



**Programa  
de Troca de Seringas  
Manual de Procedimentos**



---

### **Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida**

Palácio Bensaúde, Estrada da Luz, nº 153 • 1600-153 Lisboa  
Telefone: 21 721 03 60 • Fax: 21 722 08 22

Rua da Constituição, nº 195 • 4200-198 Porto  
Telefone: 22 041 16 24 • Fax: 22 041 16 39

**[www.sida.pt](http://www.sida.pt)**

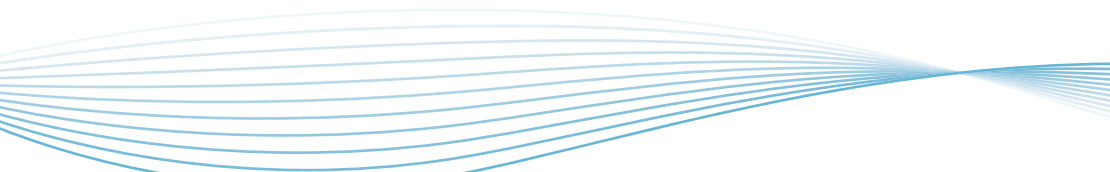
---

### **Ministério da Saúde**

Avenida João Crisóstomo, nº 14 • 1000-179 Lisboa  
Telefone: 21 798 42 00 • Fax: 21 798 42 20

---





---

<b>Introdução</b>	<b>  07</b>
<b>I.</b> Informação e Educação para um Consumo com Menos Riscos	<b>  11</b>
<b>II.</b> Recomendações para a Disponibilização do Material de Injecção	<b>  33</b>
<b>III.</b> Patologias Associadas ao Consumo de Drogas	<b>  41</b>
<b>IV.</b> Recomendações Básicas de Segurança para a Entrega/Recolha do Material de Injecção e Procedimentos após Picada Acidental e Exposição a Sangue ou Outros Produtos Biológicos	<b>  57</b>
<b>V.</b> As Farmácias Comunitárias e o Programa de Troca de Seringas	<b>  63</b>
<b>VI.</b> Equipas de Intervenção de Proximidade que participam no Programa de Troca de Seringas	<b>  71</b>
<b>VII.</b> O Trabalho em Rede como Garantia de um Diálogo Efectivo entre todos os Interlocutores Essenciais	<b>  85</b>

---





## **Introdução**



## Introdução

A intervenção junto dos utilizadores de drogas injectáveis (UDI) com o intuito de reduzir os riscos associados ao consumo e os potenciais danos, assenta em dois pilares fundamentais: o respeito pelos direitos humanos e a protecção da saúde pública. Assim, pressupõe o respeito pelas opções individuais – nomeadamente as referentes ao consumo de substâncias e a não iniciar tratamento, com objectivo de abstinência (pelo menos numa determinada fase da vida), não comprometendo o acesso aos serviços de saúde e ao apoio social. Por outro lado, a vulnerabilidade dos UDI às doenças transmissíveis, nomeadamente à infecção por vírus da imunodeficiência humana (VIH) e pelos vírus das hepatites B (VHB) e C (VHC), como resultado da partilha de material de injeção contaminado, requer uma acção que não se esgote no indivíduo infectado mas que tenha uma perspectiva de saúde pública.


Os programas de distribuição de material de injeção e recolha de material usado, vulgarmente designados como programas de troca de seringas (PTS)<sup>1</sup>, são um instrumento da estratégia geral de redução de riscos e apoio à adopção de comportamentos e hábitos de injeção mais seguros. Estes programas emergiram no início da década de oitenta, sendo a sua implementação reconhecida, em 2008, por 77 países.

Em Portugal, o PTS foi implementado em 1993. Até 1998, a distribuição de material de injeção e a recolha de material usado ocorreu, quase exclusivamente, através das farmácias comunitárias. Em 1999, organizações governamentais e não governamentais aumentaram o espectro de intervenção do PTS.

Com o objectivo de padronizar atitudes, foi criado, junto da Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida, um grupo para elaborar recomendações operacionais, dirigidas a todas as estruturas envolvidas no PTS, tendo por base o melhor conhecimento disponível e juntando representantes dos consumidores de drogas e profissionais. O PTS é apenas, apesar da mais antiga e pioneira, uma das diversas respostas no trabalho de redução de riscos.

---

<sup>1</sup> Neste documento o termo PTS diz respeito aos programas que distribuem material de injeção limpo e recolhem material de injeção usado, proporcionam aconselhamento na área de redução de riscos e minimização de danos e disponibilizam serviços no próprio local ou através de referência a outras estruturas.



O programa de troca de seringas não se encerra na distribuição e recolha de material de injeção. Por outras palavras, este programa deve ser um instrumento ao serviço da implementação de respostas, muito mais complexas e fundamentais, que não se restringem apenas a prevenir infeções mas combatem as causas estruturais das consequências negativas, associadas ao consumo de drogas, como o estigma, a exclusão social e a violência.





**I.**  
**Informação e Educação para um Consumo  
com Menos Riscos**

## **1. Riscos no consumo de substâncias**

### **1.1. Consequências do consumo de substâncias**

A análise dos riscos e danos, decorrentes do consumo de substâncias, deve ser realizada de forma abrangente. Consequentemente, embora no presente capítulo se especifiquem os comportamentos de risco directamente relacionados com o consumo (os danos directamente associados são descritos em capítulo próprio), ao nível do indivíduo e para a sua saúde, revela-se importante contextualizá-los no âmbito da acção no terreno, nomeadamente:

Em esferas diferentes, ainda que interconexas:

- Económica (ex: custos de saúde associados ao tratamento de doenças infecciosas e da dependência, menor produtividade, maior implicação ao nível das prestações sociais).
- Social (ex: impacto na percepção de risco da comunidade envolvente, aumento da criminalidade).
- Saúde (ex: transmissão de doenças infecciosas).

Em níveis de abrangência diferentes:

- Individual (ex: implicações na saúde do indivíduo, desmantelamento da sua rede social, dificuldades económicas).
- Comunitário (ex: implicações na saúde pública, na percepção de risco da comunidade, no aumento da criminalidade a este nível).

### **1.2. Comportamentos de risco no consumo de substâncias**

Os riscos inerentes ao consumo endovenoso de substâncias podem ser categorizados da seguinte forma:

### **1.2.1. Riscos inerentes à substância**

O consumo de substâncias ilícitas impossibilita controlar os aspectos referentes à natureza, qualidade e segurança, podendo ocorrer:

- Contaminação – resíduos do processo de produção ou outras substâncias contaminadoras que não são intencionalmente incorporadas, durante o processo de produção ou distribuição, que podem causar envenenamento.
- Adulteração – diluentes (agentes de corte) e outras substâncias deliberadamente adicionadas, durante o fabrico ou distribuição, que podem resultar em envenenamento.
- Erros de dosagem e pureza – a incerteza sobre a pureza de substâncias ilícitas conduz à incerteza da estimativa da dose e, conseqüentemente, pode resultar numa overdose não intencional.

Por outro lado, diferentes substâncias apresentam diferentes níveis de risco, nomeadamente, no que se refere ao seu potencial de dependência e à probabilidade de ocorrência de overdose.

### **1.2.2. Riscos inerentes à dependência**

A dependência de substâncias é um factor de risco para doenças, além dos efeitos aos níveis social e económico. Assim, por exemplo:

- O consumo de cocaína, mesmo pela via inalada ou fumada, debilita o sistema imunitário.
- A dependência de substâncias e as patologias associadas à injeção contribuem para fragilidade física e défices de imunidade, com maior vulnerabilidade a infecções. Substâncias como a cocaína e as anfetaminas aumentam o risco de psicoses.
- Há maior risco de ser vítima de violência e de se encontrar numa situação de marginalidade. As mulheres enfrentam um risco ainda superior de violência sexual. Em círculo, violência e marginalidade também promovem a dependência.
- A existência de zonas de tráfico e consumo numa comunidade tende a criar uma percepção de ameaça à segurança e às condições sanitárias.

- Os custos com o consumo determinam por vezes acções ilícitas e, conseqüentemente, problemas com a justiça.

### **1.2.3. Riscos inerentes ao estado de intoxicação**

A intoxicação é caracterizada por uma alteração do estado de consciência, que pode ter conseqüências muito adversas, nomeadamente:

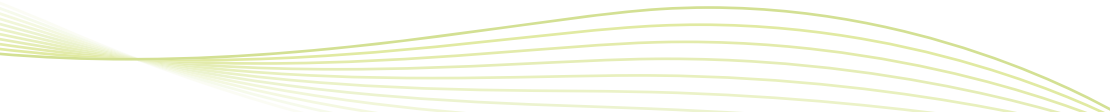
- O consumo de cocaína, tal como de álcool e outras substâncias sintéticas, compromete a capacidade de avaliar riscos. Conseqüentemente, há uma maior probabilidade de, sob o efeito destas substâncias, os indivíduos não se protegerem e terem comportamentos de risco. A desinibição provocada por estas substâncias e o facto de haver indivíduos que as consomem, com o propósito explícito de interferir na actividade sexual, pode constituir um factor de risco acrescido, uma vez associada à ausência de protecção, promovendo a transmissão sexual de infecções.
- A intoxicação por substâncias está associada a uma maior probabilidade de ocorrência de acidentes, envolvimento em situações de violência e suas conseqüências.

### **1.2.4. Riscos inerentes ao padrão de consumo**

As substâncias seleccionadas, a via de administração, a frequência do consumo e a combinação de substâncias representam níveis de risco diferentes. O consumo endovenoso de heroína ou cocaína, a elevada frequência de consumo (particularmente evidente com a cocaína e anfetaminas, sobretudo injectadas) e o policonsumo destacam-se como comportamentos de maior risco, quer para a sobredosagem quer para doenças infecciosas.

### **1.2.5. Riscos inerentes à partilha do material utilizado para o consumo de substâncias**

Situa-se, a este nível, a partilha de material utilizado no consumo de substâncias, em particular, o utilizado para o consumo endovenoso.



Estes comportamentos aumentam o risco de transmissão de doenças, como a infecção por VIH, a hepatite B e a hepatite C.

### **1.2.6. Riscos inerentes à prática de técnicas de injeção inadequadas**

As más condições de higiene, aquando da injeção, aumentam também o risco acrescido de outras infecções, como as bacterianas. Por outro lado, técnicas inadequadas de injeção podem provocar lesões nas veias e nos tecidos circundantes.

### **1.2.7. Riscos inerentes às condições de vida precárias, de insegurança, stress e necessidades básicas deficientemente supridas**

Estas condições tendem a associar-se. As pessoas que vivem na rua ou em habitações indignas têm, em regra, muito poucos recursos, pelo que a alimentação e outras necessidades básicas, frequentemente, não são supridas com a regularidade adequada.

Esta situação é particularmente evidente no caso dos utilizadores de drogas. Por outro lado, a marginalização social associa-se a uma maior vulnerabilidade a situações de violência e ao afastamento dos serviços de apoio social e da saúde.

Esta conjuntura, por sua vez, determina um estado de saúde mais vulnerável à sobredosagem aguda e a infecções.

Adicionalmente, crenças e atitudes das pessoas que vivem na rua (em maior exclusão social) facilitam a adopção de comportamentos de maior risco, no consumo de substâncias.

### **1.2.8. Riscos inerentes ao estado de saúde do utilizador**

Quanto mais debilitado estiver o estado de saúde do utilizador, menor é a capacidade para responder aos efeitos das substâncias consumidas e, conseqüentemente, maior é o risco de ocorrência de sobredosagem.

## 2. Procedimentos envolvidos no consumo endovenoso

A sequência de procedimentos necessários para o consumo endovenoso, bem como os cuidados a ter para diminuir riscos e, consequentemente, os danos, encontram-se abaixo mencionados.

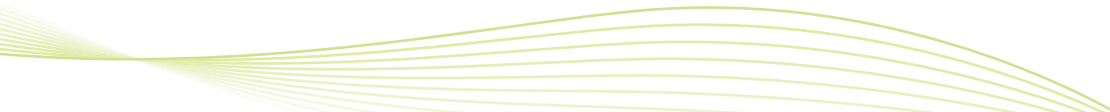
### 2.1. Condições prévias aos procedimentos de preparação da dose para injectar

#### 2.1.1. Material necessário para o consumo

Para além da substância, é necessária a seringa e agulha, estéreis, recipiente para a preparação da substância, filtro, água destilada e ácido cítrico ou ascorbico. São ainda importantes os toalhetes desinfectantes para a limpeza da zona de injeção, o garrote e os fósforos ou isqueiro, se o aquecimento da substância for necessário. Todos estes materiais (com excepção da substância, dos fósforos/isqueiro e do garrote) são disponibilizados,



Figura 1. Material distribuído no âmbito do Programa de Troca de Seringas Portugêses



ao utente, em forma de kit ou avulso, no âmbito do Programa de Troca de Seringas (Figura 1). Por outro lado, é importante o acesso a água e sabão para lavar as mãos antes de iniciar os procedimentos de preparação da dose.

## Seringa e agulha

A seringa e agulha ideais – que tornam a injeção mais confortável e com menos riscos – dependem do tipo de substância a injectar, do local de injeção (ex: as veias das mãos e dos pés são mais finas) e das condições das veias. No âmbito do PTS português, é disponibilizada uma seringa com uma agulha de dimensões intermédias, que permite a injeção em veias localizadas em diferentes partes do corpo.

O UDI deve utilizar, sempre, uma seringa e agulha estéreis em cada injeção. Mesmo para o seu próprio consumo, não deverá repetir a utilização da seringa e agulha. As agulhas facilmente ficam danificadas (rombas), tornando inclusivamente a injeção mais desconfortável. Para além do desconforto, podem originar-se lesões cutâneas e venosas, evitáveis, tornando a zona de punção mais susceptível a infecções bacterianas, podendo ocorrer septicemia. É de salientar que, em alguns casos, os UDI necessitam de mais do que uma agulha para proceder à injeção, pelo que o aconselhamento e disponibilização de material de injeção deverá contemplar este aspecto.

Por motivos de segurança e gratuidade, a seringa deverá ser obtida nas estruturas que participam no PTS: organizações governamentais e não governamentais, que na sua actividade procedem à distribuição do material de injeção (equipas de intervenção de proximidade), farmácias e posto móvel. Como alternativa, há a compra em farmácias que não participam no Programa, nunca na rua, pois, ainda que lhe seja dito que é uma seringa estéril, isso pode ser falso e a seringa estar até contaminada.

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde chamou a atenção para a fraca evidência que apoia o interesse da lixívia e outros métodos de desinfecção do material de injeção, na redução da transmissão do VIH, pelo que deve ser desaconselhada. O UDI deve ser alertado para o facto de que nenhum método de lavagem assegura a eliminação de todos os microorganismos, quer da seringa, quer do recipiente, para a preparação da substância, existindo sempre a possibilidade de transmissão dos vírus da hepatite B, C, VIH, entre outros.

### Aconselhamento

- Usar sempre uma seringa e agulha estéreis em cada injeção  
1 injeção = 1 seringa estéril.
- Nunca partilhar a seringa e a agulha.
- Obter a seringa esterilizada em equipas de intervenção de proximidade ou na farmácia.
- Manter sempre a seringa com o invólucro, até ao momento em que é utilizada.
- Responsabilizar o UDI, relativamente ao material utilizado. Deve ser entregue nas estruturas envolvidas no PTS, para destruição e nunca deve ser abandonado.

### Recipiente para a preparação da substância

O recipiente a utilizar para cada injeção deve ser novo. Guardar um recipiente da preparação de uma dose para outra significa sujeitá-lo a ficar contaminado e com impurezas que podem provocar trombos e embolias. Por outro lado, os recipientes são um importante veículo de transmissão de agentes infecciosos, nomeadamente os vírus da hepatite C e B.

O recipiente deve ter profundidade e largura suficientes para a preparação da substância, ser feito com materiais que permitam o aquecimento (quando caso disso) e não deve ser demasiado leve, uma vez que no contexto de rua – sujeito a condições atmosféricas adversas – pode “virar-se ou voar”, e acarretar a perda da dose em preparação/preparada, gerando grande ansiedade para o UDI (com possíveis implicações na necessidade rápida de arranjar recursos para adquirir novamente a substância, o que compromete adicionalmente a capacidade de gerir os riscos associados ao consumo).

O Programa de Troca de Seringas disponibiliza um recipiente (*cleancup*), limpo (não esterilizado). Não deve ser retirado do invólucro, antes de ser utilizado, para evitar ficar contaminado.

## Aconselhamento

- Utilizar sempre um recipiente novo para cada injeção.
- Nunca partilhar o recipiente.
- Obter o recipiente em equipas de intervenção de proximidade ou na farmácia.
- Manter sempre o recipiente no invólucro, que só deve ser aberto aquando da preparação da substância.

## Filtro

Por regra, a passagem da substância do recipiente para a seringa é feita através de um filtro ou outro material absorvente, evitando-se a passagem para a veia de pequenas partículas que possam estar imersas na substância.

Os melhores materiais para filtro são os compostos, exclusivamente, por algodão, tendo em conta que é um material bastante absorvente, ao invés dos materiais sintéticos, que são pouco absorventes. Não se deve utilizar o algodão correntemente vendido, por não se encontrar compactado, pois pode passar um fio para o interior da seringa e ser injectado provocando danos.

Os filtros de cigarros fumados são pouco seguros, pois as substâncias nele contidas e microorganismos deixados pelo fumador poderão ser igualmente injectados.

Como para os restantes materiais, deve utilizar-se sempre um filtro novo para cada injeção. Este é também disponibilizado no âmbito do PTS português. Os filtros não são laváveis e podem também transmitir infecções, pelo que não deverão nunca ser partilhados.

Alguns consumidores reutilizam os filtros, quando não têm possibilidade de adquirir a substância para consumir, tentando aproveitar resíduos provenientes da preparação da dose anterior. Esta acção comporta riscos, pois alguns fungos e bactérias sobrevivem e multiplicam-se nos filtros, podendo originar infecções.

### Aconselhamento

- Usar sempre um filtro novo para cada injeção.
- Nunca partilhar o filtro.
- Obter o filtro em equipas de intervenção de proximidade ou na farmácia.
- Não colocar o filtro na boca.

### Água

A água é utilizada para dissolver a substância que vai ser injectada. A opção mais segura é utilizar água destilada. No âmbito do PTS português, é disponibilizada água bidestilada, em pequenas ampolas descartáveis, de utilização única.

Se não for possível utilizar água estéril, a segunda melhor opção consiste em ferver água, durante pelo menos 10 minutos e colocá-la num recipiente fechado, para utilização no próprio dia. Se também isto não for possível, a melhor opção consiste em usar água engarrafada. Note-se que não devem ser utilizadas soluções salinas, uma vez que as substâncias não se dissolvem.

São também necessários água e sabão para lavar as mãos, antes e depois da injeção. Os toalhetes de álcool a 70°, disponibilizados no âmbito do PTS português, são também úteis para limpeza e desinfecção.

### Aconselhamento

- Obter as ampolas de água destilada em equipas de intervenção de proximidade ou na farmácia.
- Não usar uma seringa, já previamente utilizada, para retirar água do recipiente.
- Nunca partilhar a água do mesmo “caldo”.

## Ácido cítrico/Ácido ascórbico

É preferível usar ácido cítrico ou ascórbico, em pó ou granulado, em detrimento do limão, uma vez que o limão pode levar ao desenvolvimento de uma infecção vulgarmente, conhecida como “febre do limão”.

Tanto o ácido cítrico como o ascórbico permitem dissolver a heroína castanha, sendo que o ácido ascórbico é menos cáustico do que o cítrico. No entanto, o cítrico tem um maior poder de solubilidade, pelo que é o mais comumente utilizado.

O UDI deve ser aconselhado a usar o mínimo de ácido possível, uma vez que uma dose excessiva de ácido provoca uma sensação de ardor e danos nas veias. O PTS português disponibiliza carteiras de ácido cítrico, contudo, é necessário ressaltar o facto de que se deve adequar a quantidade do mesmo à dose da substância utilizada.

### Aconselhamento

- Adequar a dose de ácido cítrico/ascórbico à dose da substância a dissolver, tendo como referência que deve ser utilizada a mínima quantidade possível.
- Obter as carteiras de ácido cítrico em equipas de intervenção de proximidade ou na farmácia.
- Não usar vinagre – ácido acético (sendo preferível usar o limão).
- Nunca utilizar limão usado.

## Garrote

Convém utilizar garrotes elásticos ou collants, pois causam menos dor, sendo melhor opção que os cintos. No caso de se utilizar um cinto, não se deve prender a fivela, e sim o extremo do cinto com a boca, para que seja fácil libertar. No caso da utilização de garrotes elásticos, não deve fazer-se um nó simples, mas sim um laço, que se solte facilmente.

O garrote deve ser colocado, apenas, quando a dose a injectar já se encontra preparada, pois não deve permanecer apertado mais do que

uns segundos. O membro seleccionado deverá ser garrotado sempre 15 a 20 cm acima do local de injeção. O garrote deverá soltar-se após ter a certeza de que a agulha se encontra na veia.

### Aconselhamento

- Depois de colocado, deve ser muito fácil retirar o garrote.
- Utilizar o garrote durante o tempo estritamente necessário para inserir a agulha na veia.

Deve ser preconizada a utilização de todos os materiais de injeção, disponibilizados no âmbito do PTS português. Os mitos existentes, por parte de alguns UDI, de que a utilização de determinados materiais, como o recipiente ou o ácido cítrico, comprometem a qualidade da substância devem ser refutados. A mensagem da utilização de equipamento novo para cada injeção, assim como a entrega do material utilizado, deve ser sempre transmitida e reforçada, em cada contacto com os UDI.

### **2.1.2. Selecção do contexto para consumir**

Regra geral, consumir substâncias em habitações ou dentro de edifícios é mais seguro do que consumir no contexto de rua, pois o UDI está sujeito a menos interrupções (nomeadamente, violentas), para além de que as condições físicas e de higiene são geralmente melhores. O contexto ideal para proceder ao consumo endovenoso é aquele em que o utilizador se encontra nas seguintes situações:

- Sente-se seguro de que não ocorrerão interrupções inesperadas ou observadores indesejados.
- Tem o tempo necessário.
- Tem espaço adequado para todo o manuseamento do equipamento de injeção.
- Tem acesso a água limpa.
- Está abrigado de condições atmosféricas desfavoráveis (vento, chuva).
- Encontra-se num espaço limpo.

### **2.1.3. Selecção dos parceiros com quem consumir**

A presença de uma pessoa de confiança do UDI, no momento do consumo, é um factor importante de segurança, podendo esta pessoa contactar o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), face a situações de sobredosagem aguda.

### **2.1.4. Avaliação do estado psicológico**

Deve aconselhar-se o UDI a permanecer o mais calmo possível, aquando da preparação da dose e no momento de injeção (por exemplo, para não correr o risco de entornar a substância do recipiente ou falhar a veia). Consumir com alguma tranquilidade, proporciona a adopção de práticas mais seguras (a escolha de um local seguro é particularmente relevante para que a pessoa se sinta tranquila quando vai consumir). Se o UDI se encontrar num estado de grande ansiedade, é preferível que fume ou inale um pouco da substância antes de proceder à preparação da dose e ao momento de injeção.

## **2.2. Preparação da injeção**

### **2.2.1. Lavagem das mãos**

As mãos devem ser bem lavadas com água e sabão. Qualquer microorganismo que se encontre nas mãos pode contaminar os utensílios usados na preparação da injeção. No caso de tal não ser possível, recorrer aos toalhetes disponibilizados.

### **2.2.2. Preparação da dose a injectar**

Para a preparação da dose a injectar, o local seleccionado deve ser o mais limpo possível, para que o material de injeção não fique contaminado. Os utensílios não devem ser segurados com a boca.

### **2.2.3. Preparação da dose**

Este processo consiste na dissolução da substância que se encontra em estado sólido com água e ácido cítrico/ascórbico (caso necessário), para que possa ser injectada. Se necessário, deverá proceder-se igualmente ao aquecimento prévio.

- a.** O material de injeção deve ser colocado numa superfície nivelada e limpa. Note-se que alguns microorganismos podem sobreviver na superfície, existindo condições para a sua transmissão. Deste modo, os UDI devem ser aconselhados a não colocar o seu material numa superfície já utilizada por outros consumidores. No caso do UDI se injectar perto de outro UDI, deve garantir-se que os materiais de injeção de ambos fiquem visivelmente separados.
- b.** Se a substância a injectar se encontrar sob a forma de comprimidos, será necessário proceder a trituração, para que a solubilização seja mais fácil.
- c.** A substância deverá ser colocada no recipiente, juntamente com a água e o ácido cítrico/ascórbico (se necessário). Se necessário, deve proceder-se ao aquecimento.
- d.** Depois de preparada a substância, a mesma deverá ser filtrada do recipiente para a seringa (o invólucro que comporta a seringa só deverá ser violado, e apenas imediatamente antes deste procedimento).

Existe um conjunto de mensagens, a propósito deste processo, que deverão ser transmitidas aos UDI, designadamente:

#### **Aconselhamento**

- Não partilhar qualquer tipo de material utilizado para o consumo.
- Eliminar o ar que possa existir dentro da seringa ou agulha, de forma a evitar embolias. Para o efeito, deve empurrar-se o êmbolo até que saia uma gota do “caldo” pela agulha (o ar não deve ser puxado com a boca, pois podem ficar alguns microorganismos na ponta da seringa/agulha, que por sua vez poderão ser veiculados para as veias).

- Ao partilhar a mesma substância, é importante lembrar que é mais seguro dividi-la previamente à sua preparação, e cada consumidor deverá utilizar apenas os seus próprios utensílios, para a preparação da sua dose.
- Se a substância, previamente preparada, estiver contaminada com sangue, não deve ser injectada, pois o sangue coagula e pode obstruir a agulha.
- O UDI deve controlar as condições de preparação da dose que irá injectar.

#### **2.2.4. Selecção do local de injeção**

Tendo em conta os potenciais danos mencionados, aos quais se adicionam os efeitos do consumo, importa aconselhar o UDI a não reutilizar o mesmo local de injeção, até ao devido restabelecimento da pele e da veia.

Este conselho é particularmente relevante, no caso do UDI injectar cocaína, uma vez que esta substância requer uma maior frequência de injeções.

Se o UDI injectar mais do que uma vez consecutiva na mesma veia, é importante aconselhá-lo a deixar uma distância mínima de 2cm, relativamente ao local exacto, utilizado na última injeção.

É desejável que, pelo menos, uma das veias do UDI esteja em boas condições, para que, em situações de urgência médica, possa ser possível administrar fármacos ou fazer colheita de sangue.

#### **Hierarquia de opções para a selecção de um local de injeção**

##### **1ª – Braços**

A injeção deverá ser realizada distalmente, isto é, de baixo (mão) para cima. Evitar a região da articulação. Alterne os braços.

##### **2ª – Mãos**

A injeção nas mãos é menos segura do que a injeção nos braços, porque as veias são mais finas e delicadas, sendo por isso mais provável que fiquem danificadas. Como a circulação é mais lenta nas mãos, a recuperação é também mais lenta. Deve-se injectar muito lentamente e, se possível, procurar usar uma agulha mais fina.

### 3ª – Pernas

A injeção nas pernas apresenta um maior risco, porque as veias das pernas são mais susceptíveis à formação de trombos. Para além deste aspecto, a danificação das veias das pernas é mais grave para o sistema circulatório do que as dos braços, em virtude de terem um papel mais relevante no retorno do sangue para o coração. Deve-se injectar, também, muito lentamente.

### 4ª – Pés

As veias dos pés são, também, mais finas e encontram-se numa zona com muita transpiração e pouca circulação de ar (meias, sapatos). Também aqui se deve ter particular atenção em injectar muito lentamente.

### 5ª – Virilha

A veia femoral é de acesso relativamente fácil, mas extremamente perigosa, pois está próxima da artéria e nervo femorais.

### 6ª – Pescoço

O pescoço é uma zona de grande risco, devido à proximidade da veia jugular que, por sua vez, se encontra muito perto da artéria carótida, que conduz o sangue directamente para o cérebro. Injectar, acidentalmente, nesta artéria pode ser fatal. Acresce, ainda, o facto de que os danos na veia jugular interferem com a circulação de sangue para o cérebro. Os abscessos e inflamações nesta zona podem danificar os tecidos e as artérias próximas, podendo ocorrer a transmissão rápida de uma infecção para o cérebro.

Para melhorar a visibilidade das veias:

- Colocar uma compressa quente por cima da zona onde vai ocorrer a injeção durante cerca de 10 minutos.
- Baixar os braços abaixo da zona do coração ou abaná-los em círculos.
- “Bater” levemente na zona de injeção.
- Desinfectar a zona de injeção com um toalhete de álcool.

### **2.2.5. Desinfecção do local de injeção**

É muito importante desinfetar o local de injeção, tendo em conta que a inserção da agulha origina uma via aberta de entrada de microorganismos, que se encontram à superfície da pele, directamente para a corrente sanguínea.

Assim, deve utilizar-se o toalhete embebido em álcool a 70°, no local de injeção (a sua utilização não deve ser em forma circular, pois deste modo os microorganismos permanecem no mesmo local).

### **2.2.6. Colocação do garrote**

Previamente à colocação do garrote, os membros/zonas alvo de injeção devem ser movimentados/friccionadas, de forma a aumentar o fluxo de sangue na zona a injectar.

### **2.2.7. Inserção da agulha**

A agulha deve ser inserida com o bisel para cima, num ângulo de 30° a 45°. Quando o UDI tem a percepção de que a agulha se encontra na veia, deve puxar o êmbolo, ligeiramente, para verificar se é recolhido sangue para a seringa. Se o sangue recolhido for vermelho escuro e de fluxo lento, existe a confirmação de que a agulha está inserida na veia. Se ao invés, for vermelho vivo e de fluxo com maior movimento ou se sinta a pulsação no local e uma sensação de queimadura, poderá ter sido atingida uma artéria, pelo que deve retirar imediatamente a agulha e não injectar. Após retirar a agulha, deve fazer-se pressão no local de injeção, durante um período mínimo de 10 minutos, para evitar hematoma ou hemorragia. Se a hemorragia persistir, deve contactar-se o INEM.

Se, por outro lado, não existir a presença de sangue e se sentir uma dor profunda e aguda, poderá ter sido atingido um nervo ou tendão, pelo que a agulha deve ser retirada, imediatamente, e não deverá injectar-se qualquer quantidade de substância.

Se o UDI “falhar” a veia, deve desatar o garrote, retirar a agulha e aguardar um pouco, até reiniciar o processo. De preferência, tentar noutra local. Se a veia for atingida, poderá então retirar o garrote e injectar. Se se tratar de cocaína, estes procedimentos deverão ser realizados com uma atenção particular, pois a cocaína provoca a contração das veias.

### 2.2.8. Retirar o garrote

O garrote deverá ser retirado antes de a substância ser injectada. Após a injeção, o UDI poderá então retirar, cuidadosamente, a seringa no mesmo ângulo em que esta foi colocada. O local de injeção deverá ser pressionado para sustar a hemorragia.

### 2.2.9. Limpeza do local de injeção

Depois de o pressionar e assegurando que a hemorragia decorrente da injeção se encontra contida, o local de injeção deve ser limpo com o toalhete desinfectante.

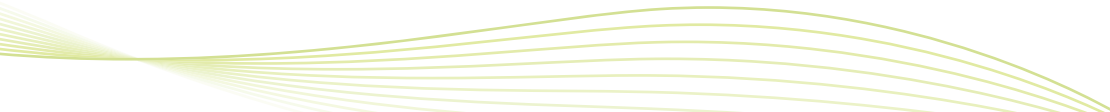
### 2.2.10. Destino do material utilizado

Após a injeção, o UDI nunca deve deixar o material utilizado ao abandono, evitando picadas acidentais e/ou que seja utilizado por outro UDI.

A seringa deve ser acondicionada de forma a não ocorrer picada acidental, utilizando por exemplo os tubos de cartão disponibilizados pelo PTS.



Figura 2. Manual de Redução de Riscos para Utilizadores de Drogas Injectáveis



Posteriormente a seringa utilizada deverá ser entregue nas estruturas que participam no PTS, tal como os restantes materiais.

Em 2006, foi elaborado e distribuído, a todas as estruturas participantes no PTS, o “Manual de Redução de Riscos” (Figura 2) para os UDI, que contempla, de forma sucinta, os procedimentos acima descritos.

### **3. Abordagem aos UDI, no âmbito do aconselhamento para um consumo com menos riscos**

A análise das práticas de consumo de substâncias utilizadas, com vista à diminuição de comportamentos de risco, não deve ser alheia à pessoa que as perpetua, em particular, às suas características estruturais e funcionais, à sua história de vida e ao contexto eco-espacial em que se insere. Para além de violar pressupostos de natureza humanista, a realização de uma abordagem, focalizada nos meros comportamentos, é ainda tecnicamente ineficaz.

Os factores individuais (são exemplos de factores de vulnerabilidade a nível individual: as crenças relativamente ao futuro, a percepção de auto-eficácia, o nível de auto-estima, as competências de auto-controlo, as competências de resolução de problemas e os estilos de *coping*) são, por sua vez, influenciados por factores de ordem contextual.

Assim, a abordagem a cada indivíduo, com o intuito de efectuar uma educação sobre comportamentos mais seguros e uma intervenção para a mudança, deve ser enquadrada por um conhecimento, o mais aprofundado possível, deste, nomeadamente no que refere à identificação de factores de vulnerabilidade e de protecção.

O aconselhamento para o consumo de substâncias, correndo menos riscos tem um efeito maior na vida do UDI, mediante o grau de conhecimento que o técnico tem dele e do meio em que se insere, bem como da qualidade da relação que consegue estabelecer.

Por outro lado, as atitudes e comportamentos não resultam apenas do grau e qualidade da informação de que dispõe, mas também de factores

mais ou menos imediatos, de ordem intra e interpessoal.

Consequentemente, não basta transmitir informação para produzir uma mudança no padrão de comportamentos, existindo um conjunto de factores que configuram no indivíduo uma maior vulnerabilidade.

Desta forma, a intervenção para a mudança não deve focalizar-se apenas nos estritos comportamentos de preparação da injeção, uma vez que existe um conjunto de outros factores que os condicionam, para além de factores que potenciam a ocorrência de maiores danos. Citam-se, como exemplos, o estado de saúde e o estilo de vida. O foco da intervenção deve, por conseguinte, ser mais abrangente.

Há, assim, variáveis de ordem individual e contextual mediadoras das mudanças de crenças, atitudes e comportamentos relativos ao consumo de substâncias e que importa ter em consideração, na definição da melhor estratégia para promover a eliminação de comportamentos de maior risco e a adopção de comportamentos mais seguros.

O estabelecimento de uma relação de confiança entre o técnico e o UDI adquire, aqui, um papel fundamental, por implicar mais conhecimento sobre o UDI, e pelas condições que cria para motivar a mudança. Mediante o conhecimento do UDI, importa definir com ele, objectivos a curto e médio prazo. A definição destes objectivos deve ser muito específica e realizada de forma gradual, isto é, só deve avançar-se para a concretização do objectivo seguinte uma vez cumprido o objectivo proposto anteriormente. Para além da definição dos objectivos, é igualmente importante trabalhar, com o UDI, as condições necessárias para o seu cumprimento.

## **Agradecimentos**

Este capítulo teve a colaboração de Ludmila Carapinha (IDT, I.P.).

## Referências Bibliográficas

Almendros e col. Manual D'Injecció Higiénica Per a Professionals: Direcció General de Drogodependències e Sida. Barcelona, 2002.

Blasco. Programa e Manual de Intervención Con Drogodependentes en Situación de Emerxencia Social. Galiza: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidad.

Ezard N. Public Health, Human Rights and the Harm Reduction Paradigm: from Risk Reduction to Vulnerability Reduction. Int J Drug Policy. 2001 Sep;12 Suppl 3:207-219.

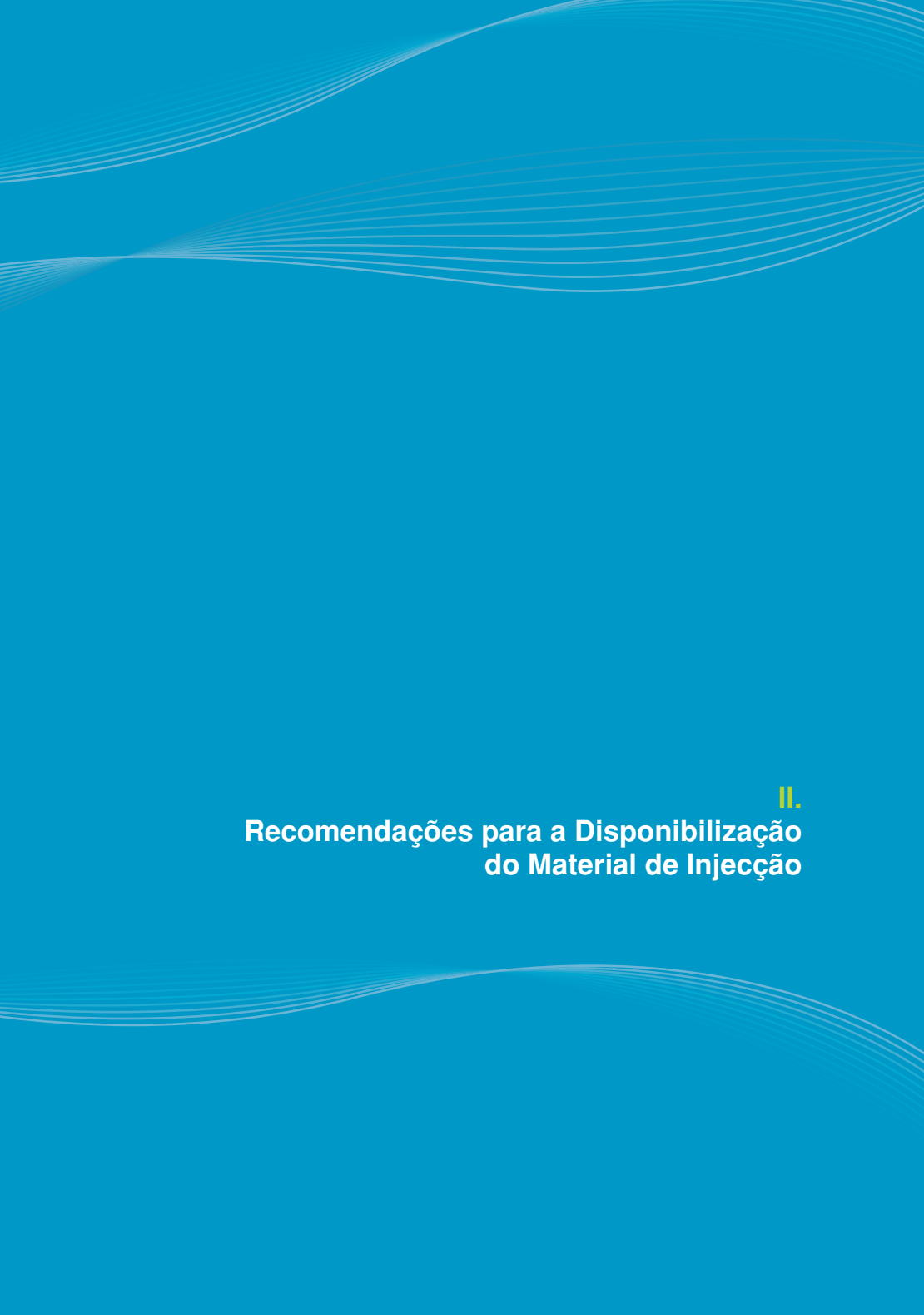
Harm Reduction Coalition. Getting Off Right – A Safety Manual for Injection Drug Users. Disponível em: "<http://harmreduction.org/idu/>" (Acedido em Novembro 2008).

Hunt, N. A Review of the Evidence-base for Harm Reduction Approaches to Drug Use. Forward Thinking on Drugs – A Release Initiative. London, 2003.

World Health Organization. Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users. Geneva: WHO, 2005.

World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Guide to starting and managing needle and syringe programmes. Geneva: WHO, UNDOC, UNAIDS, 2007.





## **II. Recomendações para a Disponibilização do Material de Injecção**

## 1. Programas de troca de seringas: política de distribuição e recolha do material de injecção

A efectividade dos programas de distribuição de material de injecção, na prevenção das infeções por VIH, VHB e VHC, pode ser estimada, indirectamente, através da incidência destas infeções. Directamente, só pode ser avaliada por intermédio de estudos específicos, recorrendo a participantes bem identificados. Pouco se sabe sobre o que constitui “a dose efectiva” da utilização destes programas, quer na base individual, quer em termos de área geográfica, e sobre quais os modelos mais efectivos.

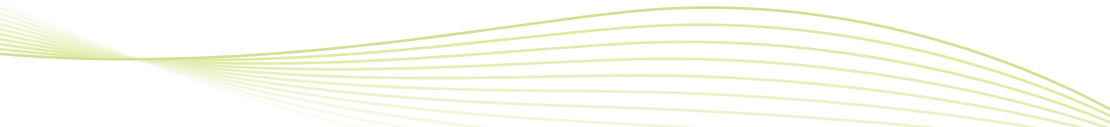
Os PTS devem adoptar políticas que permitam a distribuição de material de injecção aos UDI, de forma a responder ao objectivo preconizado sob o ponto de vista de saúde pública: **uma seringa e agulha estéreis para cada injecção.**

Os comportamentos de risco, relacionados com a prática de injecção, foram analisados em 1577 UDI, recrutados de 24 programas da Califórnia, com diferentes políticas de distribuição de material de injecção (Bluthenthal et al, 2007). Observou-se que os utilizadores, aderentes aos programas baseados em metodologias de distribuição mais restritivas (<50% de cobertura<sup>1</sup>), eram os que, significativamente, mais reportavam reutilizar e partilhar as seringas, quer como receptores, quer como distribuidores, expondo-se a maior risco de infeção. Pelo contrário, os UDI servidos por programas com políticas de distribuição de material de injecção menos restritivas (>150% de cobertura) eram os que significativamente menos reutilizavam e partilhavam as seringas, como receptores ou como distribuidores, tendo sido verificada, igualmente, uma eliminação segura do material utilizado – logo, políticas menos restritivas não implicaram maior abandono do material utilizado.

Outros estudos (Bluthenthal et al 2004; Wood et al, 2002; Kral et al 2004), igualmente demonstraram que a inflexibilidade dos esquemas de distribuição do material de injecção, reflexo da existência de limites

---

<sup>1</sup> Nota: Neste estudo, o conceito de cobertura utilizado teve por base o indivíduo (cobertura ao nível individual). Deste modo, 100% de cobertura corresponde a uma política de distribuição de uma seringa e uma agulha estéreis por cada injecção. PTS com cobertura <50%, são programas que distribuem menos de metade das seringas e agulhas estéreis ao UDI face ao número de injecções administradas. Ao invés, PTS com cobertura >150%, distribuem um maior número de seringas e agulhas estéreis ao UDI face ao número de injecções administradas.



do número de seringas e agulhas disponibilizado por pessoa ou por visita – sem qualquer fundamento racional ou como resultado de estudos –, podem restringir o acesso ao material de injeção esterilizado e, deste modo, promover a sua reutilização e/ou partilha e, conseqüentemente, aumentar o risco de transmissão do VIH, VHC e outros agentes infecciosos.

A “teoria da circulação”, proposta por Kaplan e Heimer (Kaplan & Heimer, 1994), refere que os programas que seguem uma filosofia de troca de 1 seringa estéril: 1 seringa usada, minimizam o número de seringas abandonadas e potencialmente infectadas, promovendo a sua recolha e destruição, diminuindo-se, deste modo, o tempo de circulação das mesmas e a sua eventual partilha. Por um lado, a política de troca 1:1 poderia minimizar o número de seringas abandonadas e potencialmente contaminadas. Contudo, a inexistência de alguma flexibilidade, no cumprimento desta política, poderá conduzir a uma maior probabilidade da partilha e da reutilização do material de injeção.

Importa realçar que o material de injeção não se cinge à seringa e à agulha. Reflexo da introdução, posterior e tardia, dos restantes componentes da parafernália de injeção, bem como de mitos existentes, entre UDI, de que estes componentes alteram a qualidade da substância, existem barreiras à utilização de todo o material, nomeadamente do recipiente para a preparação da droga, do ácido cítrico, da água. Aos técnicos, cabe um papel fundamental, no aconselhamento para a utilização de todos os materiais disponibilizados pelo PTS, devendo sublinhar que não deverão ser partilhados nem reutilizados e que deverão ser entregues em embalagem própria, também disponibilizada pelo PTS. Sublinha-se, mais uma vez, que a transmissão de infecções, nomeadamente a infecção por VHC, ocorre, nomeadamente, através da partilha do recipiente para a preparação da substância e do filtro.

Além das questões inerentes ao material de injeção disponibilizado aos UDI, importa salientar que a existência de diferentes perfis de UDI implica uma diversidade de modelos de programas, complementares e não competitivos. Deste modo, nos países onde existem este tipo de programas, tem sido desenvolvida uma multiplicidade de respostas para aumentar e melhorar o acesso ao material de injeção: farmácias comunitárias, máquinas de dispensa/troca e equipas de intervenção de proximidade, que operam em estruturas fixas ou móveis, ou através de visitas *in situ* aos UDI, nas ruas ou nas suas habitações.

Em Portugal, até 1998, a distribuição de material de injecção fez-se quase exclusivamente através das farmácias comunitárias. A participação de organizações governamentais ou não governamentais, que nas suas actividades procedem à disponibilização de material de injecção e que pela sua natureza (equipas de intervenção de proximidade) permitiram alargar o espectro de resposta aos UDI só foi possibilitada – muito tardiamente – em 1999.

## 2. *Sattelite exchange* ou *secondary syringe exchange*

Os *sattelite* ou *secondary syringe exchangers* são indivíduos que adquirem seringas e agulhas esterilizadas, bem como outro material de injecção, através das estruturas envolvidas nos PTS, para posteriormente o redistribuir – através de mecanismos de venda, troca ou disponibilização gratuita – a outros UDI. Os *sattelite exchangers* proporcionam uma extensão do próprio PTS, pelo aumento da área geográfica e/ou pelo alcance de outros UDI que, por diversas razões, nomeadamente a confidencialidade, os horários de troca e a localização não compatíveis com seu o estilo de vida, não são alcançados pelo programa.

Alguns estudos (Cao et al, 2006; Lorvick et al, 2006; Snead et al, 2003) verificaram que os UDI que utilizavam indirectamente os PTS, ou seja, aqueles que adquiriram material de injecção, através de um *sattelite exchanger*, eram os que reportavam um menor acesso aos cuidados de saúde e referênciação a estruturas de tratamento da toxicodependência. Todavia, os programas que desencorajam a disponibilização de material de injecção através dos *sattelite exchangers*, não conseguem, efectivamente, alcançar este propósito. Um estudo realizado (Tyndall et al, 2002) em duas cidades canadianas, com políticas opostas, demonstrou proporções idênticas de aquisição de material de injecção, por parte dos UDI não aderentes (directamente) aos PTS, através dos *sattelite exchangers*.

Esta prática deve ser aceite e integrada nas diferentes estruturas que participam no PTS, sendo necessário identificar os UDI que operam como *sattelite exchangers* e disponibilizar-lhes informação e treino na área da redução de riscos, utilizando-se, por exemplo, para o efeito, estratégias de educação pelos pares.

### 3. Recomendações para a disponibilização do material de injeção para as estruturas participantes no programa de troca de seringas

As estruturas participantes no PTS, independentemente da sua natureza, deverão adoptar as recomendações referentes à disponibilização do material de injeção, que se encontram no Quadro 1.

Quadro 1

1. O material de injeção não deverá ser partilhado e/ou reutilizado, pelo que o PTS deverá ser capaz de disponibilizar, ao UDI, material estéril para cada injeção: uma seringa e agulha estéreis, uma ampola de água bidestilada, um filtro, um recipiente, uma carteira de ácido cítrico e um toalhete.
2. A disponibilização de material de injeção deverá basear-se na filosofia de troca 1:1, ou seja, mediante a troca de uma seringa e agulha estéreis por uma seringa e agulha usadas.
3. Não deverão existir limites, em termos de quantidade do material de injeção a disponibilizar, por UDI ou por visita. Contudo, os *sattelite exchangers* – UDI que adquirem material de injeção, através das estruturas do PTS, para posteriormente o redistribuir a outros UDI – deverão ser identificados pelas estruturas participantes no PTS e deverá ser-lhes veiculada informação e treino, na área de redução de riscos.
4. Se o UDI não tiver, na sua posse, uma seringa e agulha usadas para efectivar a troca, devendo manter-se a filosofia de troca consistentemente, existem situações em que se podem/devem abrir excepções. As excepções **não devem ultrapassar as 3 seringas para opiáceos e 6 para cocaína**, tendo em consideração o perfil de consumo do UDI (e.g. heroína, cocaína, etc.), devendo ser fomentada a entrega posterior do material usado.

## Referências Bibliográficas

AIDS Project Management Group (2006). APMG Satellite Session on Coverage of Harm Reduction Programs. 17th International Conference on the Reduction of Dru-Related Harm. Vancouver, 2006.

Amundsen EJ. Measuring effectiveness of needle and syringe exchange programmes for prevention of HIV among injecting drug users. *Addiction*. 2006 Jul;101(7):911-2.

Bluthenthal RN, Anderson R, Flynn NM, Kral AH. Higher syringe coverage is associated with lower odds of HIV risk and does not increase unsafe syringe disposal among syringe exchange program clients. *Drug Alcohol Depend*. 2007 Jul 10;89(2-3):214-22.

Bluthenthal RN, Ridgeway G, Schell T, Anderson R, Flynn NM, Kral AH. Examination of the association between syringe exchange program (SEP) dispensation policy and SEP client-level syringe coverage among injection drug users. *Addiction*. 2007 Apr;102(4):638-46.

Bluthenthal RN, Malik MR, Grau LE, Singer M, Marshall P, Heimer R. Diffusion of Benefit through Syringe Exchange Study Team. Sterile syringe access conditions and variations in HIV risk among drug injectors in three cities. *Addiction*. 2004 Sep;99(9):1136-46.

Burrows D. Rethinking coverage of needle exchange programs. *Subst Use Misuse*. 2006;41(6-7):1045-8.

Cao W, Treloar C. Comparison of needle and syringe programme attendees and non-attendees from a high drug-using area in Sydney, New South Wales. *Drug Alcohol Rev*. 2006 Sep;25(5):439-44.

Centers for Disease Control and Prevention. New attitudes & strategies: a comprehensive approach to prevent blood-born infections among IDUs. Atlanta, GA: CDC, 2000.

Cox J, De P, Morissette C, Tremblay C, Stephenson R, Allard R, Graves L, Roy E. Low perceived benefits and self-efficacy are associated with hepatitis C virus (HCV) infection-related risk among injection drug users. *Soc Sci Med*. 2008 Jan;66(2):211-20.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2007 Annual report: the state of the drugs problem in Europe. Lisbon: EMCDDA, 2007.

Hagan H, Thiede H, Weiss NS, Hopkins SG, Duchin JS, Alexander ER. Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. *Am J Public Health*. 2001 Jan;91(1):42-6.

Heimer R, Kaplan EH, Khoshnood K, Jariwala B, Cadman EC. Needle exchange decreases the prevalence of HIV-1 proviral DNA in returned syringes in New Haven, Connecticut. *Am J Med*. 1993;95:214-220.

Heimer R. Community coverage and HIV prevention: assessing metrics for estimating HIV incidence through syringe exchange. *Int J Drug Policy*. 2008 Apr;19 Suppl 1:S65-73.

Kaplan EH, Heimer R. A circulation theory of needle exchange. *AIDS*. 1994 May;8(5):567-74.

Kral AH, Anderson R, Flynn NM, Bluthenthal RN. Injection risk behaviors among clients of syringe exchange programs with different syringe dispensation policies. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2004 Oct 1;37(2):1307-12.

Kuypers LM, Kerr T, Li K, Hogg RS, Tyndall MW, Montaner JS, Wood E. Factors associated with buying and selling syringes among injection drug users in a setting of one of North America's largest syringe exchange programs. *Subst Use Misuse*. 2006;41(6-7):883-99.

Lorvick J, Bluthenthal RN, Scott A, Gilbert ML, Riehman KS, Anderson RL, Flynn NM, Kral AH. Secondary syringe exchange among users of 23 California syringe exchange programs. *Subst Use Misuse*. 2006;41(6-7):865-82.

Moatti JP, Vlahov D, Feroni I, Perrin V, Obadia Y. Multiple access to sterile syringes for injection drug users: vending machines, needle exchange programs and legal pharmacy sales in Marseille, France. *Eur Addict Res*. 2001 Mar;7(1):40-5.

Murray JM, Law MG, Gao Z, Kaldor JM. The impact of behavioural changes on the prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C among injecting drug users. *Int J Epidemiol*. 2003 Oct;32(5):708-14.

Sharma M, Burrows D, Bluthenthal R. Coverage of HIV prevention programmes for injection drug users: confusions, aspirations, definitions and ways forward. *Int J Drug Policy*. 2007 Mar;18(2):92-8.

Snead, J., Downing, M., Lorvick, J., Garcia, B., Thawley, R., Kegeles, S., Edlin, B. R. Secondary syringe exchange among injection drug users. *Journal of Urban Health* 80:330–348, 2003.

Thorpe LE, Ouellet LJ, Hershov R, Bailey SL, Williams IT, Williamson J, Monterroso ER, Garfein RS: Risk of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users who share injection equipment. *American Journal of Epidemiology* 155(7):645-53, 2002.

Tyndall, M. W., Bruneau, J., Brogly, S., Spittal, P., O'Shaughnessy, M. V., Schechter, M. T. Satellite needle distribution among injection drug users: policy and practice in two Canadian cities. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 31:98–105.

Wood E, Tyndall MW, Spittal PM, et al. Factors associated with persistent high-risk syringe sharing in the presence of an established needle exchange programme. *AIDS*. 2002;16:941-943.

World Health Organization (WHO). "Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users". WHO, 2004.

World Health Organization (WHO). 2001. Background paper for technical consultation on effective coverage of health systems, 27-29 August 2001, Rio de Janeiro, Brazil. Disponível em: [http://www.who.int/health-systems-performance/technical\\_consultations/effcov\\_background.pdf](http://www.who.int/health-systems-performance/technical_consultations/effcov_background.pdf) (Acesso em Junho 2008).





## III. Patologias Associadas ao Consumo de Drogas

Os utilizadores de drogas injectáveis (UDI) são particularmente vulneráveis à infecção por vírus da imunodeficiência humana (VIH), vírus da hepatite B (VHB) e vírus da hepatite C (VHC) e outras infecções de transmissão sanguínea, como resultado da partilha de material de injeção contaminado. De sublinhar, igualmente, a transmissão sexual do VIH e VHB e também de outras infecções como a sífilis e a clamídia, e o risco acrescido de tuberculose, overdose, infecções cutâneas, abscessos, endocardite e septicemia.

Para abrangerem um conjunto essencial de serviços, necessários a toda uma estratégia de redução de riscos e minimização de danos, as estruturas participantes no PTS, para além da provisão de serviços no próprio local (*in situ*), necessitam inequivocamente de se articular com outras estruturas de saúde. Esta articulação poderá ser facilitada, através de formação dirigida aos prestadores de cuidados de saúde das estruturas convencionais, sobre a melhor forma de intervenção com esta população e sobre a redução de riscos e a minimização danos. Os serviços convencionais de saúde podem beneficiar, assim, de práticas adquiridas pelas estruturas que participam no PTS, tendo em consideração as questões relacionadas com as circunstâncias de saúde e de vida dos UDI.

De destacar que o envolvimento activo dos UDI nestes processos é crucial, pelo que as estruturas deverão, sempre que possível, envolver os UDI no desenho e implementação dos serviços e programas, conduzindo, desta forma, a uma melhor adaptação e resposta às necessidades existentes.

## 1. Doenças infecciosas

No contexto da utilização de drogas e no âmbito das doenças infecciosas, importa enumerar, especificamente, algumas medidas gerais práticas:

- Vacinação: hepatite B, gripe, tétano, etc..
- Medidas de protecção, como a utilização de material de injeção não contaminado e a utilização de preservativos.
- Identificação dos casos de infecção, através de um quadro sintomático ou na forma assintomática, que obriga a uma detecção dirigida, universalmente ou de forma selectiva, seguida de tratamento, quando adequado, e da prevenção da transmissão aos contactos (vacinação ou quimioprofilaxia).

- Acompanhamento no tratamento de algumas doenças, nomeadamente, infecção VIH/sida e tuberculose. É de realçar o importante papel que estas estruturas podem ter na promoção da adesão terapêutica destes doentes.

Pelo facto das estruturas, que participam no PTS, alcançarem indivíduos infectados e/ou em risco de infecção que, frequentemente, estão fora dos modelos convencionais de prestação de cuidados, estes devem constituir-se como oportunidades únicas para a prática das medidas enumeradas. Isto é, devem proporcionar a distribuição de material de prevenção, aconselhamento, informação em saúde e outros serviços, *in situ* ou através de mecanismos de referenciação com outras estruturas de saúde, destacando-se a realização do teste de identificação do VIH, VHB, VHC, infecções sexualmente transmissíveis (IST), tuberculose, bem como a vacinação para o VHA e VHB e oferecer o tratamento.

## 1.1. Infecção por VHB e VHC

Os UDI têm um elevado risco de se tornarem portadores crónicos do VHB e VHC. A importância destes portadores crónicos reside em dois factores: probabilidade de evolução para doença hepática crónica, cirrose hepática e carcinoma hepatocelular, além de constituírem também um reservatório de dois vírus oncogénicos, capazes de propagar a infecção.

O aconselhamento e informação adequados, sobre a infecção por VHB ou VHC devem ser fornecidos aos UDI e a realização de testes de identificação deverá ser considerada, representando, o contacto com os PTS, uma oportunidade que não deve desperdiçar-se. À identificação de casos de infecção crónica pelo VHB ou VHC, isolada ou simultânea, ou de co-infecção VIH, deve seguir-se uma avaliação da fase de evolução da infecção e da doença, prevendo a necessidade de proceder a tratamento específico.

O tratamento das hepatites víricas deve ser equacionado, com especial atenção, uma vez que a cura é possível (ao contrário da infecção por VIH), modificando, assim, o prognóstico individual e contribuindo para a interrupção da transmissão. Os UDI, cujos resultados dos testes de identificação não revelem exposição prévia ao VHB, podem e devem

ser vacinados para o VHB, a fim de prevenir futuras infecções. Em doentes com hepatite C, deve ser avaliada a necessidade de medidas específicas de prevenção, tais como a vacinação contra a infecção pelo vírus da hepatite A.

## 1.2. Infecção por VIH

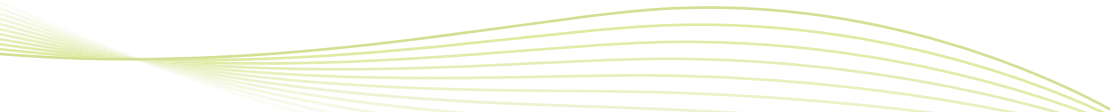
A infecção por VIH pode associar-se, em 50% a 90% dos casos, a um quadro clínico agudo, com manifestações sistémicas mais ou menos exuberantes, a que se segue um período de latência clínica, mas não virológico, prolongado, habitualmente entre os 3 e 10 anos, que antecede a claudicação do sistema imune do hospedeiro. Sabe-se que o prognóstico da infecção por VIH pode ser largamente melhorado, quando o diagnóstico é precoce e o tratamento é iniciado, antes do aparecimento de sintomas ou da doença.

Os programas de detecção precoce do VIH devem ser adaptados às especificidades da relação dos utilizadores de drogas com as estruturas de saúde, centrando a identificação da infecção na utilização de testes rápidos e removendo os obstáculos que as relações de referenciação, entre diferentes prestadores de cuidados de saúde, podem apresentar aos casos positivos.

As equipas das estruturas envolvidas no PTS devem receber formação em aconselhamento e estar implicadas nos mecanismos de referenciação. Há que assegurar a realização voluntária do teste de identificação do VIH, a confidencialidade dos resultados, a não discriminação dos casos positivos, a disponibilização de meios de prevenção e a referenciação dos casos positivos para posterior acesso – que se quer igualmente não discriminado – às opções terapêuticas disponíveis.

## 1.3. Tuberculose

A prevenção da transmissão da infecção por *Mycobacterium tuberculosis* é essencial no controle da doença. Os indivíduos imunodeprimidos, isto é, os indivíduos que não têm capacidade de desenvolver uma resposta



imune celular adequada, têm um risco aumentado de infecção e de doença activa, comparativamente aos indivíduos imunocompetentes. A infecção por VIH é o maior factor de risco, conhecido, de progressão da infecção latente por *Mycobacterium tuberculosis* (tuberculose latente) para doença clínica (tuberculose activa). Os indivíduos infectados por VIH, com teste tuberculínico positivo, têm um risco anual, de desenvolver tuberculose activa, de 8 a 10%. Por outro lado, o consumo de drogas ilícitas induz, por si só, a diminuição das defesas imunitárias.

O tratamento da tuberculose latente é eficaz na redução da incidência de tuberculose e mortes por tuberculose, em adultos infectados por VIH, com teste tuberculínico positivo, pelo que a identificação e o tratamento de casos de tuberculose latente deve ser uma medida prioritária. Por outro lado, o tratamento precoce das situações de doença, clinicamente reconhecíveis – que deve resultar de uma política activa de educação, que faça com que sejam valorizados sintomas como tosse crónica e febre – constitui outra medida prioritária, neste contexto.

Assim, as estruturas participantes no PTS devem informar os UDI sobre este risco e determinar mecanismos de articulação eficazes, com as estruturas de saúde já estabelecidas para esta doença, em particular, com os Centros de Diagnóstico Pneumológico (CDP).

#### **1.4. Outras Infecções sexualmente transmissíveis**

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são provocadas por microorganismos, como vírus, bactérias e protozoários, que se transmitem através do contacto sexual, desde que um dos parceiros esteja infectado. Alguns estudos demonstraram prevalências elevadas de sífilis e outras IST nos UDI, mais concretamente nos que encontravam na actividade do comércio sexual, uma forma de adquirir recursos para a obtenção da droga.

As estruturas participantes no PTS devem promover a realização de testes de identificação e respectivo tratamento das IST através do encaminhamento decorrente de mecanismos de articulação com as consultas de IST e/ou outras estruturas de saúde.

Para além da distribuição do material de injeção – já discutido no capítulo II – as estruturas participantes no PTS detêm, igualmente, um papel fundamental na adopção de comportamentos preventivos nas relações sexuais, através da informação e educação dos UDI, e da distribuição de material preventivo. As estruturas participantes no PTS devem:

- Informar sobre os riscos de transmissão sexual do VIH, VHB e outras IST através do sexo oral, vaginal, e anal.
- Educar sobre a prevenção da transmissão sexual do VIH, VHB e outras IST.
- Distribuir os materiais necessários à prática de relações sexuais mais seguras, nas quantidades requeridas pelos utentes, sem que exista limite no número a disponibilizar, nomeadamente:
  - preservativos masculinos lubrificados e não-lubrificados;
  - preservativos femininos;
  - saquetas de lubrificante;
  - *dental dams*;
  - luvas de látex e dedeiras.

## 2. Prevenção de abscessos e infecções cutâneas

Os abscessos e infecções cutâneas são muito frequentes nos utilizadores de drogas injectáveis. As estruturas participantes no PTS devem:

- Informar os UDI sobre práticas de injeção mais seguras e fornecer-lhes equipamento seguro, para injeção (vide capítulo I).
- Sempre que possível, prestar serviços de primeiros socorros para abscessos, problemas de pele e cuidados dos pés (por ex. bolhas).

### 3. Overdoses

A definição, do OEDT, de mortes induzidas pela droga refere-se às mortes, directamente causadas (intoxicações ou overdoses) pelo consumo de uma ou mais drogas e em que, pelo menos, uma das substâncias presentes é uma droga ilegal. A overdose de opiáceos é uma das principais causas de morte entre os jovens europeus, em particular entre os jovens do sexo masculino, residentes nas zonas urbanas. As mortes por overdose de opiáceos (60%-95%) envolvem, sobretudo, pessoas do sexo masculino, na sua maioria, entre os 20 e os 40 anos, rondando a média de idades os 35 anos, na maior parte dos países. Em muitos países, os serviços de saúde e sociais são confrontados com uma população envelhecida, de consumidores de droga crónicos, que podem ser mais vulneráveis às overdoses (OCDE,2008).

Morrer em Portugal por overdose ou intoxicação com uma droga ilegal é uma realidade que ultrapassa a média europeia. Por cá, revela o mais recente relatório do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT,2009), morrem mais de 30 pessoas por milhão (cerca de 300 no total), contra as 21 que a União Europeia define como média.

Ao todo, a droga mata, na Europa, entre sete a oito mil pessoas, todos os anos, quase uma a cada hora, sendo 80% das mortes atribuídas ao consumo de heroína e de outras drogas derivadas do ópio.

Considera-se uma “Boa Prática”, a divulgação dirigida de informações, sobre os riscos de overdose e os procedimentos a ter, em caso de overdose, através de materiais de IEC, assim como a realização de formação para aumentar os conhecimentos e competências necessários, para gerir os casos de overdose. Esta formação pode destinar-se aos consumidores de droga, aos seus familiares e aos técnicos que lhes prestam assistência.

Os três tipos, mais comuns, de síndrome tóxica/intoxicação, são:

- **Síndrome tóxica de opiáceos:** Os sintomas incluem a tríade clássica de coma, pupilas punctiformes e depressão respiratória, bem como alteração do estados mental, choque, edema pulmonar e apatia. As complicações incluem bradicardia, hipotensão e hipotermia. As substâncias, que podem causar essa síndrome tóxica, são opiáceos e opióides.

- **Síndrome tóxica sedativo/hipnótico:** Os sintomas incluem ataxia, visão turva, coma, confusão, delírio, deterioração das funções do sistema nervoso central, diplopia, alucinações, nistagmo, parestesias, sedação, fala arrastada e estupor. Apnéia é uma complicação potencial. As substâncias, que podem causar essa síndrome tóxica, incluem os anticonvulsivantes, barbitúricos, benzodiazepinas, ácido gama-hidroxibutírico, metaqualona e etanol.
- **Síndrome tóxica simpatomiméticos:** Os sintomas incluem ansiedade, delírio, sudorese, hiperreflexia, midríase, paranóia, piloereção e convulsões. As complicações incluem bradicardia, hipertensão arterial e taquicardia. As substâncias que podem causar essa síndrome tóxica incluem salbutamol, anfetaminas, cocaína, efedrina (Ma Huang), metanfetamina fenilpropanolamina (PPA), e pseudoefedrina.

**Pode ocorrer overdose:**

- Sendo substâncias ilegais, não há controlo de qualidade sobre as drogas consumidas, pelo que é impossível saber exactamente o nível de concentração destas, isto é, podem ter uma maior ou menor quantidade de substância activa. Assim, desconhecendo o nível de concentração exacto da substância, o utilizador pode preparar uma dose superior ao seu nível de tolerância.
- Frequentemente, as drogas são cortadas com outras substâncias.
- A toma sucessiva da mesma substância pode não possibilitar, ao organismo, a adaptação à acumulação do efeito, provocando uma overdose.
- Quando se permite que seja outra pessoa a preparar a dose, corre-se o risco de esta não ter a quantidade adequada para o seu nível de tolerância.
- Devido à diminuição do nível de tolerância, do organismo, após um período de desabilitação, pode ocorrer uma overdose, se for tomada a mesma quantidade que anteriormente.
- A combinação de várias substâncias gera um efeito combinado com maior intensidade do que se consumir apenas uma.

- Determinadas mudanças, no estado de saúde, podem propiciar uma overdose, se se consumir a mesma dosagem: por exemplo, se se diminuir o peso ou se o fígado ou os rins não estiverem a funcionar bem, a substância tem um efeito mais intenso. Também, se a pessoa estiver presentemente, ou tiver estado doente recentemente, o organismo não tem a mesma capacidade de reacção, que tem quando a pessoa está saudável.
- Utilizar drogas, sozinho ou com uma pessoa em quem não se tem confiança, é muito perigoso, na medida em que, no caso de início de overdose, se diminui a probabilidade de obtenção de ajuda.

A educação e o treino dos UDI sobre como prevenir, reconhecer e responder a situações de overdose é essencial, para reduzir o número de mortes.

#### Aconselhamento genérico para prevenção da ocorrência de overdoses:

- Sempre que se desconhece o nível de concentração da substância (o que acontece sempre que se compra a um novo traficante ou um novo lote), deve-se fazer uma primeira injeção teste, com menor quantidade, ou então, fumar primeiro.
- Procurar não variar muito na pessoa a quem se compra a substância, se se tem um grau mínimo de confiança nesta para evitar adquirir sem conhecimento substâncias que podem estar cortadas com outras mais perigosas.
- Dar tempo para sentir os efeitos de uma substância antes de tomar outra.
- Preparar a sua própria dose.
- Havendo consumo após um processo de desabituação, diminuir a quantidade de substância, pois o nível de tolerância é inferior.
- Não combinar diferentes substâncias.
- Em situações de saúde debilitada e/ou grande perda de peso, se houver consumo, diminuir a dosagem. Por outro lado, adoptar, dentro do possível, alguns cuidados elementares para preservar a saúde: beber água, alimentar-se regularmente, dormir, entre outros.
- Nunca consumir substâncias psico-activas, sozinho.

Factores que contribuem para um risco acrescido de overdose entre os utilizadores de drogas:

- Overdose anterior.
- Substâncias provenientes de uma fonte nova ou desconhecida.
- Dosagem da substância desconhecida (o UDI pode preparar uma dose que não seja tolerada pelo seu organismo, se desconhecer a concentração da substância).
- Facto dos UDI se injectarem sozinhos ou com pessoas desconhecidas.
- Períodos longos de utilização de drogas.
- Níveis elevados de uso de drogas ou intoxicação.
- Baixa tolerância (por exemplo, após período de desabituação).
- Depressão.
- Ter saído recentemente da prisão.
- Estado de saúde debilitado.
- Um historial de policonsumo de drogas.

Encontram-se descritas abaixo algumas das medidas com vista a prevenir overdoses:

- Evitar misturar substâncias cujos efeitos são semelhantes.
- Quando a tolerância é baixa (ex: após período de tratamento da dependência, saída da prisão ou qualquer período de abstinência), deve usar-se uma menor quantidade da substância.
- Fumar ou inalar drogas para que a velocidade de absorção, pelo organismo, seja reduzida.
- Consumir na presença de outras pessoas ou alertar alguém de que o vai fazer, para que o observe.
- Tomar precauções, quando se usam drogas de uma fonte nova e/ou desconhecida (por precaução, deve injectar-se uma pequena quantidade para efeitos de teste).
- Adquirir substâncias através de uma fonte conhecida e fiável.
- Saber reconhecer os sintomas de uma overdose em si próprio e nos outros indivíduos.

- Saber o que fazer e o que não fazer, perante sintomas de overdose.
- Pedir assistência, em caso de overdose. Muitos UDI receiam as consequências do envolvimento policial, levando-os a retardar, ou mesmo, evitar a procura de assistência em situações de overdose. No entanto, uma intervenção precoce, efectuada por equipas de emergência, aumenta, consideravelmente, as hipóteses de sobrevivência. Alguns UDI podem necessitar de apoio na informação que devem transmitir, quando contactam o 112.
- Não deixar sozinho, uma pessoa que se encontre em overdose.

O desconhecimento sobre os sinais e sintomas pode conduzir à falta de procura de ajuda e/ou intervenção, pelos UDI. Os sinais e sintomas da overdose dependem da substância consumida. Os opiáceos podem causar sintomas tais como: ressonar profundo, batidas cardíacas lentas e incertas, e desmaios. Por outro lado, respiração acelerada, febres altas, espasmos, convulsões, delírio, confusão, suores e rápido aumento do batimento cardíaco são sinais e sintomas, característicos de uma overdose por estimulantes (ex: cocaína, metanfetaminas).

**Em caso de overdose, enunciam-se as seguintes medidas básicas que deverão ser adoptadas:**

1. Contactar o 112.
2. Verificar o estado de consciência do indivíduo (abrir os olhos e colocar questões simples como: nome, onde está, etc.).
3. Verificar a pulsação e respiração para detectar o batimento cardíaco e o movimento respiratório.
4. Se o indivíduo não responder ou parecer não estar a respirar, tentar acordá-lo e mantê-lo alerta. Se o indivíduo não se encontrar a respirar, fazer respiração boca a boca, na posse do aparelho próprio.
5. Colocar o indivíduo em posição lateral de segurança (PLS) para que o mesmo não asfixie com o próprio vômito.
6. Nunca deixar o indivíduo sozinho.

As estruturas envolvidas no PTS deverão possuir formação em primeiros socorros ministrada por pessoal qualificado, salientando-se, no entanto, que deve ser discutido o limite de actuação das pessoas – técnicos e UDI – sem formação em primeiros socorros.

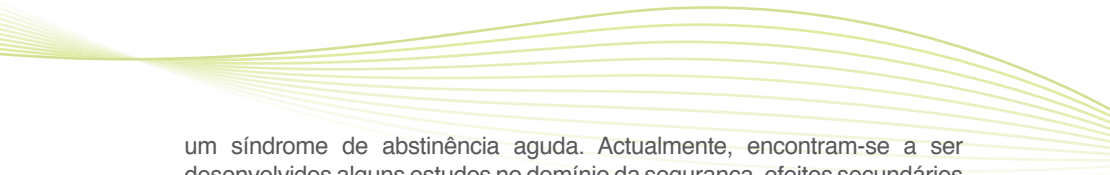
Todas as estruturas, que participam no PTS, devem informar os UDI, e estes os seus pares que não acedem directamente a estes programas, sobre:

- Os riscos e os sinais de overdose.
- As técnicas de prevenção de overdose.
- A informação que devem transmitir ao contactarem o 112.
- A necessidade de procurar assistência médica, em caso de overdose ou complicações.

Importa, igualmente, relevar o facto de que por vezes os UDI têm crenças erradas sobre procedimentos a implementar em caso de overdose. As seguintes crenças devem ser desmistificadas:

- Não injectar água salgada (vulgarmente conhecido como “chuto de sal”, tem um efeito de reanimação, mas com efeitos perigosos).
- Não deve injectar cocaína, ou *speed*, numa pessoa que se encontre numa overdose com heroína e vice-versa.
- Não colocar o indivíduo debaixo de água fria, pois poderá conduzir a que o mesmo entre em choque ou, inclusivamente, se afogue.
- Não colocar a pessoa a andar. Na verdade, esta acção pode apenas acentuar o efeito da overdose, uma vez que com o movimento (e aumento do batimento cardíaco), potencia a assimilação da substância pelo organismo.

A naloxona encontra-se indicada para a reversão da depressão opiácea, diagnóstico de suspeita de intolerância aos opiáceos e sobredosagem aguda aos opiáceos, reduzindo o número de paragens respiratórias fatais, causadas por overdose de opiáceos. Em Portugal, a naloxona só pode ser administrada sob supervisão médica e não se encontra disponível nas farmácias comunitárias. Este fármaco deve ser, cautelosamente, administrado em doentes que foram sujeitos a doses elevadas de opiáceos e/ou em doentes fisicamente dependentes dos opiáceos, uma vez que a reversão rápida dos efeitos opiáceos, pela naloxona, poderá precipitar



um síndrome de abstinência aguda. Actualmente, encontram-se a ser desenvolvidos alguns estudos no domínio da segurança, efeitos secundários e outras possíveis consequências prejudiciais quando esta substância é administrada, sem supervisão médica directa, no contexto de intervenção de proximidade com os UDI.

## Referências Bibliográficas

Canadian Centre on Substance Abuse. Supervised injection facilities: FAQ's. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse, 2004.

Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida. Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Infecção por VIH/sida. Disponível em: [www.sida.pt](http://www.sida.pt). (Acedido em Junho 2009).

Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida. A Doença Hepática na Infecção VIH. Disponível em: [www.sida.pt](http://www.sida.pt) (Acedido em Junho 2009).

Davidson PJ, Ochoa KC, Hahn JA, Evans JL, Moss AR. Witnessing heroin-related overdoses: The experiences of young injectors in San Francisco. *Addiction* 2002; 97: 1511-1516.

Davis JL, Fei M, Huang L Respiratory infection complicating HIV infection. *Current Opinion in Infectious Diseases*.2008; 21(2):184-190.

Degwitz P, Haasen C, Berthein U, Zurhold H. Drug consumption rooms in Hamburg, Germany: Evaluation of the effects of harm reduction and the reduction of public nuisance. *Journal of Drug Issues* 2003; 33: 663-688.

Fischer B, Brissette S, Brochu S, Bruneau J, el-Guebaly N, Noel L. Determinants of overdose incidents among illicit opioid users in 5 Canadian cities. *Canadian Medical Association Journal* 2004; 171: 235-239.

Grupo de Trabalho Justiça/Saúde. Plano de Acção Nacional para Combate à Propagação de Doenças infecciosas em meio prisional. Julho 2006. Disponível em: [www.sida.pt](http://www.sida.pt) (Acedido em Junho 2009).

Harm Reduction Coalition. Overdose: Prevention and survival. New, York: Harm Reduction Coalition. 2000. Disponível em: [www.harmreduction.org/pubs/od2000.html](http://www.harmreduction.org/pubs/od2000.html) (Acedido em Junho 2009).

Joe GW, Lehman W, Simpson D. Addict death rates during a four-year post-treatment follow-up. *American Journal of Public Health* 1982; 2: 703-709.205.

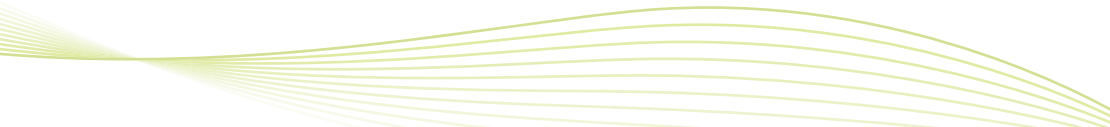
Leonard L, Navarro C, Birkett N, Remis RS. The POINT Project. Department of Epidemiology and Community Medicine. Faculty of Medicine, University of Ottawa, 2005.

McGregor C, Darke S, Ali R, Christie P. Experience of non-fatal overdose among heroin users in Adelaide, Australia: circumstances and risk perceptions. *Addiction* 1998; 93(5): 701-711.

Moatti JP, Vlahov D, Feroni I, Perrin V, Obadia Y. Multiple access to sterile syringes for injection drug users: vending machines, needle exchange programs and legal pharmacy sales in Marseille, France. *European Addiction Research* 2001; 7(1): 40-5.

Poulin C, Stein J, Butt J. Surveillance of drug overdose deaths using medical examiner data. *Chronic diseases in Canada* 2000; 19(4): 177-182.

Powis B, Strang J, Griffiths P, Taylor C, Williamson S, Fountain J, Gossop M. Self-reported overdose among injecting drug users in London: extent and nature of the problem. *Addiction* 1999; 94(4): 471-478.



Sorge R, Kershner S. (1998). Getting off right: A safety manual for injection drug users. New York: Harm Reduction Coalition. Disponível em: [www.harmreduction.org/index.html?gor.html](http://www.harmreduction.org/index.html?gor.html) (Acedido em Junho 2009).

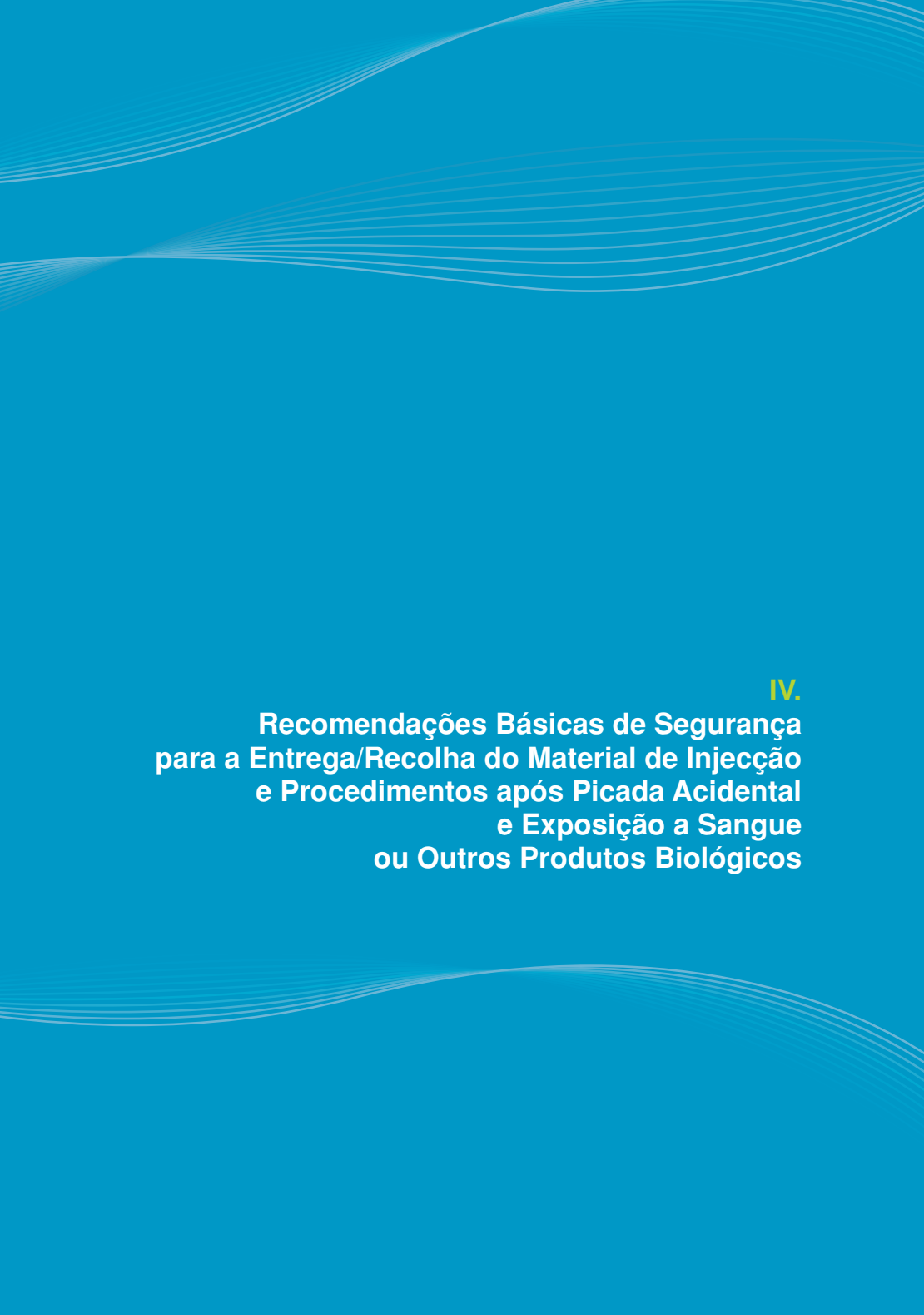
Selwyn PA, Hartel D, Lewis VA, et al. A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med.* 1989; *Nicod LP.320(9):545–50.*

Warner-Smith M, Lynskey M, Darke S, Hall W. Heroin overdose: Prevalence, correlates, consequences and interventions. Woden, Australia: Australian National Council on Drugs, 2001.

Wood E, Tyndall MW, Spittal PM, Li K, Kerr T, Hogg RS, Montaner JSG, O'Shaughnessy MV, Schechter MT. Unsafe injecting practices in a cohort of injection drug users in Vancouver: Could safer injecting rooms help? *Canadian Medical Association Journal* 2001; *165(4): 405-410.*

Wood E, Kerr T, Montaner, JS, Strathdee SA, Wodak A, Hankins CA, Schechter MT, Tyndall MW. Rationale for evaluating North America's first medically supervised safer-injecting facility. *The Lancet Infectious Diseases* 2004; *4(5): 301-6.*





**IV.**  
**Recomendações Básicas de Segurança  
para a Entrega/Recolha do Material de Injecção  
e Procedimentos após Picada Acidental  
e Exposição a Sangue  
ou Outros Produtos Biológicos**

O presente capítulo tem como objectivo descrever os cuidados, para evitar acidentes com agulhas ou outro material corto-perfurante e os procedimentos a adoptar, após picada ou exposição acidental a sangue ou outros produtos biológicos. Os profissionais envolvidos no PTS devem conhecer os riscos inerentes à sua actividade, ter presente as recomendações de segurança e aplicá-las, adequadamente, de modo a prevenir acidentes (Quadro 1). Por outro lado, os UDI deverão ser informados sobre as regras de segurança para o manuseamento e entrega do material de injecção usado (Quadro 2).

#### Quadro 1

##### Recomendações básicas de segurança para os profissionais envolvidos no programa de troca de seringas

- Nunca manusear o material de injecção usado, entregue pelo UDI:
  - deve ser sempre o próprio UDI a colocar as seringas e agulhas no contentor.
  - nunca colocar tampas na agulhas entregue pelo UDI.
  - nunca efectuar, ou solicitar ao UDI, a contagem manual das seringas e agulhas usadas; neste âmbito, tendo em conta os propósitos do PTS, a estimativa, com base na leitura visual ou na informação do UDI, sobre o material de injecção entregue, é suficiente.
- Selar correctamente os contentores previamente ao seu transporte/deslocação (e.g. PTS implementados através de estruturas móveis: carrinhas ou serviço de *outreach* através das visitas aos locais onde vivem ou se encontram os UDI).
- Não encher o contentor, acima do limite indicado pelo fabricante (normalmente 2/3 da capacidade do contentor).
- Utilizar luvas grossas e resistentes, nos processos de recolha de seringas e agulhas abandonadas ou outro material de injecção e, colocar, de imediato, o material recolhido no contentor (a utilização de alicates para este efeito não é consensual, sendo que algumas organizações recomendam o uso deste instrumento, enquanto outras o desaconselham completamente, reflexo da dificuldade subjacente ao seu manuseamento).

## Quadro 2

### Recomendações básicas de segurança para os utilizadores de drogas

- Entregar sempre o material de injeção usado nas estruturas que participam no PTS. O material de injeção não deve ser abandonado no lixo comum (caixotes, contentores), canalizações, vias públicas, jardins, etc.
- Não colocar a tampa na agulha da seringa, previamente utilizada por outra pessoa.
- Não dobrar ou quebrar as agulhas e seringas (alguns UDI, com vista à não reutilização ou partilha, têm por hábito este tipo de prática que pode originar acidentes).
- Acondicionar o material de injeção usado no tubo cedido pelo PTS ou numa embalagem rígida, até ser efectuada a entrega nas estruturas que participam no PTS. O material de injeção acondicionado nunca deverá ultrapassar 2/3 da capacidade do tubo/embalagem. Se o UDI possuir material de injeção usado de outro UDI para posterior entrega, o mesmo deverá ser devidamente acondicionado no tubo/embalagem pelo outro UDI.

Apesar de todos os esforços, os acidentes podem ocorrer, sendo importante que todas as pessoas saibam, exactamente, o que fazer e onde recorrer para serem avaliadas, aconselhadas e implementada a profilaxia pós-exposição, quando indicada.

Os acidentes, envolvendo sangue e outros fluidos potencialmente contaminados, devem ser tratados como urgências, uma vez que a profilaxia da infecção por VIH e VHB deve ser iniciada, logo após o acidente.

De salientar que todas as pessoas, com risco de exposição profissional, deverão estar vacinadas contra o VHB.

Após picada accidental, ou exposição a sangue ou outro produto biológico, o acidentado deverá:

- Suspender de imediato a tarefa.
- Deixar sangrar a ferida durante alguns segundos, no caso de picada com agulha ou lanceta.

- Lavar, de imediato, as feridas e a pele afectada, com água e sabão.
- Irrigar, com água abundante, as mucosas expostas. Os olhos, devem ser lavados com água ou soro fisiológico estéril.

Após os cuidados imediatos, o acidentado deverá recorrer a uma urgência hospitalar e reportar o acidente, preferencialmente, nas primeiras duas horas e, nunca, depois de 72 horas. É fundamental que estas exposições sejam reavaliadas e devidamente comunicadas à **Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida**, em impresso próprio anexo. Nas situações em que for aplicável e possível, o acidentado deverá dirigir-se à urgência hospitalar com a “fonte”, após obtenção do seu consentimento e com garantia de confidencialidade.

Importa realçar que as medidas de profilaxia pós-exposição não são totalmente eficazes, não devem substituir o cumprimento das precauções universais de segurança por todos os profissionais, incluindo os utilizadores de drogas.



## Referências Bibliográficas

Centers for Disease Control and Prevention. Updated U.S. Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. MMWR 2005;54(RR-9):1-17.

Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida. Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Infecção por VIH/sida. Disponível em: [www.sida.pt](http://www.sida.pt) . (Acedido em Junho 2009).

Strike C, Leonard L, Milson M, Anstice S, Berkeley N, Medd E. Ontário Needle Exchange Programs: Best Practice Recommendations. Toronto: Ontario Needle Exchange Coordinating Committee, 2006.

World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Guide to starting and managing needle and syringe programmes. Geneva: WHO, UNDOC, UNAIDS, 2007.





**v.**  
**As Farmácias Comunitárias  
e o Programa de Troca de Seringas**



Foi distribuído, às farmácias comunitárias, em 2007, um autocolante de porta com a finalidade de sinalizar a farmácia como aderente ao Programa (Figura 1).



Figura 1

## 1. Intervenção farmacêutica

Os farmacêuticos comunitários são, por vezes, os profissionais de saúde com os quais os UDI estabelecem o primeiro contacto para a aquisição de material de injeção. Alguns estudos (Moatti et al, 2001), demonstraram ainda que as farmácias comunitárias são para alguns UDI o canal seleccionado para aderirem ao PTS, pelo facto de serem estruturas que não operam, exclusivamente, com utilizadores de drogas.

No entanto, o invés poderá verificar-se nas farmácias rurais que, fruto dos pequenos agregados populacionais que servem, poderão motivar o UDI à não adesão ao PTS, pelo facto deste recear que o seu anonimato fique comprometido.

O aconselhamento para a adopção de comportamentos e hábitos

de injeção mais seguros, bem como a promoção do uso consistente do preservativo nas relações sexuais, deve ser sempre transmitido e reforçado pelo farmacêutico em cada contacto.

Um pequeno número de farmácias comunitárias tem implementado, desde 1998, o programa terapêutico de administração da metadona, o qual foi alargado à buprenorfina e à naltrexona, desde 2001 e 2004, respectivamente.

OPTS deve ser encarado, apenas, como uma das componentes da estratégia de redução de riscos e minimização de danos, pelo que o alargamento do espectro de serviços, a prestar pelas farmácias, e fundamentalmente a articulação com outras estruturas (vide capítulo VII) deve ser uma prioridade. As farmácias comunitárias devem possuir informação sobre as organizações não governamentais, localizadas na sua área geográfica de intervenção, que participam neste programa, nomeadamente, do tipo de serviços que disponibilizam e dos horários praticados, com vista ao estabelecimento de mecanismos de articulação. A articulação com as estruturas de tratamento da toxicod dependência, tuteladas pelo **Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I.P.**, deve ser potenciada e devem ser criados mecanismos de referênciação e/ou encaminhamento com outros serviços de saúde, nomeadamente, com os cuidados primários, com as consultas de infecções sexualmente transmissíveis e com os centros de aconselhamento e detecção precoce da infecção VIH/sida (CAD).

## 2. Formação da equipa da farmácia comunitária

A formação contínua de toda a equipa técnica das farmácias comunitárias, que participam no PTS, é fundamental para uma boa execução das estratégias de redução de riscos e minimização de danos, nos seus diferentes níveis de actuação.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, as qualidades pessoais e técnicas são tão importantes como o treino e a supervisão da equipa envolvida no PTS. Um estudo transversal (Sheridan et al, 1997) realizado no Reino Unido, demonstrou uma associação significativa entre a participação em sessões de formação e treino, sobre redução de riscos e minimização de danos, e as atitudes relativas à provisão do serviço, sendo que os farmacêuticos aos quais tinha sido ministrado formação,

eram os que tinham uma atitude positiva, em relação à disponibilização de material de injeção (através do PTS e/ou da venda) e ao envolvimento em programas terapêuticos, para o tratamento da dependência.

Outros estudos (Sheridan et al, 2002; Sheridan et al, 2004; Matheson et al 2007) demonstraram que os factores que podem conduzir à não provisão deste serviço, ou ao seu abandono, se relacionam com os comportamentos agressivos, actos perturbadores, ou com a falta de segurança da equipa técnica e dos restantes utentes da farmácia. Contudo, estes obstáculos poderão ser atenuados ou ultrapassados com a devida formação à equipa técnica, nomeadamente, nos conteúdos relacionados com a gestão de conflitos, e à população geral, através da explicitação, clara, dos propósitos deste programa.

Deste modo, recomenda-se a participação em acções de formação neste âmbito com o objectivo de consolidar e actualizar conhecimentos.

### 3. A logística da distribuição e recolha do material de injeção nas farmácias comunitárias

O PTS português é gerido centralmente. A **Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida** financia todo o processo.

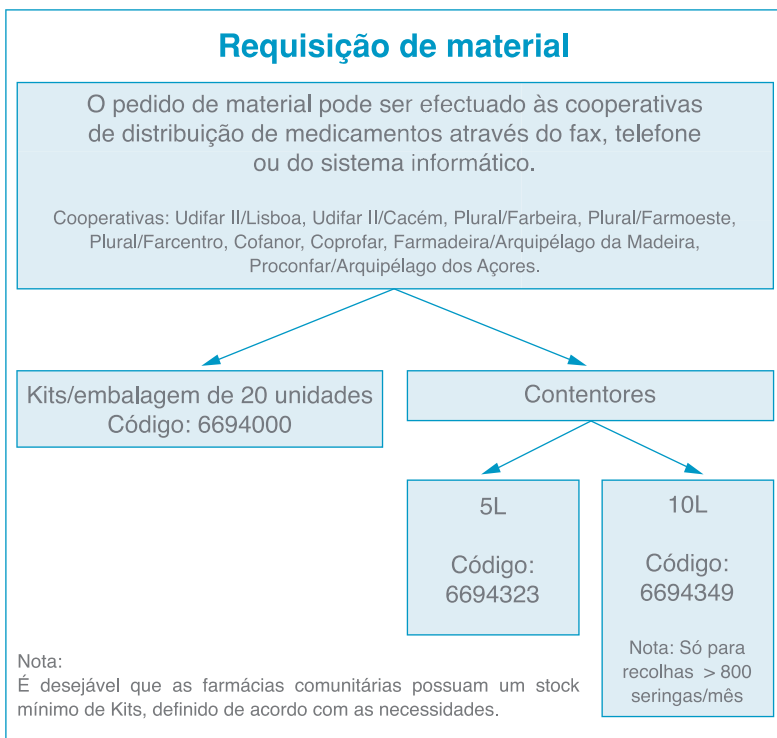
A gestão, a distribuição (aplicável apenas às organizações governamentais, não governamentais e postos móveis) e a aquisição dos materiais de injeção está contratualizada com a Farmacoope – Cooperativa Nacional das Farmácias, bem como a recolha para destruição do material utilizado.

Todas as estruturas envolvidas no PTS – farmácias e equipas de intervenção de proximidade – deverão obedecer a procedimentos e orientações comuns, no âmbito da disponibilização do material de injeção aos UDI, anteriormente definidos (vide capítulo III). Mais uma vez, sublinha-se o facto de que, nas situações em que o UDI não possua seringas e agulhas usadas para efectivar a troca, e/ou pretender, por este motivo, comprar seringas e agulhas estéreis, dever-se-á disponibilizar os kits do PTS necessários para, pelo menos, um dia de consumo, tendo em consideração o perfil de consumo do UDI (e.g. heroína, cocaína, etc.), devendo, no entanto, ser fomentada a entrega posterior do material usado.

A organização do PTS português permite, independentemente da estrutura a que o UDI se dirige, bem como da sua localização geográfica,

o acesso ao mesmo tipo de material de injeção. Este é um dos aspectos positivos do programa português, que permanece desde o início da sua implementação. Contudo, pela natureza e especificidades de cada uma das estruturas, existem aspectos particulares que se mencionam e detalham no presente Manual, sendo apenas abordados os aspectos logísticos, relativos às farmácias comunitárias no presente capítulo.

Nas farmácias comunitárias, a distribuição do material de injeção é realizada sob a forma de kit. As Figuras 2 e 3 ilustram, de forma sucinta, o circuito logístico da solicitação de material de injeção e da recolha dos contentores com material usado, nas farmácias comunitárias participantes no PTS.



**Figura 2**



Figura 3

## Referências Bibliográficas

Costa S, Santos C, Silveira J. Community pharmacy services in Portugal. *Ann Pharmacother*. 2006 Dec;40(12):2228-34.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2008 Annual report: the state of the drugs problem in Europe. Lisbon: EMCDDA, 2008.

Fleming GF, McElnay JC, Hughes CM, Sheridan J, Strang J. The role of the community pharmacist in drug abuse: a comparison of service provision between Northern Ireland and England/Wales. *Pharm World Sci*. 2001 Feb;23(1):13-6.

Lawrie T, Matheson C, Bond CM, Roberts K. Pharmacy customers' views and experiences of using pharmacies which provide drug misuse services. *Drug Alcohol Rev*. 2004 Jun;23(2):195-202.

Lurie P, Jones TS, Foley J. A sterile syringe for every drug user injection: how many injections take place annually, and how might pharmacists contribute to syringe distribution? *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*. 1998;18 Suppl 1:S45-S51.

Matheson C, Bond CM, Pitcairn J. Community pharmacy services for drug misusers in Scotland: what difference does 5 years make? *Addiction*. 2002 Nov;97(11):1405-11.

Matheson C, Bond CM, Tinelli M. Community pharmacy harm reduction services for drug misusers: national service delivery and professional attitude development over a decade in Scotland. *J Public Health (Oxf)*. 2007 Dec;29(4):350-7.

Moatti JP, Vlahov D, Feroni I, Perrin V, Obadia Y. Multiple access to sterile syringes for injection drug users: vending machines, needle exchange programs and legal pharmacy sales in Marseille, France. *Eur Addict Res*. 2001 Mar;7(1):40-5.

National Treatment Agency for Substance Misuse. Best practices for guidance for commissioners and providers of pharmaceutical services for drug users. London, NTA, 2006.

Sheridan J, Lovell S, Turnbull P, Parsons J, Stimson G, Strang J. Pharmacy-based needle exchange (PBNX) schemes in south east England: a survey of service providers. *Addiction*. 2000 Oct;95(10):1551-60.

Sheridan J, Strang J, Taylor C, Barber N. HIV prevention and drug treatment services for drug misusers: a national study of community pharmacists' attitudes and their involvement in service specific training. *Addiction*. 1997 Dec;92(12):1737-48.

Sheridan J, Henderson C, Greenhill N, Smith A. Pharmacy-based needle exchange in New Zealand: a review of services. *Harm Reduct J*. 2005 Jul 12;2:10.

World Health Organization. Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users. Geneva: WHO, 2005.





**VI.**  
**Equipas de Intervenção de Proximidade  
que Participam no Programa  
de Troca de Seringas**

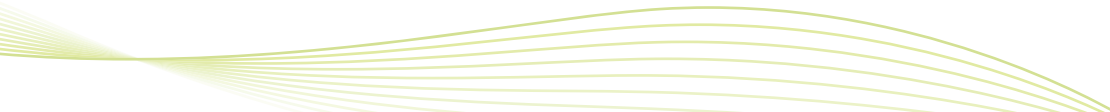
## 1. Intervenção de proximidade – o quê, porquê e onde

A intervenção de proximidade (*outreach*) caracteriza-se pelo facto dos actores sociais se deslocarem ao encontro dos seus indivíduos alvo. Trata-se, assim, de um tipo de intervenção alternativa ao modelo tradicional de respostas institucionais, com o objectivo de alcançar indivíduos, por vezes marginalizados, considerados de difícil acesso, que não se conseguem atingir ou contactar através dos serviços convencionais.

Segundo o Observatório Europeu da Droga e da Toxicoddependência (OEDT),“(…) o principal objectivo da intervenção de proximidade com utilizadores de drogas é o de minimizar os efeitos negativos do uso de drogas ilícitas a si próprios e/ou aos contextos (ambiente) onde se encontram. A filosofia de base assenta numa lógica de saúde pública, isto é, no facto da minimização de danos causados servir o bem comum da comunidade, para além dos benefícios individuais dos consumidores (…)”.

A intervenção de proximidade deverá ser uma actividade centrada na comunidade local que, através da mobilização de todos os sectores da rede de serviços, directa ou indirectamente interligados, permita uma integração efectiva, desta população específica, na chamada rede formal de apoio socio-sanitário. Nesta perspectiva, cumpre ao *outreacher* o papel fundamental de mediador, enquanto figura de referência para o indivíduo alvo (neste caso concreto o UDI) com profissionais da rede, assumindo uma importância central, ao longo do processo de inserção. Esta importância, decorre, sobretudo, da sua privilegiada relação de proximidade e confiança com o indivíduo, o que poderá, certamente, funcionar como catalisador do processo de articulação/inclusão, segundo duas linhas de intervenção: a) suporte emocional e material para o indivíduo, na procura e aceitação da ajuda; b) suporte técnico, de âmbito interdisciplinar, às equipas especializadas que recebem o indivíduo. Desta forma, o técnico mediador assume um papel de retaguarda, procurando garantir a promoção e a integração das múltiplas intervenções/respostas da comunidade, dando-lhes um sentido que possa ser aceite pelo indivíduo, promovendo a sua continuidade.

Uma característica específica deste tipo de intervenção é o facto dos contactos iniciais com os UDI serem realizados nos seus ambientes



de referência – na rua, em casa, em clubes, ou em outros locais comuns de encontro – onde, habitualmente, praticam os seus consumos ou outras actividades associadas ao seu estilo de vida.

## **2. Recrutamento, formação e supervisão – o processo dinâmico de desenvolvimento de uma equipa de intervenção de proximidade**

As decisões sobre quem deve ser integrado na equipa de uma estrutura, que implementa e executa um PTS, devem ser fundamentadas, antes de tudo, nas especificidades do mesmo, mais concretamente, no que respeita aos aspectos atrás mencionados – o quê, porquê e onde – sem esquecer, obviamente, os seus contextos geográfico e sócio-cultural particulares.

Um PTS, em função do seu carácter de proximidade, poderá ser protagonizado por elementos provenientes de três grupos bem distintos: a) técnicos remunerados (com formações várias); b) pares, provenientes da população alvo (UDI activos ou ex-UDI) e c) voluntários, que deverão ser devidamente treinados.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma equipa heterogénea, que integre os diferentes tipos de elementos acima indicados, poderá apresentar vantagens, nomeadamente, “na partilha de ideias, no desenvolvimento do respeito mútuo e no equilíbrio das diferenças”. De facto, a existência de perspectivas diferentes, no mesmo grupo de trabalho, pode permitir aos sujeitos encontrarem-se no conflito. Por outro lado, as pessoas podem ter diferentes interesses e prioridades o que, por sua vez, poderá ser gerador de problemas, a título de exemplo, entre voluntários e técnicos remunerados ou em torno de ex-UDI ou de UDI activos.

A cuidadosa e sensível divisão das tarefas, indicando-se a título de exemplo, os utilizadores de droga no trabalho de rua e no contacto com os outros UDI, os não utilizadores na gestão da equipa e contabilidade ou nas ligações com as parcerias e os decisores da comunidade, pode ajudar a maximizar os benefícios e reduzir o conflito.

A desejável heterogeneidade da equipa estende-se, igualmente, às particularidades do género, das faixas etárias ou das origens culturais

e étnicas, fazendo com que os utentes do PTS, também eles heterogéneos, se sintam mais confortáveis com a abordagem de alguns dos elementos da equipa, com quem se possam identificar melhor.

## **2.1. Técnicos remunerados vs técnicos voluntários nas equipas de intervenção de proximidade**

Os custos relacionados com os recursos humanos, afectos ao PTS, são frequentemente a componente principal da despesa. É importante que os recursos sejam racionalizados, sem que, com isto, a prestação de serviços aos utentes fique comprometida.

Além do número e aptidão técnica dos elementos da equipa, essenciais para a implementação e execução do PTS, é necessário considerar a sua remuneração, isto é, a presença de técnicos remunerados, de técnicos voluntários ou a coexistência de ambos.

A existência de remuneração dos técnicos conduz a uma maior estabilidade do serviço prestado, ao invés do trabalho de voluntariado, que poderá conduzir ao abandono ou enfraquecimento das responsabilidades laborais, por parte dos voluntários, fruto da carência dos meios de subsistência, por definição indispensáveis, quando adoptada como actividade laboral única. Este facto é conducente a uma maior rotação dos técnicos, o que se revela indesejável neste âmbito, tendo em conta que se quebram laços de confiança anteriormente estabelecidos, para além da saturação dos UDI, pela necessidade de desenvolverem, repetidamente, novos contactos. Obviamente, o recurso ao trabalho de voluntariado traduz-se em vantagens imediatas sob o ponto de vista orçamental. Contudo, o mesmo não deve ser encarado como uma resposta às questões orçamentais, isto é, deve constituir uma oportunidade de realização pessoal e, até profissional, para alguns indivíduos, mas o aproveitamento em excesso e por vezes abusivo, da alocação de técnicos desta natureza ao PTS, muitas vezes sem experiência e sem a devida tutela, poderá lesar o trabalho efectuado, no âmbito da redução de riscos e minimização de danos.

Por outro lado, a rotação dos técnicos, ditos remunerados, pode, por vezes, ser consequência da precariedade dos vínculos laborais (inexistência

de contrato, remuneração realizada e perpetuada através dos “recibos verdes”, etc.), pelo que é desejável a existência de financiamentos estáveis e sustentáveis, por parte das entidades financiadoras, bem como de uma supervisão atenta das estruturas de direcção, das equipas de intervenção de proximidade.

Segundo a OMS, “(...) várias experiências anteriores, no âmbito de PTS, têm demonstrado uma melhoria do trabalho de equipa, quando este evolui de um sistema de total voluntariado para o remunerado. Inclusive, tem-se revelado impossível oferecer um serviço eficaz, quando garantido somente por voluntários. Sobretudo, tratando-se de pessoas com nenhuns outros meios de sustentação, incluindo UDI e ex-UDI (...)”.

## **2.2. Envolvimento dos pares nas equipas de intervenção de proximidade**

A constituição da equipa do PTS deverá contemplar, igualmente, os aspectos inerentes ao recrutamento de indivíduos que são ou já foram utilizadores de droga. Embora o primeiro PTS tenha sido implementado por um movimento de UDI (*Junkiebond*), em Amesterdão, durante os primeiros anos da década de oitenta, a inclusão de UDI ou ex-UDI num PTS é ainda hoje uma questão controversa.

Os indivíduos pares, neste contexto os UDI ou ex-UDI, encontram-se habitualmente familiarizados com os estilos de vida dos diferentes grupos da população alvo a atingir. Normalmente, encontram-se mais implicados no processo de mediação ou consultoria, com o intuito de facilitar o acesso a estes grupos, por vezes mais difíceis de atingir, podendo ser elementos chave no sucesso da promoção de um programa educacional para a saúde, neste âmbito.

A OMS refere que os ex-UDI poderão ser mais capazes para colaborar com as estruturas tipicamente laborais, beneficiando-se, simultaneamente, da sua experiência para comunicar mais eficazmente com UDI activos, com a finalidade última da adopção de comportamentos mais seguros no âmbito do consumo de drogas. Alguns indivíduos poderão, igualmente, desempenhar o papel de “modelos” para os utentes dos PTS, utilizando a sua experiência pessoal (abandono do consumo de drogas), no aconselhamento

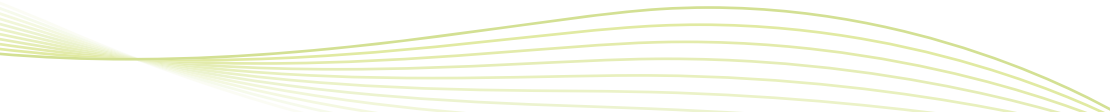
e encaminhamento para o tratamento, se esta for a opção do utente do PTS.

Contudo, poderão surgir algumas dificuldades. A segurança pessoal de um ex-UDI necessita também de ser assegurada, visto que assume contornos particulares, fruto da exposição constante às drogas e aos UDI activos que, associada ao stress laboral, podem conduzir ao processo de recaída. Por outro lado, reflexo das atitudes e esforços cumpridos, para iniciar e manter a abstinência do consumo de drogas, os ex-UDI podem adoptar uma postura menos tolerante perante o consumo e os próprios utilizadores de drogas activos. Deste modo, o recrutamento de um ex-UDI requer uma supervisão pessoal e profissional, bem como de uma estrutura de gestão, que planeie uma resposta que acautele estes riscos, o que pode, por vezes, revelar-se uma tarefa complexa.

A OMS considera ainda que “os UDI activos podem ser membros eficazes da equipa de um PTS, mas o seu compromisso de colaboração com o PTS pode ser prejudicado pelas condicionantes da dependência, da precariedade social e familiar, e mesmo pela provável baixa tolerância às normas do trabalho (por exemplo, a regularidade dos horários de funcionamento, sigilo profissional, etc.). Estas situações, são por vezes solucionadas com formação e apoio regular (incluindo uma supervisão próxima e cuidadosa), e/ou através do recurso a programas terapêuticos da dependência, que permitam a estabilização emocional destes colaboradores”. Em Portugal, apenas nos dias de hoje, se iniciam os primeiros passos concretos, no sentido do recrutamento e preparação de UDI activos, como colaboradores de um PTS. Estas primeiras iniciativas apenas perspectivam essa colaboração, integrada em equipas compostas por elementos não consumidores de droga.

### 2.3. O perfil do *outreacher*

Actualmente, parece existir um consenso relativamente a um conjunto de qualificações e competências essenciais e necessárias ao indivíduo que integra uma equipa de intervenção de proximidade. No contexto dos PTS e de acordo com a OMS, o atributo mais importante de um *outreacher*, é o da credibilidade junto dos UDI.



No âmbito do Grupo R3 (Redução de Riscos em Rede) – um grupo informal, fundado em 2004, de profissionais portugueses que operam na área do *outreach* – têm sido discutidos e avaliados os atributos e competências necessárias a um indivíduo que integre uma equipa de redução de riscos. Em 2005, o Grupo R3 definiu um perfil-tipo, tendo por base três dimensões essenciais de competências necessárias:

### **2.3.1. Competências pessoais/attitudes e princípios**

(presentes ou a cultivar, tendo como referência os princípios da psicologia humanista de Karl Roger (Rogers & Wood, 1994), para a implementação de um PTS):

- Maturidade e estabilidade emocional.
- Empatia.
- Saber escutar.
- Respeitar os direitos humanos, justiça social e equidade.
- Interesse pelas pessoas da população alvo e a desenvoltura necessária para motivar, por sua vez, o interesse destas, que se encontram em situação de exclusão (o que permitirá o estabelecimento posterior de um vínculo relacional).
- Aceitar, incondicionalmente, a diferença e respeitar as opções de vida do sujeito, sem juízo moral ou outro (jurídico, clínico, ...). Esta aceitação incondicional inclui a opção pelo uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, e contempla uma atitude aberta e positiva perante os utilizadores de substâncias (perspectivando sempre uma intervenção que dê ênfase aos riscos e danos associados ao uso – ou seja, ao gesto e não ao acto).
- Respeitar a individualidade dos UDI.
- Compreender os indivíduos, como responsáveis pelas suas próprias escolhas e como agentes e receptores de influências ambientais. De acordo com Marlat, os indivíduos devem ser envolvidos “onde estiverem e levados, pouco a pouco, a níveis mais elevados de cuidados consigo mesmos, de saúde e de bem-estar”.
- Sigilo/confidencialidade (incluindo a atenção aos factores externos – outros utentes/instituições – que possam prejudicar a relação de confiança).

- Promover a autonomia: evitar a dependência institucional e técnica.
- Resistir à frustração (o que implica o domínio de estratégias como a auto-reflexão e a meta-análise do trabalho, equilíbrio entre as expectativas do utente e as do técnico, para se saber lidar com o fracasso de forma a manter um trabalho contínuo).
- Flexibilidade (capacidade de adaptação):
  - na relação com o utente (saber lidar com a menor hierarquização da relação e com a maior informalidade, não esquecendo o papel específico de cada um, respeitando o conceito da relação de ajuda);
  - na relação com os contextos de trabalho;
  - na diluição de fronteiras entre as diferentes áreas de formação profissional.
- Capacidade crítica.

### **2.3.2. Competências técnicas:**

- Dominar as diferentes grelhas de compreensão do fenómeno das drogas.
- Possuir um conhecimento actualizado sobre as patologias associadas ao consumo de droga, bem como de outras, associadas ao grupo alvo de intervenção.
- Possuir os conhecimentos, relativamente à utilização de drogas e às práticas de consumo de drogas injectáveis, bem como das estratégias de redução de riscos e minimização dos danos associados.
- Conhecer a rede de serviços, formais e informais, com respostas às necessidades da população alvo (pessoais, profissionais e comunitários).
- Saber trabalhar em parceria.
- Possuir competências de comunicação e treino/experiência de aconselhamento.
- Possuir competências psicopedagógicas.

### **2.3.3. Competências políticas/articulação:**

- Promover o envolvimento da comunidade e a participação dos agentes locais.
- Construir e gerir parcerias.

## **2.4. Seleção, formação e supervisão**

Para a selecção e recrutamento dos indivíduos de uma equipa de um determinado PTS, a OMS propõe a criação de um grupo consultivo, formado por peritos, que colabore na determinação dos atributos e competências necessárias, intervenha no processo de creditação dos indivíduos e possa, inclusivamente, desempenhar um papel de avaliação do programa.

A orientação teórica da intervenção de proximidade implica um enfoque eclético e integrador, baseado na aplicação de técnicas concretas extraídas do conjunto de disciplinas das ciências humanas: psicologia, medicina, pedagogia social, antropologia cultural e serviço social. A metodologia básica de intervenção é a relação directa e qualificada com o indivíduo alvo, no sentido de esta se tornar geradora de novos tipos de relação por parte do indivíduo (ex: conseguir restaurar uma relação com o corpo e a própria identidade, reatar relações perdidas, criar vínculos sociais construtivos,...) e o trabalho em equipa.

Tratando-se de uma equipa para intervenção de proximidade, no âmbito da redução de riscos e minimização de danos associados à utilização de drogas injectáveis, as suas componentes formativas devem dirigir-se à finalidade do PTS, populações alvo, comportamentos de risco (adopção de comportamentos e hábitos de consumo de substâncias mais seguros, utilização consistente do preservativo nas relações sexuais), responsabilidades profissionais, limites interpessoais, entre outros.

É fundamental ter presente que, no âmbito da redução de riscos e minimização de danos, devem ser considerados todos os cuidados, em relação à manipulação dos materiais de consumo, integridade sanitária e física dos elementos da equipa, assim como em relação à “pressão” inerente ao contexto de rua.

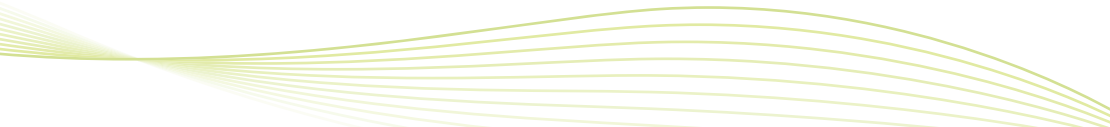
Nalguns casos particulares, os processos de selecção encontram-se associados a sessões de formação introdutórias, onde o programa é descrito e o papel do *outreacher* no PTS é delineado. Neste modelo, o processo da selecção decorre no período da formação e prossegue com o envolvimento inicial do candidato no próprio PTS, existindo sessões de supervisão, com o intuito de abordar questões em torno da sua adequação.

Uma das exigências da actividade de intervenção de proximidade é a “submersão” nas culturas dos grupos alvo. Isto implica aprender a linguagem, normas e padrões de comportamento desses indivíduos e estabelecer relações de confiança.

Será fundamental que o *outreacher* preserve a sua identidade em tais contextos, devendo reconhecer os valores e dinâmicas culturais da população alvo, contudo não se reconhecendo neles. Manter a diferença e os limites que lhe conferem ao seu papel de interventor é o garante da relação “actor-sujeito”. Só asseverando esta assimetria de relação, poderá ser viável o reconhecimento e respeito do seu estatuto de especialista, que possibilite uma abordagem de intervenção, de proximidade.

A supervisão assume-se como um requisito exigido ao desenvolvimento do trabalho de proximidade e poderá realizar-se sob a forma de encontros/reuniões, entre os profissionais envolvidos no PTS e um ou mais técnicos com experiência prática e conhecimentos sólidos nesta área de intervenção comunitária. Estas reuniões deverão obedecer a uma periodicidade e a uma frequência que responda às necessidades de apoio à equipa. Devem, contudo, distinguir-se das reuniões de equipa com carácter de coordenação/operacionalização do funcionamento dos programas ou projectos. Trata-se, assim, de momentos de carácter formativo/educativo, sob a forma de dinâmica de grupo ou individualmente, em que são trabalhados os aspectos fenomenológicos mais relevantes da relação do profissional do PTS com a realidade do seu papel enquanto tal, e dos contextos em que este é desenvolvido, como sejam:

- a. As dificuldades encontradas, pelos membros da equipa, no seu confronto com a realidade da intervenção no terreno (com os utentes ou os contextos, físicos e institucionais).
- b. A reflexão sobre os procedimentos, implementados no terreno, no sentido do ajuste/correção necessários, em função dos propósitos



do programa. Neste âmbito do processo de supervisão, o grupo consultivo, acima citado, poderá assumir um papel relevante.

Com vista ao desenvolvimento deste modo dinâmico de reflexão, sobre as práticas de intervenção de proximidade, além da monitorização para fins de avaliação do PTS, a equipa deve ser, também, incentivada a registar as suas intervenções. Estes registos podem ser úteis para relatar e descrever assuntos específicos, tais como: problemas e sentimentos, questões de difícil resposta, situações em que o colaborador se sente incómodo ou inseguro, comentários e sugestões dos utentes sobre o PTS e comentários dos utentes e outros indivíduos, sobre o ambiente envolvente. Estes diários de bordo devem ser trazidos às reuniões periódicas da equipa (desejavelmente com uma periodicidade semanal) e às reuniões de supervisão, permitindo a discussão dos problemas encontrados e a colmatação de eventuais necessidades de treino da equipa, bem como de outras questões, relativas ao processo de intervenção de proximidade.

### **3. A logística da distribuição e recolha do material de injeção das equipas de intervenção de proximidade**

Ao contrário das farmácias comunitárias, o material de injeção é disponibilizado individualmente e não sob a forma de kit, tendo em conta uma melhor adequação às necessidades. A Figura 1 ilustra sucintamente o circuito logístico da solicitação de material de injeção e da recolha dos contentores, com material usado, nas equipas de intervenção de proximidade.

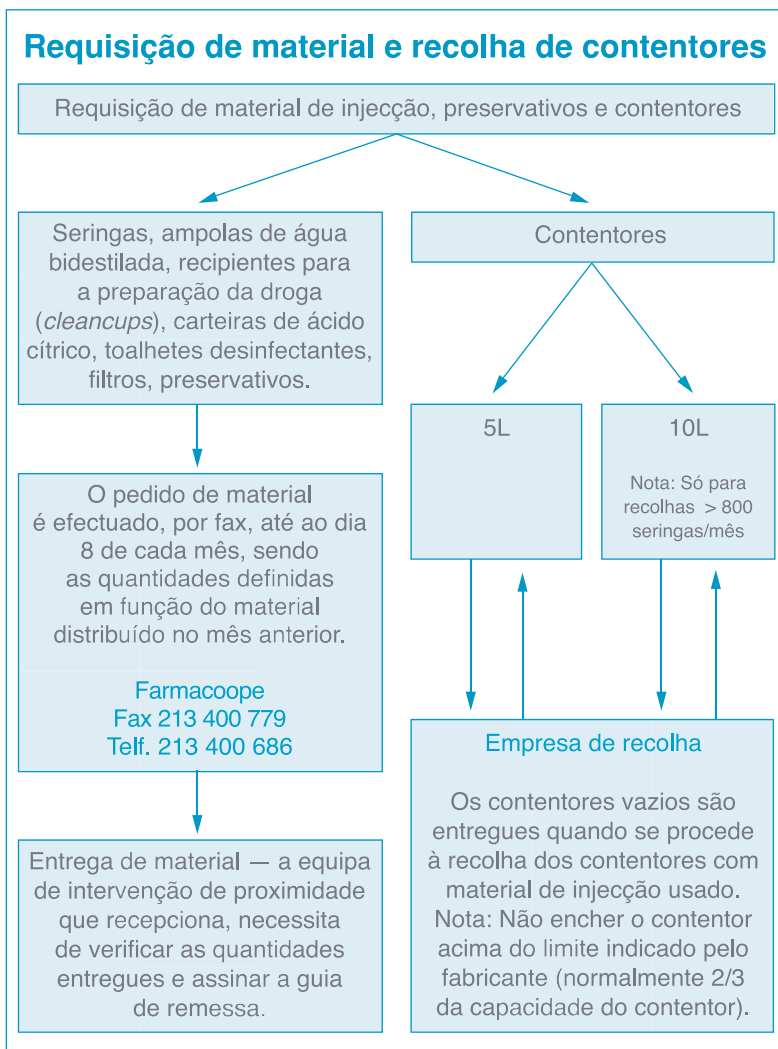


Figura 1



## Referências Bibliográficas

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Outreach Work Among Drug Users in Europe: concepts, practice and terminology. Lisbon: EMCDDA, 1999.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Guidelines for the Evaluation of Outreach Work: a manual for outreach practitioners. Lisbon: EMCDDA, 2001.

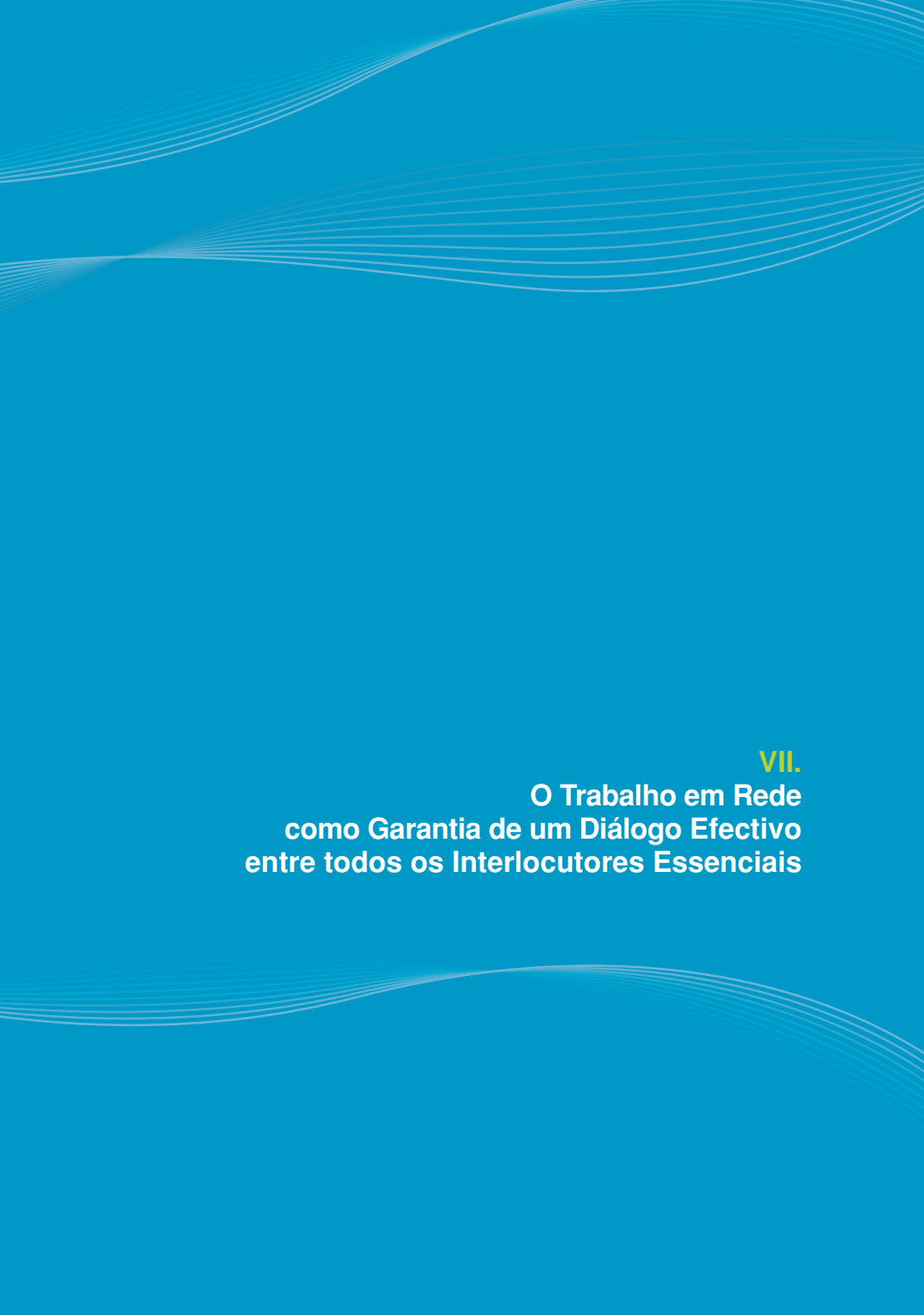
Marlat, G.A., et al. Redução de Danos – Estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Artmed Editora. Porto Alegre, 1999.

World Health Organization. Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users. Geneva: WHO, 2005.

World Health Organization. Training Manual for HIV Prevention Outreach to Injecting Drug Users. Geneva: WHO, 2004.

World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Guide to starting and managing needle and syringe programmes. Geneva: WHO, UNDOC, UNAIDS, 2007.





**VII.**  
**O Trabalho em Rede  
como Garantia de um Diálogo Efectivo  
entre todos os Interlocutores Essenciais**

## 1. A lógica inerente às políticas de redução de riscos e a sua relação com o trabalho em rede

As políticas de redução de riscos (RR) emergiram na década de 80, em países do Norte da Europa, fundamentalmente, através dos primeiros programas de distribuição de agulhas e seringas, como forma de diminuir o número, cada vez maior, de infecções por VIH e por vírus da hepatite B, entre os utilizadores de drogas injectáveis. Convém, aqui, salientar o papel crucial desempenhado pelos UDI, na implementação dessas medidas e no desenvolvimento de todo o processo histórico, que as trouxe até aos dias de hoje. A acção que tem vindo a ser protagonizada pelos UDI, a este nível, é demonstrativa, não só duma capacidade de organização e de intervenção cívica, dignas de nota, como também duma real preocupação com o seu próprio estado de saúde, ambas generalizadamente ignoradas e desvalorizadas, até, então por um prisma de análise que os reduzia à doença, à impotência e à incapacidade.

Este enquadramento emergencial é importante, porque enforma historicamente, aquilo em que a redução de riscos se tornou nos dias de hoje. Da definição do que ela deve ser, dependerá o tipo de articulação que lhe está associada. Ora, ela nasce, desde logo, do diálogo, ainda frágil e até imposto pelos próprios UDI, com acções provocatórias, entre diferentes actores e entidades, todos eles, partes interessadas numa solução conjunta: elas mesmas, decisores políticos, profissionais de saúde, sociedade em geral... Nasce, portanto, dum diálogo. E este é, ainda hoje, um dos traços essenciais das intervenções de redução de riscos – o trabalho em rede, numa lógica de diálogo horizontal, de partilha de saberes e recursos, todos eles igualmente valiosos entre si. Utilizadores de drogas, seus saberes e seus recursos, incluídos. Significa isto que, as parcerias a estabelecer não podem visar, unicamente, entidades organizadas – privadas e estatais – mas também actores sociais cujo conhecimento e contributo são incontornáveis. Os UDI corporizam o exemplo mais óbvio, mas incluem-se, igualmente, os seus familiares, os membros da comunidade local onde se desenrola a intervenção, entre outros. Sem o envolvimento sério destes actores a redução de riscos, ficará sempre aquém da sua finalidade, nomeadamente a do *empowerment* daqueles que visa apoiar e das comunidades onde estão inseridos.

Trabalho em rede, *empowerment*, abordagem proximal, envolvimento real da população-alvo e da comunidade local no desenvolvimento e implementação dos projectos e programas, partilha paritária de saberes e recursos... diferentes conceitos que, quando articulados, remetem para um quadro conceptual e interventivo, cujas raízes remontam há décadas atrás – o da intervenção comunitária. Uma parte considerável das medidas de redução de riscos, na sua componente mais localizada e microespacial, constitui-se como um tipo particular de intervenção comunitária, subscrevendo genericamente, mas de forma muito coerente, os seus princípios mais básicos. A intervenção comunitária, e mais ainda em formato *outreach*, sem uma ampla e funcionante teia de parcerias efectivas, simplesmente não faz sentido. O mesmo é, igualmente, verdadeiro para a redução de riscos feita em contexto.

Enuncia-se, assim, um dos principais elementos das políticas de redução de riscos – a sua adesão aos princípios da intervenção comunitária e às estratégias de *outreach* que, dela, são parte integrante<sup>1</sup>. Este traço condiciona, decisivamente, o tipo de parcerias que um projecto desse género deve estabelecer. Há, no entanto, outro, que nada lhe fica a dever em importância, e que, da mesma forma, deriva directamente da concepção que dela se assume. A RR nasce, assim, de uma preocupação, sobretudo, de carácter sanitário. A epidemia alarmante do VIH naqueles tempos e as elevadas taxas de incidência de outras doenças infecciosas, como as hepatites víricas e a tuberculose entre os UDI contribuíram para o crescimento macrocéfalo dessa sua componente. O problema não está no investimento nessa área, fundamental sob todos os pontos de vista, mas no subdesenvolvimento de outras igualmente importantes, nomeadamente, no que respeita à defesa dos direitos humanos. As preocupações sanitárias são essenciais, mas não são suficientes.

---

<sup>1</sup> Os PTS assumem, tendencialmente, em Portugal, dois dos três tipos de *outreach* enunciados por Rhodes (1996): o "*detached*" – implementado em solo alheio às instituições, procurando os terrenos onde se materializa o objecto de intervenção, tipicamente o tipo de trabalho levado a cabo pelas equipas de rua; e o "*peripatetic*" - levado a cabo em organismos comunitários como as prisões, centros de acolhimento, farmácias, etc. Em vez de procurar directamente os clientes, este tipo de *outreach* procura entidades onde estes possam ser contactados. O terceiro tipo – "*domiciliary*" – feito em casa dos próprios clientes, não tem tradição em Portugal, apesar de ser clara a sua necessidade, sobretudo nos subúrbios das grandes cidades, como acontece no Porto, onde o fenómeno Droga assume uma territorialidade mais difusa (Fernandes e Pinto, 2004) e contornos mais ocultos e privados.

Emergem, por isso, as condições para equacionar rumos mais complexos e ricos para a redução de riscos e, são cada vez mais, as vezes que adoptam esta perspectiva. Aliás, a própria Organização Mundial da Saúde (2002) o defende, num documento designado “*25 Questions and Answers on Health and Human Rights*”, quando se refere ao impacto da protecção dos direitos humanos na saúde, que se passa desde já a citar: “a vulnerabilidade e o impacto na relação saúde-doença podem ser reduzidos através da defesa do respeito, da protecção e do cumprimento dos direitos humanos”.

Sob o desígnio dos direitos humanos, inclui-se, não só, o acesso a cuidados de saúde adequados e em tempo útil, mas também uma participação cívica real e a protecção social. Numa concepção abrangente dos direitos humanos, tal como a assume Catarina Albuquerque e o seu grupo de trabalho, no âmbito da ONU, estes incluem, não só os direitos civis e políticos, mas também os económicos, sociais e culturais. Em Abril de 2008, foi finalizado, na sede das Nações Unidas, um novo tratado de direitos humanos, que passará a permitir, aos cidadãos de todo o mundo, apresentarem queixas à ONU, em casos de alegadas violações dos seus direitos económicos, sociais e culturais. Segundo Catarina de Albuquerque, havia uma clara lacuna ou diferença de tratamento, relativamente aos direitos económicos, sociais ou culturais. Quer isto dizer que uma pessoa vítima de tortura podia apresentar uma queixa à ONU, contudo, se a pessoa fosse “meramente” vítima de má nutrição crónica, fome ou falta de acesso a cuidados de saúde, estava completamente desamparada no plano internacional.

As ideias expostas anteriormente são, também, defendidas pelo própria UNAIDS (2005), nomeadamente na concretização de algumas das acções-chave a ter em consideração na prevenção da infecção por VIH:

- **“Assegurar a promoção, respeito e protecção dos direitos humanos** e a implementação de medidas que eliminem a discriminação e combatam o estigma. (...) A protecção e promoção dos direitos humanos são, por isso, uma parte essencial de qualquer estratégia compreensiva de prevenção do VIH, tal como o é a promoção da dignidade das pessoas que vivem com a infecção VIH/sida.
- **Desenvolver a participação comunitária**, daqueles a quem se dirigem os programas de prevenção do VIH, é fundamental para o impacto das intervenções.

- **Apoiar a mobilização de respostas baseadas na comunidade**, através do *continuum* prevenção, prestação de cuidados e tratamento. **As comunidades têm estado na linha da frente da resposta à infecção por VIH, desde a emergência da epidemia. A mobilização das comunidades, para uma acção colectiva, assegura que a epidemia da infecção por VIH/sida seja partilhada e intervencionada por todos os níveis da sociedade.** Esta estratégia não só assegura o respeito pelos direitos da comunidade, como também que a resposta seja sustentável e alcance as populações, que dela necessitam. **A mobilização da comunidade é, por isso, central para uma prevenção eficaz do VIH e na resposta global à infecção por VIH.** É fundamental perceber que a dinamização comunitária requer investimento e apoio e não pode ser tida como garantida, à partida.
- **Fortalecer a capacidade da sociedade civil** (e especialmente a capacidade das organizações de pessoas que vivem com VIH) para aumentar os seus recursos, criar instituições e operar na prevenção da infecção por VIH.
- Prevenir a transmissão do VIH, entre os utilizadores de drogas por via endovenosa, incluindo medidas de redução de danos (...) através de, entre outros, **trabalho de proximidade (*outreach*) levado a cabo por pares e da implementação de programas de troca de seringas e agulhas.**”

A concepção de redução de riscos defendida, que pode ser encontrada no cruzamento de traços da intervenção comunitária e da defesa dos direitos humanos, condiciona, em grande medida, as parcerias a estabelecer. Os PTS são, em si, uma estratégia de RR e, como tal, encontram-se também inscritos nesta lógica, sendo, no presente capítulo, reflectido o trabalho em rede que os deve caracterizar.

## 2. Articulação ao nível local

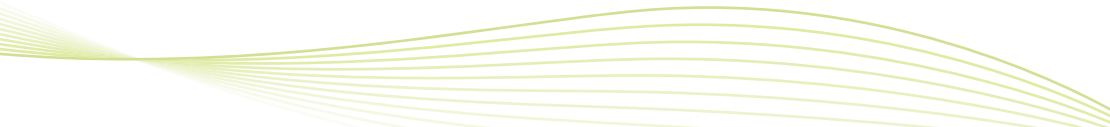
A articulação ao nível local é o tipo de acção primordial para a implementação funcional dum programa de troca de seringas. Ela deve ter lugar desde o próprio momento da sua concepção e não, apenas, na altura de o executar. Um trabalho comunitário do tipo do que é desenvolvido pelos

PTS deve radicar numa rede de parcerias com interlocutores essenciais, que devem ser chamados a participar no desenho do projecto, em todas as fases que o constituem: avaliação de necessidades, definição de objectivos e estratégias, implementação, monitorização e avaliação. Numa lógica participativa devem, então, ser incluídos, desde logo, os beneficiários futuros da acção (neste caso, os UDI), mas também líderes da comunidade local, elementos das forças policiais, decisores políticos, etc. Se este procedimento não for tido em conta, aumentarão os riscos do desajustamento do projecto, face à realidade e/ou do boicote por parte de interlocutores, fundamentais para a eficácia da acção.

A implementação deste tipo de intervenções implica sempre, por isso, um trabalho de marketing social que contrarie a tendência para a sua problematização, por parte de alguns sectores da população. Segundo um manual de trabalho de *outreach*, feito por um grupo de vários parceiros europeus, no ano de 2007, “*Outreach Work among marginalised populations in Europe. Guidelines on providing integrated outreach services*”, “uma imagem pública reconhecida das organizações que fazem trabalho de *outreach* ajuda a diminuir a frequente vaga impressão acerca deste tipo de trabalho e dos seus profissionais junto dos potenciais utentes e de outros técnicos da área social e da saúde”. Significa isto que, o trabalho em rede, a levar a cabo pelos PTS, não pode reduzir-se a parcerias que possibilitem a prestação directa de serviços aos utentes do programa, mas, também, deve incluir a preocupação de promover uma visão realista e informada, junto dos parceiros e potenciais beneficiários, inclusive, da população geral. E como deve fazer-se esta articulação com as figuras e entidades essenciais a uma execução mais eficaz do programa?

## 2.1. Articulação com os utilizadores de drogas

O envolvimento dos próprios utilizadores de drogas, como parceiros incontornáveis das intervenções e decisões que lhes são dirigidas, tem sido sobejamente experimentado e documentado nos últimos vinte anos. Há numerosas referências bibliográficas acerca da sua utilidade, inclusivamente, como agentes interventivos. Uma das mais notáveis é do United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), quando elabora as onze recomendações interventivas, abaixo mencionadas, partindo



da premissa de que os serviços devem disponibilizar respostas não discriminatórias, que possam reduzir as consequências negativas, do uso de substâncias, nos utilizadores de drogas.

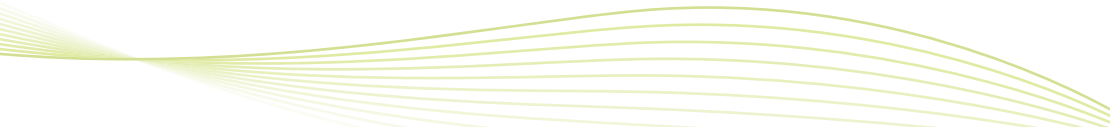
- a.** Devem ser transmitidas informações credíveis sobre os riscos físicos e psicossociais do uso de drogas, incluindo informação acerca do risco de overdose, doenças infecciosas, problemas na condução, desordens psiquiátricas, metabólicas e cardiovasculares.
- b.** As intervenções farmacológicas, de baixa exigência (por exemplo com agonistas e antagonistas de opiáceos), não directamente relacionadas com programas orientados para a abstinência, mas para a protecção imediata da saúde, devem ser de fácil acesso.
- c.** Deve ser disponibilizada assistência social adequada aos dependentes de drogas marginalizados.
- d.** Devem ser implementados programas de vacinação contra as hepatites, para todos os UD e em todas as estruturas apropriadas.
- e.** Devem estar disponíveis, em locais apropriados, kits e medicação de emergência para a intervenção em caso de overdose.
- f.** Devem ser implementados programas de troca de seringas e agulhas, para utilizadores de drogas, por via endovenosa, em locais apropriados.
- g.** Devem ser de fácil acesso o aconselhamento e detecção voluntária para o VIH e o tratamento antirretrovírico, para os utilizadores de drogas infectados.
- h.** Devem ser acessíveis aos UDI os serviços de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, principalmente, para os que são trabalhadores do sexo.
- i.** Devem ser disponibilizadas medidas de prevenção das consequências agudas do abuso de substâncias estimulantes, prevenindo, também as emergências com ele relacionadas.
- j.** As intervenções, em situação de emergência, têm de estar garantidas e asseguradas.
- k.** As equipas de rua e os pares que exerçam a função de trabalhadores de proximidade, devem estar bem equipados e ser, adequadamente, treinados para comunicar com os utilizadores de drogas”.

Como acima citado, uma das recomendações explicita o trabalho realizado pelos pares. O Center for Harm Reduction do Burnet Institute, define a educação por pares, como o envolvimento de pessoas da mesma classe social, idade, estatuto social ou vivência cultural que se apoiam entre si, informal e formalmente, sobre uma variedade de assuntos e preocupações específicas. Considera ainda que, no contexto da utilização de drogas, a “educação por pares” é, talvez, o único caminho para alcançar e informar muitos consumidores que não seriam alcançados pelos meios e estruturas convencionais. Em Portugal, no entanto, a redução de riscos tardou a implementar-se, de forma generalizada e consistente, e a ausência dos utilizadores de drogas, em todo o processo decisional, e interventivo ainda é uma constante. Em 2004, um estudo de caracterização da RR, em Portugal (Fernandes e Pinto, 2006), mostrava que apenas uma das equipas incluía um UD, apesar da eficácia comprovada, associada ao trabalho de pares e da sua ampla difusão nos outros países da União Europeia. Não há, portanto, mais razões, para adiar a integração do trabalho de pares nos PTS portugueses, principalmente porque o mesmo estudo (ibidem) mostrou, claramente, como o trabalho pedagógico, associado às práticas de consumo de menor risco, era um dos pontos fracos da intervenção, então, levada a cabo pelas equipas de RR portuguesas.

Além disso, caberá também, aos programas de redução de riscos, fomentar e apoiar activamente a constituição de associações de utilizadores de drogas, para que assumam a representação da voz e das necessidades desses cidadãos, no momento da tomada das decisões que lhes dizem directamente respeito. Salienta-se, a título de exemplo, a Associação CASO (Consumidores Associados Sobrevivem Organizados), sediada no Norte do país.

## **2.2. Articulação entre as diferentes estruturas que participam no PTS**

O trabalho em rede pode começar, precisamente, pelos seus protagonistas e é, de todo, desejável que os programas de redução de riscos se articulem entre si, não só do ponto de vista da distribuição territorial e



temporal das equipas, mas também da partilha dos serviços prestados, das competências desenvolvidas, da produção de conhecimento conjunto, etc. Assim, a articulação territorial impedirá a sobreposição de recursos, que já se verificou e teima em verificar-se, em determinados locais das cidades de Lisboa e Porto, com equipas de rua de diferentes entidades, a desenvolverem a sua acção nos mesmos lugares e ao mesmo tempo. Em locais de grande afluência de consumidores de drogas, poderá fazer sentido a cooperação interinstitucional para uma cobertura mais completa do território e dos períodos de intervenção, no entanto, a articulação entre as equipas deverá traduzir-se numa grande coerência, ao nível das regras de funcionamento dos PTS e da informação, prestadas aos seus utentes.

A restante colaboração entre os diferentes PTS tem, também, muitas potencialidades já visíveis em algumas zonas do país, por exemplo, no Norte e Centro, nomeadamente, através do já anteriormente citado “R3 - Riscos Reduzidos em Rede”: a partilha de boas práticas entre equipas; a recolha conjunta de dados, com vista à produção de saber; a organização de eventos científicos e de reflexão; a troca de serviços entre equipas com leques de oferta diferentes e/ou complementares; a organização de acções de pressão política; etc. Esta rede informal organiza-se em torno de reuniões bimestrais e concretiza as suas tarefas conjuntas em reuniões parcelares, frequentes, de pequenos grupos de trabalho.

A articulação entre as equipas de intervenção de proximidade e as farmácias participantes neste programa, não deverá ser negligenciada. Os UDI que recorrem a estas entidades, deverão ser informados sobre os horários e localização, bem como sobre os diferentes tipos de serviços prestados, por todas estas as estruturas, nomeadamente ao nível local, o que implica, necessariamente, uma articulação regular entre estes diferentes actores.

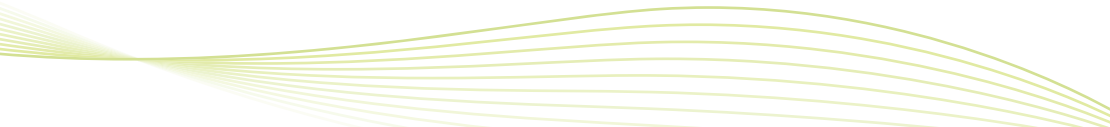
Tendo em consideração, que a entidade que disponibiliza o material de injeção a todas as estruturas envolvidas no PTS, independentemente da sua natureza ou fonte de financiamento, é a Coordenação Nacional para a Infecção por VIH/sida, a mesma deverá fomentar e monitorizar a existência desta articulação, pelo que deverá veicular, igualmente, as ferramentas necessárias à divulgação da informação necessária aos UDI, acima mencionada.

### 2.3. A articulação com a rede sócio-sanitária

Esta articulação exprime o tipo de trabalho interinstitucional, tendencialmente mais desenvolvido pelos programas de redução de riscos, por motivos óbvios. Duas das razões pelas quais são necessárias as intervenções de proximidade prendem-se, por um lado, com a dificuldade e/ou desinteresse de alguns utilizadores de drogas, no acesso aos serviços da rede e, por outro lado, com funcionamentos institucionais claramente desadequados às suas necessidades. É, por isso, fundamental trabalhar com as diferentes entidades, com vista à criação de mecanismos e estratégias que permitam contornar estes obstáculos.

É, também, necessário ter em linha de conta o facto de alguns dos utilizadores dos serviços dos PTS estarem em situação de exclusão social e terem perdido o contacto com a rede prestadora de serviços. Ora, como referiu Mikkonen e colaboradores, “o princípio nuclear do trabalho de proximidade é o da exigência ética de uma reflexão constante, quer a propósito dos conteúdos do trabalho, quer a propósito dos métodos usados. Trabalhamos com pessoas que, ou estão marginalizadas ou vivem em situação de vulnerabilidade social, o que significa que os nossos clientes podem sentir “a máquina assistencial” como ameaçadora”. Quando assim é, então, a adesão aos serviços disponibilizados poderá ser bastante mais eficaz se, em vez dum simples encaminhamento (no qual o técnico explica ao utente quando se deve dirigir à instituição e com quem deve falar tendo previamente acordado esta articulação interinstitucional), se proceder a um acompanhamento (levando o utente ao serviço e permanecendo com ele enquanto lhe é prestada a assistência e levando-o depois de novo ao local acordado). No entanto, uma vez mais, é importante utilizar, apenas, este recurso quando se prevê a sua necessidade em termos da efectividade da adesão, do utente aos serviços. A sua utilização excessiva boicotará o *empowerment* dos sujeitos e o fomento da sua autonomia.

Além disso, os programas de redução de riscos e, portanto, os PTS, devem ter sempre presente a necessidade de identificar, denunciar e combater todas as situações de discriminação, no atendimento institucional dos seus utentes. Estas existem e revestem-se de inúmeras variantes, sendo uma das mais comuns, a actuação baseada em preconceitos morais que remetem a prestação de serviços aos UDI, sempre, para momentos posteriores ao do atendimento a outros cidadãos, partindo-se, muitas



vezes, do princípio de que aqueles são responsáveis pelos males que os afectam e, assim sendo, poderão e deverão esperar mais do que os outros, representados, neste enquadramento, como vítimas. Esta é uma das razões encontradas no terreno para o atraso, na prestação de cuidados sociais e sanitários, aos UDI e que as estruturas de redução de riscos devem reduzir ao mesmo tempo que procuram diminuir a carga negativa, associada ao estereótipo do consumidor de drogas e dos preconceitos, existentes a seu respeito. De facto, não cabe aos profissionais da rede de serviços avaliar o grau de responsabilidade dos utentes, face aos seus problemas, nomeadamente de saúde, e decidir, em função desse julgamento moral, a prioridade do atendimento. Cabe-lhes, isso sim, prestar cuidados, de forma não discriminatória, a todos os cidadãos que dela necessitem.

Além da articulação funcional propriamente dita, é fundamental não esquecer o papel crucial que as estruturas de RR podem e devem desempenhar ao nível da sensibilização dos profissionais destas entidades relativamente às necessidades e dificuldades vivenciadas pelos utilizadores de drogas. Assim sendo, é desejável que o trabalho de articulação se imprima nesse sentido, por exemplo através da consultoria ao atendimento de UD ou da realização de acções de formação aos elementos das instituições parceiras acerca do uso de drogas, dos consumos problemáticos, dos benefícios da RR, não só junto dos UD, mas também das próprias comunidades onde estas organizações estão inseridas, etc. Também é importante que seja feita uma divulgação periódica dos resultados alcançados pelas equipas de forma a estimular o interesse de articulação por parte dos serviços da rede.

## **2.4. A articulação com as forças policiais**

O contacto e colaboração com a polícia podem ser muito importantes para a concretização do programa e para a defesa dos interesses dos utentes, desde que devidamente geridos e articulados. Com isto, pretende-se clarificar para ambas as partes – forças policiais e estruturas de RR – que estes não têm motivações repressivas nem colaborarão nesse sentido, sob pena de destruírem qualquer possibilidade de eficácia interventiva no terreno. Se este princípio for respeitado, o trabalho com as forças

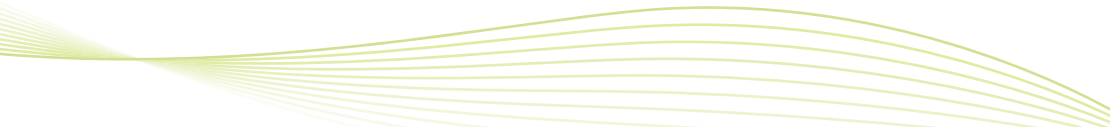
policiais poderá ser profícuo, no sentido da informação e sensibilização dos agentes, face às dificuldades vividas pelos utilizadores de drogas, da articulação para a resolução de problemas dos utentes, da cooperação em casos pontuais de ameaça física aos elementos das equipas técnicas, da denúncia de casos de violência policial sobre os UDI, etc.

De acordo com o manual de *outreach* supracitado, “a polícia deve saber que o trabalhador de proximidade não interfere, nem interrompe, as actividades policiais; quando a polícia é informada, conhece os técnicos e não interfere, permitindo-lhes, assim, um bom desenvolvimento da sua actividade; é importante que os agentes policiais compreendam, através de informação, o significado da redução de riscos”.

## 2.5. A articulação com os moradores e comerciantes locais

Anteriormente à implementação de uma estrutura de RR no terreno, deve estar garantido um diálogo positivo com os autóctones. A redução de riscos dirige-se aos utilizadores de drogas, mas também às comunidades em que os mesmos estão inseridos, pelo que elas são, também, seus clientes indirectos. Esta perspectiva explica, por si só, a importância do seu envolvimento. É fundamental um trabalho prévio de recolha da opinião dos habitantes e comerciantes das zonas em que se vai desenrolar a acção, tentando, simultaneamente, sensibilizá-los e envolvê-los na intervenção, por exemplo, na escolha do local de estacionamento da unidade móvel (se for esse o caso), na avaliação de necessidades, na planificação de respostas adequadas, na avaliação da intervenção, etc. Nesse sentido, poderá ser útil, por exemplo, que se façam contactos porta-a-porta com esse intuito e que se procure perceber, na fase de avaliação do programa, através da realização de entrevistas e questionários à comunidade, qual a opinião dos autóctones, não só sobre os utentes e sobre o fenómeno intitulado “droga”, mas também sobre a percepção do trabalho, levado a cabo pela equipa.

Nos casos em que esta articulação não é tida em consideração, em que intervenções selvagens se apoderam de espaços, simbolicamente, pertencentes a outrem sem quaisquer negociação e diálogo prévios, os resultados podem ser desoladores e culminar, até, em agressões físicas



dos técnicos da equipa, como já aconteceu. Mesmo que não se figurem contornos tão dramáticos, este desrespeito pela comunidade local pode ter como penalização a sua não cooperação ou mesmo boicote, diminuindo drasticamente a intervenção dos programas. É, portanto, fundamental que estas acções se implementem com as populações locais e não apesar delas.

## **2.6. A articulação com os familiares dos utilizadores de drogas**

Nos programas de redução de riscos, ao contrário do que acontece no tratamento, a articulação com os familiares dos UDI é, muitas vezes, esquecida. Ela só deve ter lugar a pedido do utente e com o seu consentimento. Quando estas condições se verificam, o trabalho conjunto entre a equipa, o utente e a sua família pode tornar-se essencial na ajuda ao utilizador de drogas, por exemplo para o realojamento dum sem-abrigo ou a recuperação de laços familiares perdidos, alterando, em muito, o bem-estar físico e psicológico do sujeito. Outras vezes, é a família que procura a equipa de técnicos, pedindo ajuda no contacto com o utente ou solicitando orientação, na forma de lidar com o problema. Uma vez mais, estes contactos só devem existir com consentimento do utilizador de drogas mas, caso isso aconteça, esse pode ser um factor importante de mudança no seu percurso.

## **2.7. Articulação com a universidade**

Fernandes e Pinto (2006), no seu estudo de caracterização das medidas de redução de riscos, anteriormente citado, demonstraram que a articulação com a universidade escasseia em Portugal. É, no entanto, fundamental. As estruturas de redução de riscos deveriam tender a adoptar a metodologia de investigação-acção, não só porque a produção de conhecimento é fundamental à criação de respostas cada vez mais eficazes, mas também porque o trabalho com populações excluídas e ocultas coloca estas equipas numa posição privilegiada para a criação de saberes únicos, a propósito do fenómeno a que se intitula “droga”. São

elas, muitas vezes, o último reduto da voz dos utilizadores de drogas, pelo que a produção de conhecimento acerca das suas necessidades, condições de vida e formas mais eficazes de intervenção se torna uma obrigação incontornável. Além disso, as medidas de redução de riscos tendem a suscitar, sempre, algum grau de reacção social e polémica, pelo que é exigível uma monitorização regular e isenta do trabalho que produzem e do seu real valor. Possuindo, a universidade, um importante capital ao nível das competências de investigação, os protocolos de cooperação devem existir e são benéficos para ambos os parceiros: os programas poderão usufruir da aplicação comunitária do saber académico produzido e a universidade poderá encontrar, nas ONG, locais para o estágio académico dos seus alunos, mas também para a recolha de dados, com vista à concretização de trabalhos no domínio científico.

## **2.8. Articulação com o poder político local**

É frequente que os representantes do poder local se demitam de desenvolver um trabalho a este nível, entregando a tarefa a ONG. Outras vezes, chega-se mesmo a obstaculizar a sua implementação pela não anuência com a filosofia inerente às intervenções, no âmbito da redução de riscos. No entanto, a sua importância é demasiado grande para que os programas deste género não invistam no seu envolvimento. Assim, é necessário desenvolver acções de sensibilização que transmitam o sentido destas medidas, bem como os benefícios comunitários – redução do crime e da exclusão social, promoção da saúde, etc. – que delas se podem extrair. Além disso, os problemas associados ao uso de drogas estão intrinsecamente ligados com as políticas que sobre eles se têm criado e os decisores políticos têm aí uma responsabilidade particular. Compete às equipas de redução de riscos, por isso, coagir o poder político para que este assuma as suas responsabilidades na criação de respostas para todos os cidadãos, sem excepções.

As estruturas de RR devem, também, deter um papel de advocacia, pelo que o seu trabalho deve ser traduzido em actividade política, e usado para defender os direitos dos utilizadores de drogas.

### 3. Articulação com entidades ao nível nacional

Esta articulação tende a ser mais esporádica e menos intensa, apesar de ser fundamental. Principalmente, com entidades que possuam poder de decisão, no âmbito das políticas direccionadas para o fenómeno droga, desde aquelas que assumem um carácter mais técnico até às instâncias políticas nacionais. É junto destas que as acções de advocacia, em prol da defesa dos direitos humanos dos UD, adquirem todo o seu sentido e plenitude. Para uma acção eficaz, a este nível, a união e articulação entre os diferentes programas de redução de riscos existentes no país é crucial, bem como com as associações de utilizadores de drogas, às quais deve ser dada voz, na negociação das estratégias nacionais de acção que lhes dizem respeito.

As entidades com responsabilidade ao nível do financiamento, regulação e avaliação dos PTS devem também, por seu lado, investir numa planificação participativa dos programas, prevendo a escuta e o envolvimento dos UD e dos profissionais de RR, nos processos de tomada de decisão sobre as linhas e estratégias interventivas a seguir, por exemplo através da constituição de conselhos consultivos – que devem ser práticos, extravasando a figura do papel – que incluam estes actores sociais, assegurando, ao mesmo tempo, a devida complementaridade das acções, a nível nacional e o nível de qualidade do desempenho das equipas.

O papel (bem) desempenhado pelos meios de comunicação social, quer ao nível local, quer ao nível nacional, constitui uma ferramenta essencial de mudança de atitudes face aos fenómenos, de estímulo do debate público, de redução dos preconceitos existentes, pelo que deve ser alvo da atenção e da acção dos interlocutores, para a redução de riscos, com vista à difusão de informações objectivas a propósito deste tema e, portanto, ao esclarecimento da opinião pública a este respeito.

### 4. Articulação com entidades ao nível internacional

Este tipo de articulação tende a ser ainda mais esporádico, mas é igualmente essencial. O trabalho, em rede, com parceiros de outros países permite aprendizagens, do ponto de vista da fotografia, do que se faz no âmbito da redução de riscos no mundo, da partilha de boas práticas, do potenciamento da capacidade criativa dos diferentes interlocutores, da aferição conceptual

e ideológica do que é, e deveria ser, a redução de riscos, da recolha e tratamento padronizado de dados provenientes do terreno, etc. As redes internacionais são, igualmente, instrumentos incontornáveis de acção política, neste mundo globalizado e há já diversos eventos a decorrer, no sentido do aproveitamento dessas redes de trabalho internacionais, como veículos de influência nas decisões internacionais, face ao uso de drogas e à intervenção que lhe diz respeito.

A redução de riscos é um trabalho feito de redes locais, nacionais e internacionais. À medida que é construído, nunca é demais realçar a importância que terá a avaliação da sua execução. Sendo uma componente tão fundamental dos PTS, o trabalho de articulação de cada um deles com o exterior deve ser objecto de monitorização e avaliação para que as parcerias possam ser potenciadas e gerar os recursos pretendidos. Esta é uma das razões pelas quais os programas de redução de riscos devem incorporar componentes de investigação-acção, onde não só a prestação de serviços directa deve ser objecto de avaliação atenta, rigorosa e isenta, mas também a própria colaboração interinstitucional, tendo em conta a opinião dos parceiros da rede. Quanto à prestação de serviços, ela tem de ser rigorosamente avaliada, porque os programas de redução de riscos são muitas vezes a única resposta de que dispõem pessoas em situação de grave exclusão social e os utentes deverão ter uma voz activa nesse processo.

## **Agradecimentos**

O presente capítulo foi submetido à apreciação de vários profissionais, da área do serviço social e da psicologia, que possuem experiência na intervenção com utilizadores de drogas e/ou contactam de perto com a redução de riscos: Luís Fernandes (Professor da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, responsável pela disciplina de mestrado integrado “Intervenção social e redução de riscos”); José Queiroz (Psicólogo, coordenador da APDES); Joana Marques (Psicóloga, elemento do GIRUGaia); Marco Cruz (Psicólogo clínico numa Unidade de Tratamento do CRI Oriental, responsável pela equipa técnica de Freamunde); Susana Peixoto (Técnica Superior de Serviço Social e coordenadora do projecto GIRUGaia); Isabel Ponte (Técnica Superior de Serviço Social e responsável pela área de redução de riscos do Núcleo de Apoio Técnico da Delegação Regional do Norte do IDT).

## Referências Bibliográficas

Menezes, I. Intervenção comunitária: Uma perspectiva sociológica. Livpsic. Porto, 2007.

Mikkonen, M., Kaupinnen, J., Huovinen, M., Aalto, E. Outreach Work among marginalised populations in Europe. Guidelines on providing integrated outreach services. Foundation RegenboogAMOC . Netherlands, 2007.

Rhodes T. Outreach work with drug users: principles and practices. Council of Europe Press, 1996.

Fernandes L, Pinto MS, Oliveira M. Caracterização e análise crítica das práticas de redução de riscos na área das drogas em Portugal. Revista Toxicodependências. Vol 12. Nº2, 2006.

Fernandes L, Pinto M. El Espacio urbano como dispositivo de control social: territorios psicotrópicos y políticas de la ciudad. Monografías Humanitas, nº 5, Fundación Medicina y Humanidades Médicas, pp. 147-162. Barcelona, 2004.

Matic, S., Lazarus, J.V., Donoghoe, M.C. World Health Organization. Moving from death sentence to chronic disease management. Geneva. Copenhagen: WHO, 2007.

United Nations Office on Drugs and Crime. Reducing the adverse health and social consequences of drug abuse: a comprehensive approach. Geneva: UNDOC, 2008.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Intensifying HIV Prevention: UNAIDS policy position paper. Geneva: UNAIDS, 2005.

World Health Organization. Human Rights Health and Poverty reduction strategies. Geneva: WHO, 2005.

World Health Organization. 25 Questions and Answers on Health and Human Rights. Geneva: WHO, 2002.



## **Autores**

António Caspurro

Carla Caldeira

Carla Torre

Helena Martinho

Luís Mendão


Maria Aparecida Rudolpho

Maria João Brás

Marta Pinto

Nuno Fernandes

Paula Vale de Andrade





**TELEFONES ÚTEIS**

**SOS 112**

**Linha SIDA 800 266 266**

**Linha VIDA 1414**



Ministério da Saúde



**I.D.T.**

Instituto da Drogas e da Toxicod dependência, I.P.



Coordenação Nacional para a  
Infecção VIH/sida

**anf**

Associação Nacional das **Farmácias**