáticos e um grande número de consumidores recreativos e experimentais está a diluir-se e a ser substituída por uma situação menos extremada e mais complexa. No problema da droga na Europa, a heroína desempenha atualmente um papel muito menos importante do que aquele que já desempenhou no passado, enquanto os estimulantes, as drogas sintéticas, a *cannabis* e os medicamentos adquirem cada vez maior importância.

Consumo de droga injetada: um declínio prolongado

Os consumidores de droga injetada são dos que correm maiores riscos de sofrer problemas de saúde devido ao seu consumo, nomeadamente infeções transmitidas por via sanguínea ou *overdoses*. O consumo de droga injetada está normalmente associado aos opiáceos, embora o consumo de anfetaminas injetadas constitua um problema grave em alguns países. Doze países possuem estimativas recentes da prevalência do consumo de droga injetada, que variam de menos de um a aproximadamente seis casos por 1 000 habitantes entre os 15 e os 64 anos. Entre os utentes que iniciam tratamento especializado, 38 % dos consumidores de opiáceos e 23 % dos consumidores de anfetaminas afirmam injetar a droga. Os níveis de consumo injetado entre os utentes consumidores de opiáceos variam de país para país, entre menos de 6 % nos Países Baixos e 100 % na Lituânia.

Uma análise das tendências ao longo do tempo entre os utentes que iniciam tratamento pela primeira vez na Europa revela que a injeção como principal via de administração tem vindo a perder terreno desde 2006. A proporção de novos utentes que afirmam ter injetado anfetaminas, cocaína ou opiáceos no último mês também diminuiu ao longo do mesmo período.

VIH: impacto dos surtos na tendência da União

O consumo de drogas injetadas continua a ser um importante modo de transmissão de doenças infecciosas transmitidas por via sanguínea, como a hepatite C e, em alguns países, o VIH/SIDA. Os dados quantitativos mais recentes mostram que o prolongado declínio do número de diagnósticos de novos casos de VIH na Europa poderá ser interrompido em resultado dos surtos ocorridos entre os consumidores de droga injetada na Grécia e na Roménia. Em 2012, o índice médio de casos de infeção por VIH recentemente diagnosticados e atribuídos ao consumo de droga injetada era de 3,09 por milhão de habitantes. Embora estes dados possam vir a ser revistos, foram notificados 1 788 novos casos em 2012, um pouco mais do que em 2011 (1 732), confirmando-se assim a tendência para o aumento do número de casos observada desde 2010.

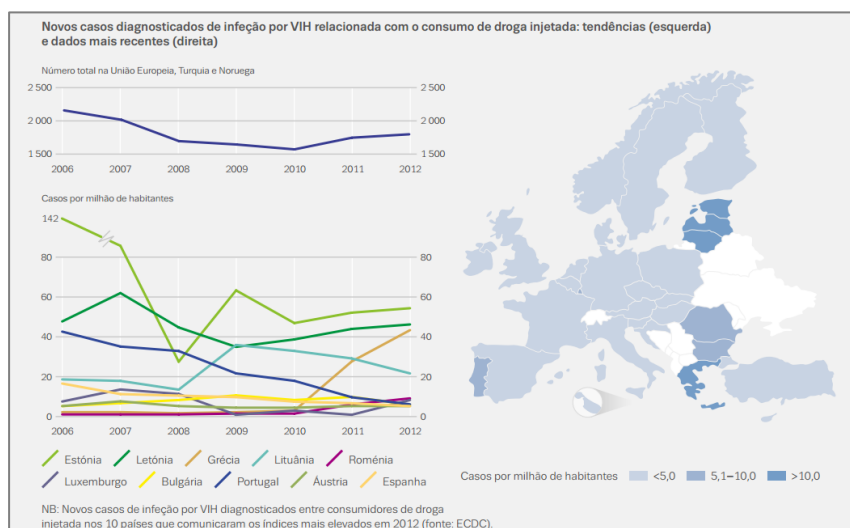
Enquanto em 2010 a Grécia e a Roménia contribuíram com apenas um pouco mais de 2 % do número total de novos casos notificados, em 2012 esta percentagem era já de 37 %. Noutros países, como Espanha e Portugal, que em alguns períodos do passado registaram taxas de infeção elevadas, o número de novos casos notificados continua a diminuir tendencialmente. A situação é bastante menos positiva na Estónia, onde a taxa de novos casos notificados permanece elevada, e na Letónia, onde as taxas anuais têm vindo a aumentar desde 2009.

A mortalidade relacionada com o VIH é a causa indireta de morte de consumidores de droga mais bem documentada. A estimativa mais recente sugere que, em 2010, cerca de 1 700 pessoas morreram de VIH/SIDA atribuível ao consumo de droga injetada na Europa e que esta tendência é decrescente. As doenças hepáticas, sobretudo devidas à infeção pelo VHC e frequentemente agravadas pelo elevado consumo de álcool, também são suscetíveis de causar um número considerável e crescente de mortes entre os consumidores de droga injetada.

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 as PUDI (Figura 1).



Fonte: Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

Figura 1 – Novos casos diagnosticados de infeção por VIH relacionados com o consumo de droga injetada, em 2012,

Evitar a propagação de doenças infecciosas

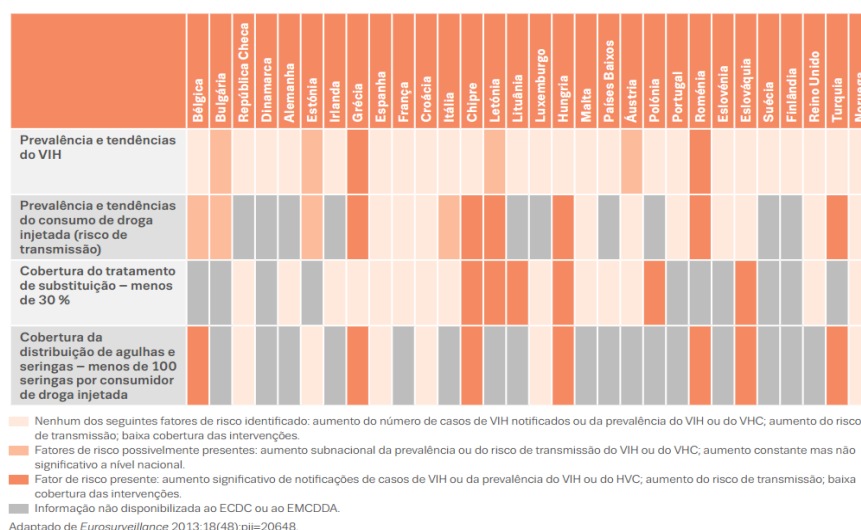
Os consumidores de drogas, principalmente os consumidores de drogas injetadas, correm o risco de contrair doenças infecciosas através da partilha de materiais de consumo de droga e de relações sexuais não protegidas. A prevenção da infeção por VIH, da hepatite viral e de outras infeções é, um objetivo importante das políticas europeias em matéria de droga. Relativamente aos consumidores de opiáceos injetados, está já claramente demonstrado que o tratamento de substituição reduz o comportamento de risco, havendo estudos que sugerem que o efeito de proteção aumenta quando este tratamento é combinado com programas de distribuição de agulhas e seringas.

O número de seringas distribuídas na Europa (26 países) através de programas especializados aumentou de 42,9 milhões em 2007 para 46,0 milhões em 2012.

A nível nacional, as discrepâncias são evidentes, com cerca de metade dos países a notificarem um aumento do número de seringas distribuídas e a outra metade uma diminuição. Os aumentos podem ser explicados pela expansão da rede de distribuição, que por vezes era bastante limitada, enquanto as diminuições podem ser explicadas por uma retração dessa rede ou por uma quebra da procura.

Nos 12 países que dispõem de estimativas recentes do número de consumidores de droga injetada, o número médio de seringas distribuídas por consumidor de droga injetada através de programas especializados em 2012 oscilou entre zero, em Chipre, e mais de 300, em Espanha e na Noruega.

A Grécia e a Roménia notificaram recentemente surtos de novas infeções por VIH entre consumidores de droga injetada. Estes surtos desencadearam um exercício de avaliação de riscos destinado a identificar se outros países poderiam estar vulneráveis a novos surtos de VIH. O gráfico 1, apresenta uma panorâmica de alguns dos principais indicadores de risco potencial. Com base nesta análise simples, pode considerar-se que cerca de um terço dos países apresenta alguns fatores de risco, o que sugere a necessidade de vigilância contínua e de um aumento da cobertura das medidas de prevenção do VIH.



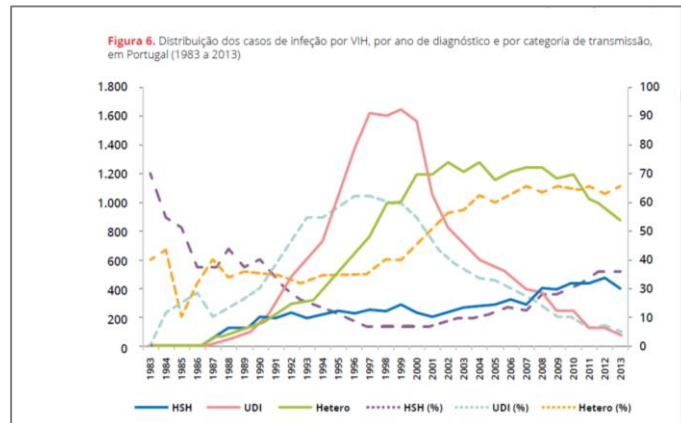
Fonte: Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

Gráfico 1 – Indicadores sintéticos de um potencial risco elevado de infeções por VIH entre os consumidores de droga injetada

Nas três principais categorias de transmissão (Gráfico 2). A transmissão por via sexual correspondeu a mais de 90% do total de novos casos notificados: a transmissão através de relações heterossexuais manteve-se em cerca de 62% e, ao contrário do que se vinha a verificar desde 2000, a proporção de novos casos de transmissão em HSH, estabilizou em 2013 (29%).

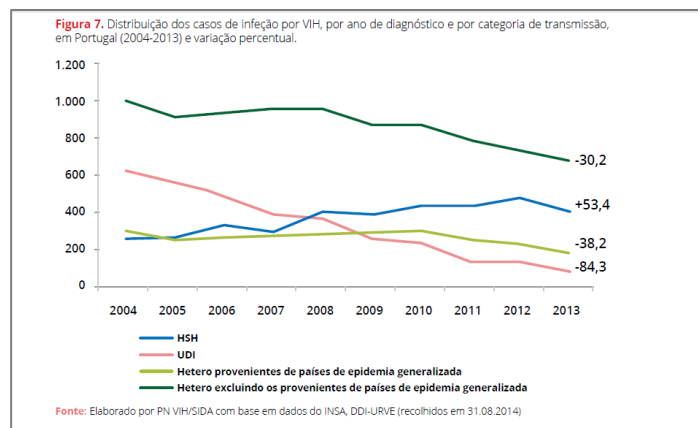
Simultaneamente, manteve-se a tendência de decréscimo dos casos em UDI, correspondendo em 2013 a 6,9% dos novos casos notificados. Quando se analisa a evolução, desde 2004 até hoje, consta-se que, globalmente, a transmissão entre HSH cresceu significativamente, ao contrário da transmissão entre UDI, que se reduziu

drasticamente e da transmissão por via heterossexual (onde o decréscimo nos indivíduos provenientes de países de elevada prevalência e os provenientes dos restantes países foi semelhante), de acordo com os dados do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) (Gráfico 3).



Fonte: INSA

Gráfico 2 – Distribuição dos casos de infeção por VIH, por ano e categorias de transmissão



Fonte: INSA

Gráfico 3 – Casos de infeção por VIH: tendências temporais e 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 às PUDI o acesso generalizado a programas de tratamento da dependência e a programas de redução de riscos e minimização de danos.

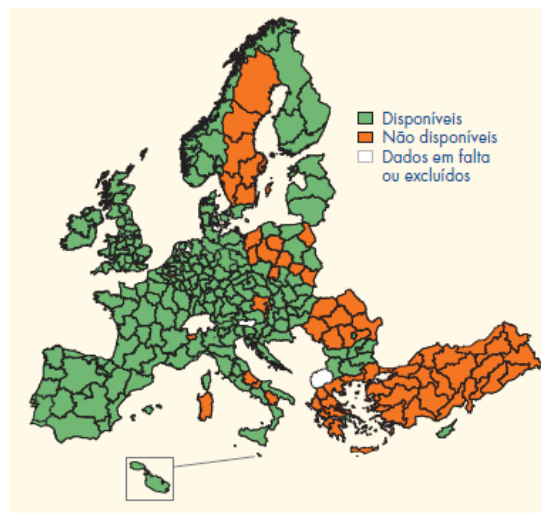
Em 2013, de acordo com o relatório anual do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), verificou-se a integração de **28.133** utentes na rede pública de tratamento das toxicodependências (ambulatório), dos quais **1.985** eram novos utentes - primeiras consultas.

Nos utentes que recorreram em 2013 às diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência a heroína continua a ser a substância mais referida como droga principal, o mesmo já não ocorre a nível dos novos utentes, em que é a cannabis a substância principal mais referida (49%), verificando-se, sobretudo nos últimos três anos, aumentos nas proporções de novos utentes que referem a cannabis e a cocaína como substâncias principais.

Os indicadores relativos ao consumo de droga injetada e partilha de material deste tipo de consumo apontam para reduções destes comportamentos. São evidentes as descidas das prevalências dos consumos recentes de droga injetada, variando, em 2014, entre **3%** e **25%** nos utentes das diferentes estruturas. Verifica-se, de um modo geral, também a tendência de diminuição das proporções de utentes com práticas recentes de partilha de material deste tipo de consumo (em 2014, variaram entre 0% e 34% nos subgrupos de injetores das diferentes estruturas), existindo no entanto, algumas “bolsas de utentes” ainda com prevalências elevadas destas práticas.

D. Seringas trocadas 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. Valores Obtidos em 2013 e 2014

O quadro 1 representa o número de **seringas distribuídas/trocadas**, durante os anos de 2013 e 2014, 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 estrutura			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
jan-dez 14	1 677 329	301 578	1 347 644	28 107	297	39
Evolução	76%	951%	50%	26%	506%	11%

Quadro 1 – Seringas distribuídas/trocadas em Portugal nas estruturas participantes no PTS em 2013 e 2014

Durante 2014, foram trocadas cerca de **1.677.329** seringas nas estruturas participantes no Programa de Troca de Seringas. Este valor traduz um crescimento do volume de trocas de 2013 para 2014 de cerca de **76%**.

Desde 1993, ano de arranque do PTS, até 2014 foram distribuídas/recolhidas **53.091.173** seringas, como apresentado no quadro seguinte:



Gráfico 1- Seringas Distribuídas/Recolhidas Valores Acumulados

(*) De 1993 a 2012

B. Estruturas participantes no PTS

Cuidados de Saúde Primários

Apesar da resistência inicial, verificada em 2013¹, dos ACES em aderirem ao programa (e dos utilizadores em efectuarem trocas nos centros de saúde), durante 2014 verificou-se um elevado acréscimo do número de ACES aderentes. Este facto é confirmado pelos valores apresentados anteriormente no Quadro 1, onde se verifica um crescimento quantitativo do número de ACES aderentes de cerca de 506 pontos percentuais.

Em paralelo, durante 2014, verificou-se também um elevado acréscimo do volume de trocas, tendo-se verificado um crescimento de **951%** das trocas verificadas entre 2013 e 2014. Seguidamente apresenta-se a lista dos ACES e ULS aderentes ao PTS em 2014:

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 de Almada/Seixal
- ACES de Loures/Odivelas
- ACES de Lisboa Norte
- ACES de Lisboa Central
- ACES do Arco Ribeirinho
- Unidade de Saúde de S. Miguel
- Centro Saúde Madeira

¹ Foi neste ano que os Cuidados de Saúde Primários foram definidos como local de troca de seringas, nas regiões e áreas cuja cobertura era assegurada, anteriormente, pelas farmácias.

ONG/OG

Colaboram, também, no programa um conjunto de parcerias, que incluem Organizações Governamentais e Organizações Não-governamentais, que celebraram o protocolo com o Programa Nacional para a Infecção VIH/sida e a SPMS no âmbito do programa “Diz não a uma seringa em 2ª mão”.

De 2013 para 2014 ocorreu um aumento de 50% do volume de trocas de seringas efetuadas nas parcerias, devendo-se este facto às ONG/OG intervirem como equipas de proximidade, com horários alargados (noite) e em locais onde há tráfico e consumo de drogas, tendo por isso 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 fornecidos os seguintes serviços:

- Aconselhamento na redução de riscos e minimização de danos às pessoas que utilizam 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.

De 2013 para 2014 ocorreu um crescimento de **26%** das trocas efectuadas, comprovando a necessidade deste tipo de estruturas existirem como forma de redução de danos.

III - Notas finais

Dos valores atrás apresentados, pode concluir-se que em 2014 houve uma consolidação do modelo de funcionamento implementado em 2013, tendo o aumento do número de aderentes ao nível dos CSP resultado num crescimento de cerca de 506% do volume de trocas nestas entidades, por comparação com 2013.

Por outro lado, deve realçar-se, também, o aumento de trocas efetuadas através de estruturas não-governamentais (equipas de rua, posto móvel), comprovando a importância destas estruturas como meio de prevenção da transmissão da infeção.

Constata-se, assim, que em 2014 o PTS conseguiu reforçar o alcance dos seus objetivos: reduzir os riscos e minimizar os danos às pessoas que utilizam drogas injetáveis.

IV - Bibliografia

1. Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. **Relatório Europeu sobre Drogas 2014.**
2. Ministério da saúde. **Programa Nacional de prevenção e controlo da infeção VIH e sida 2011-2015.**
3. INSA. **Infeção VIH/sida. A situação em Portugal – 31 de Dezembro de 2014.**
4. Instituto da Droga e da Toxicodependência. **A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências – Relatório Anual 2013.**