

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa



AVALIAÇÃO ECONÓMICA DO CUSTO-EFECTIVIDADE DA INTERVENÇÃO DAS
EQUIPAS DE RUA NUM CONTEXTO POPULACIONAL DE TOXICODEPENDÊNCIA

Maria José Fatela Ribeiro

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientador: Professor Doutor Luís Manuel Dias Martins - ISCTE

Co-orientador: Mestre Alzira C. Duarte – ISCTE

Julho 2009



Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa

A AVALIAÇÃO ECONÓMICA DO CUSTO-EFFECTIVIDADE DA INTERVENÇÃO DAS
EQUIPAS DE RUA NUM CONTEXTO POPULACIONAL DE TOXICODEPENDÊNCIA

Maria José Fatela Ribeiro

RESUMO

O presente trabalho, cujo objectivo foi avaliar o custo – efectividade da intervenção das Equipas de Rua na população utilizadora de drogas injectáveis, começa por fazer uma abordagem do Vírus de Imunodeficiência Humana – VIH e da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – SIDA.

Após uma breve descrição da evolução da doença, da sua caracterização e da população infectada a nível mundial e nacional, é apontada a sua incidência nos diversos continentes, o estigma social dos seus portadores, para além de identificar a população (utilizadores de drogas injectáveis) onde o risco de contaminação é mais elevado.

No quadro das políticas de prevenção, redução de riscos e minimização de danos, foi abordada a importância, do Programa de Troca de Seringas na prevenção da contaminação do VIH. Neste contexto e reflectindo o panorama europeu, as Equipas de Rua surgem como uma alternativa de intervenção, num contexto de proximidade.

Foram identificados os modelos de avaliação económica em saúde, os seus aspectos conceptuais, custos e respectivos benefícios, com relevo para o modelo custo-efectividade adequado à intervenção das Equipas de Rua.

Foi utilizado o teste de *Mann-Whitney* e o coeficiente de Correlação de *Spearman*, que confirmaram o impacto das Equipas de Rua, para além de uma associação entre o aumento daquelas estruturas e a diminuição das infecções.

Por fim foi efectuada a análise económica custo – efectividade com base no número de infecções pelo VIH evitadas pela intervenção das Equipas de Rua, concluindo-se que foram evitadas 1.007 infecções nos três anos do estudo, com um custo de cerca de € 3.075 por infecção evitada, contra um custo de tratamento de cerca de € 11.000 por infecção.

Palavras-chave: – VIH, UDI, ER, Custo-efectividade

ABSTRACT

The aim of this work was to assess the cost-effectiveness analysis of the Street Teams intervention with an injection drugs population. It starts by an approach to Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS).

After a brief description of the disease's evolution, of its characteristics and of the infected population, both globally and nationally, we show its incidence in each continent and the social stigma suffered by the patients, in addition to identifying the population (injection drugs users) where the risk of contamination is higher.

In the framework of prevention, risk reduction and harm minimization policies, we addressed the importance of the Needle Exchange Program in the prevention of HIV infection. In this context, reflecting the European standards, the Street Teams arise as an alternative intervention in a context of proximity.

We identified the models of economic evaluation in health, its conceptual aspects, costs and benefits, giving special attention to the cost-effectiveness model more suitable to the Street Teams intervention.

The *Mann-Whitney* test and the Spearman's correlation coefficient were used, which confirmed not only the Street Teams impact but also an association between the rise of these structures and the fall of infections.

Finally, we made an economic analysis of cost-effectiveness based on the number of HIV infections prevented by the intervention of the Street Teams. Our conclusion was that we averted 1007 infections during the time of this study (three years), with an average cost of € 3.075 per infection avoided, when the treatment cost is estimated round € 11,000 per infection.

Key-words: – HIV, IDU, ST, cost-effectiveness

AGRADECIMENTOS

A todos os colegas e amigos do Instituto da Droga e Toxicoddependência (IDT, I.P.) que pelas diversas formas de suporte e de incentivo empenhado, nomeadamente com o fornecimento de dados, contribuíram de forma inegável para a realização deste trabalho.

À Professora Doutora Maria Teresa Paixão, do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, pelo seu valioso e indispensável contributo facultado através da disponibilização dos dados respeitantes às notificações relacionadas com a infecção pelo VIH.

Aos professores do ISCTE cuja contribuição, através dos seus saberes e sentido crítico transmitido, foi decisiva para a concretização deste projecto.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
1.1 - VIH E A SÍNDROMA DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA	7
1.1.1 - BREVE HISTÓRIA DA DOENÇA	8
1.1.2 - SITUAÇÃO DA EPIDEMIA A NÍVEL MUNDIAL	10
1.1.3 - SITUAÇÃO DA EPIDEMIA A NÍVEL EUROPEU E EM PORTUGAL	12
1.2 – A ESTIGMATIZAÇÃO DOS DOENTES COM SIDA	15
1.3 – VIH/SIDA, TOXICODEPENDÊNCIA E UTILIZADORES DE DROGA INJECTADA	16
1.3.1 – VIH/SIDA ENTRE TOXICODEPENDENTES	17
1.3.2 - UTILIZADORES DE DROGAS INJECTADAS – (UDI)	18
1.4 – PREVENÇÃO, REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS	19
1.4.1 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DA PREVENÇÃO	19
1.4.2 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DA REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS	20
1.5 - PROGRAMA TROCA DE SERINGAS – (PTS)	21
1.5.1 – ESTUDO DE CASO AUSTRALIANO	23
1.5.2 - ESTUDO DE CASO PORTUGUÊS	26
1.6 – EQUIPAS DE RUA – (ER)	27
1.6.1 - EQUIPAS DE RUA NA UNIÃO EUROPEIA	28
1.6.2 – EQUIPAS DE RUA EM PORTUGAL	28
1.7 – AVALIAÇÃO ECONÓMICA	30
1.7.1 – FORMAÇÃO DE REDES INTER-ORGANIZACIONAIS	30
1.7.2 - COMPONENTES DA AVALIAÇÃO ECONÓMICA	34
1.7.3 – ASPECTOS CONCEPTUAIS DA ANÁLISE ECONÓMICA	35
1.7.4 - TIPOS DE AVALIAÇÃO ECONÓMICA EM SAÚDE	37
1.8 – SÍNTESE DAS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	40
CAPITULO II – METODOLOGIA	41
2.1 – PRESSUPOSTOS E DADOS UTILIZADOS	41
2.2 – ESTIMATIVA DE PREVALÊNCIA DOS CONSUMIDORES PROBLEMÁTICOS DE DROGAS	43
2.3 – CRITÉRIOS DE SELECÇÃO DE DADOS	45
2.4 – MÉTODO APLICADO PARA CÁLCULO/DETERMINAÇÃO DO IMPACTO DAS EQUIPAS DE RUA	46

CAPITULO III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	49
3.1 – ANÁLISE ESTATÍSTICA	49
3.2 – ANÁLISE ECONÓMICA CUSTO – EFFECTIVIDADE	53
3.2.1 - NOTIFICAÇÕES DE INFECCÇÕES PELO VIH POR ANO DE DIAGNÓSTICO	53
3.2.2. – UNIVERSO DAS EQUIPAS DE RUA	57
3.2.3 – NÚMERO DE INFECCÇÕES EVITADAS PELO VIH	61
3.2.4. CUSTOS	63
3.3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	70
CAPÍTULO IV – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	73
BIBLIOGRAFIA	77

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - NOTIFICAÇÕES DOS CASOS DE INFECÇÃO PELO VIH ACUMULADAS DESDE 1/1/1983 A 31/12/2007	13
TABELA 2 - REDUÇÃO DOS CASOS DE SIDA POR CATEGORIAS DE TRANSMISSÃO E ANO DE DIAGNÓSTICO	14
TABELA 3 – TIPOS DE AVALIAÇÃO ECONÓMICA EM CUIDADOS DE SAÚDE	37
TABELA 4 – ESTIMATIVA DA PREVALÊNCIA DOS CONSUMIDORES PROBLEMÁTICOS	44
TABELA 5 – MÉDIAS DAS ESTIMATIVAS E DAS TAXAS	45
TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR CENÁRIO	50
TABELA 7 – TESTE ESTATÍSTICO <i>MANN-WHITNEY</i>	52
TABELA 8 - CORRELAÇÃO ENTRE A EXISTÊNCIA OU NÃO DE EQUIPAS DE RUA E O NÚMERO DE INFECÇÕES PELO VIH	52
TABELA 9 - NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES DE INFECÇÕES PELO VIH POR ANO DE DIAGNÓSTICO PARA O CENÁRIOS 1 - PTS SEM EQUIPAS DE RUA	53
TABELA 10 - NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES DE INFECÇÕES PELO VIH POR ANO DE DIAGNÓSTICO PARA O CENÁRIOS 2 - PTS COM EQUIPAS DE RUA	54
TABELA 11 – ESTIMATIVAS DAS INFECÇÕES PELO VIH NA POPULAÇÃO TOXICODEPENDENTE UDI	56
TABELA 12 - UNIVERSO DAS EQUIPAS DE RUA POR DISTRITO E OBJECTO DE FINANCIAMENTO POR PARTE DO IDT, I.P	58
TABELA 13 – EVOLUÇÃO DAS EQUIPAS DE RUA 2004-2006	58
TABELA 14 - SERINGAS TROCADAS/DISTRIBUÍDAS NO CENÁRIO 2	59
TABELA 15 - SERINGAS TROCADAS/DISTRIBUÍDAS PELAS EQUIPAS DE RUA NO DISTRITOS DO PORTO E DE LISBOA	59
TABELA 16 - SERINGAS TROCADAS/DISTRIBUÍDAS NOS DISTRITOS DO PORTO E LISBOA NO PTS E PELAS EQUIPAS DE RUA	60
TABELA 17 - N.º DE NOTIFICAÇÕES PELO VIH POR ANO DE DIAGNÓSTICO NAS DIFERENTES POPULAÇÕES	62
TABELA 18 – CUSTO COM FINANCIAMENTO DAS EQUIPAS DE RUA	63
TABELA 19 - CUSTO COM PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DAS SERINGAS TROCADAS/DISTRIBUÍDAS	63
TABELA 20 – CUSTO TOTAL COM A ESTRUTURA NO CENÁRIO 2 – PTS C/EQUIPAS DE RUA	64
TABELA 21 - CUSTOS COM SERINGAS TROCADAS/DISTRIBUIDAS NO DISTRITO DO PORTO	65
TABELA 22 - CUSTO COM FINANCIAMENTO DAS EQUIPAS DE RUA NO DISTRITO DO PORTO	65
TABELA 24 - CUSTOS COM SERINGAS TROCADAS/DISTRIBUÍDAS NO DISTRITO DE LISBOA	65
TABELA 25 - CUSTO COM FINANCIAMENTO DAS EQUIPAS DE RUA NO DISTRITO DE LISBOA	65
TABELA 25 - CUSTOS TOTAIS COM A ESTRUTURA NO CENÁRIO 2 POR DISTRITO	66
TABELA 26 - CUSTO DE TRATAMENTO POR CENÁRIOS, NAS POPULAÇÕES PORTUGUESA, TOXICODEPENDENTE E UDI	66
TABELA 27 - CUSTO DE TRATAMENTO PARA O DISTRITO DO PORTO	67
TABELA 28 - CUSTO DE TRATAMENTO PARA O DISTRITO DE LISBOA	67
TABELA 29 - POUPANÇA PROVÁVEL RESULTANTE DA INTERVENÇÃO DAS EQUIPAS DE RUA POR DISTRITO	68
TABELA 30 - DISTRIBUIÇÃO POR DISTRITO DA POUPANÇA PROVÁVEL (%)	68
TABELA 31 – CUSTO EFFECTIVIDADE POR DISTRITO	69

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - CASOS DE SIDA POR ANOS DE DIAGNÓSTICO - 1983 A 2007	13
GRÁFICO 2 - RELAÇÃO ENTRE OS CASOS DE SIDA ASSOCIADOS À TOXICODEPENDÊNCIA E OS CASOS TOTAIS DE SIDA	14
GRÁFICO 3 - NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES DE INFECÇÕES PELO VIH POR ANO DE DIAGNÓSTICO POR POPULAÇÃO	55
GRÁFICO 4 – VARIAÇÃO DO NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES DE INFECÇÕES PELO VIH POR ANO DE DIAGNÓSTICO E POR POPULAÇÃO	56
GRÁFICO 5 – INFECÇÕES PELO VIH NOS DISTRITOS DO PORTO, LISBOA E RESTANTES NA POPULAÇÃO TOXICODEPENDENTE E NA POPULAÇÃO UDI	57
GRÁFICO 6 - SERINGAS TROCADAS/DISTRIBUÍDAS NO PTS E PELAS EQUIPAS DE RUA	59
GRÁFICO 7 - % DE SERINGAS TROCADAS/DISTRIBUÍDAS PELAS EQUIPAS DE RUA POR DISTRITO NO CENÁRIO 2	60
GRÁFICO 8 - SERINGAS TROCADAS/DISTRIBUÍDAS NO CENÁRIO2 PELO PTS E PELAS EQUIPAS DE RUA NO DISTRITO DO PORTO	60
GRÁFICO 9 - SERINGAS TROCADAS/DISTRIBUÍDAS NO CENÁRIO 2 PELO PTS E PELAS EQUIPAS DE RUA NO DISTRITO DE LISBOA	61
GRÁFICO 10 - NUMERO DE NOTIFICAÇÕES PELO VIH POR CENÁRIO NAS TRÊS POPULAÇÕES, E NÚMERO DE INFECÇÕES EVITADAS ENTRE CENÁRIOS	62
GRÁFICO 11 - CUSTOS COM A ESTRUTURA NO CENÁRIO 2: CUSTO DE FINANCIAMENTO DAS EQUIPAS DE RUA E CUSTO DAS SERINGAS TROCADAS/DISTRIBUÍDAS PELO PTS	64
GRÁFICO 12 - NÚMERO DE INFECÇÕES EVITADAS NA POPULAÇÃO TOXICODEPENDENTE UDI POR DISTRITOS	68
GRÁFICO 13 – POUPANÇA PROVÁVEL NA POPULAÇÃO NÃO TOXICODEPENDENTE E NA POPULAÇÃO TOXICODEPENDENTE UDI	69
GRÁFICO 14 - DISTRIBUIÇÃO DOS CUSTOS NA POPULAÇÃO TOXICODEPENDENTE UDI	70

Índice de Figuras

FIGURA 1 - ESTIMATIVA GLOBAL DE PESSOAS PORTADORAS DO VIH, 1990 A 2007	10
FIGURA 2 - ESTIMATIVA GLOBAL DO NÚMERO DE MORTES POR SIDA, 1990 A 2007	11
FIGURA 3 - N.º DE CASOS DIAGNOSTICADOS DE INFECÇÃO PELO VIH NOS UTILIZADORES DE DROGAS INJECTÁVEIS, POR ÁREAS GEOGRÁFICAS, NA REGIÃO EUROPEIA DA OMS, 1999-2006	12

ABREVIATURAS

ACB	ANÁLISE DE CUSTO-BENEFÍCIO
ACE	ANÁLISE CUSTO-EFFECTIVIDADE
ACU	ANÁLISE CUSTO-UTILIDADE
AMC	ANÁLISE DE MINIMIZAÇÃO DE CUSTOS
ANF	ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE FARMÁCIAS
CDC	CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION
CNLCS	COMISSÃO NACIONAL DE LUTA CONTRA A SIDA
CVDET	CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
CVP	CRUZ VERMELHA PORTUGUESA
DHA	DEPARTMENT OF HEALTH AND AGEING
DNSSN	DIZ NÃO A UMA SERINGA EM SEGUNDA MÃO
ER	EQUIPAS DE RUA
HCV	HEPATITE C
HOI	HEALTH OUTCOMES INTERNATIONAL PTY LTD
IDT, I.P.	INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODPENDÊNCIA, INSTITUTO PÚBLICO
NCHECR	NATIONAL CENTRE FOR HIV EPIDEMIOLOGY AND CLINICAL RESEARCH
OEDT	OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODPENDÊNCIA
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
PIF	PROGRAMA DE INTERVENÇÃO FOCALIZADA
PNCDT	PLANO NACIONAL CONTRA A DROGA E A TOXICODPENDÊNCIA
PNS	PLANO NACIONAL DE SAÚDE
PTS	PROGRAMA TROCA DE SERINGAS
QALY	QUALITY ADJUSTED LIFE YEARS
RRMD	REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS
SIDA	SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA
UDI	UTILIZADORES DE DROGA INJECTÁVEL
UE	UNIÃO EUROPEIA
VIH	VÍRUS DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA
WTP	WILLINGNESS-TO-PAY

INTRODUÇÃO

O actual contexto económico e a escassez de recursos obrigam à definição de estratégias e políticas de saúde numa óptica de eficácia do sistema e eficiência de recursos assegurando a sustentabilidade e a qualidade dos Serviços de Saúde.

A eficácia e eficiência só são atingidas com taxas de sucesso razoáveis após adopção de vários modelos de organização dos recursos disponíveis. É o caso da toxicodependência, relativamente à qual são criados serviços públicos que sofrem reestruturações sucessivas com vista à sua optimização. Só depois do 25 de Abril de 1974 é oficialmente considerada a existência da toxicodependência, apesar de no contexto internacional o fenómeno alastrar geograficamente em paralelo com a produção e o tráfico de drogas. Em Portugal os dados existentes não revelavam a gravidade registada noutros países, mas acentuava-se uma situação

de risco em resultado da transformação política ocorrida com a abertura das fronteiras e o fim da guerra colonial.

Neste contexto em 1976, foram criados sob tutela do Ministério da Justiça, o Gabinete Coordenador do Combate à Droga (GCCD), o Centro de Estudos da Profilaxia da Droga (CEPD) e o Centro de Investigação e Controlo da Droga (CICD).

Passados cinco anos, o GCCD através do Decreto-Lei n.º 365/82, de 8 de Setembro, vê reforçadas e ampliadas todas as competências e atribuições passando a dispor de meios que lhe permitiram uma efectiva coordenação e passa a designar-se por Gabinete de Planeamento e de Coordenação de Combate à Droga (GPCCD).

Com o intuito de inverter a tendência do progressivo agravamento do flagelo dos estupefacientes, o governo aprovou em Março de 1987, um plano integrado de combate à droga – Projecto VIDA, contemplando medidas nos domínios da prevenção, do tratamento, reabilitação e inserção social do toxicómano e do combate ao tráfico.

Este Projecto, que desempenhou um papel importante na coordenação e na execução das políticas de prevenção em Portugal, foi sujeito a quatro reestruturações em menos de 12 anos.

O Ministério da Saúde procurou também responder ao flagelo e ao aumento significativo da procura de tratamento com a criação do Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) das Taipas, em 1987, do CAT da Cedofeita – Porto e do CAT do Algarve, estes em 1989.

No ano de 1990, na dependência do Ministro da Saúde e em regime de instalação, foi criado através do Decreto-Lei n.º 83/90, de 14 de Março o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT), para responder às necessidades e articular ou complementar outros organismos existentes.

Em 1996, face à inexistência de dados sobre a toxicodependência é criado o Observatório VIDA, como sistema nacional de recolha de dados.

A dispersão de dados pelos Observatório Vida, Projecto Vida e pelo GPCCD, originou em 1999 a criação do Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT), tendo como objectivos a racionalização de meios neste domínio que foram centralizados no seu Centro de

Informação sobre a Droga e a Toxicodependência e promover juntos dos jovens e da população em geral a prevenção do consumo de drogas.

Através dos serviços descritos, cujas reestruturações sucessivas foram sendo efectuadas, foi possível adquirir um conhecimento apreciável da toxicodependência em Portugal e lançar um plano para instalação de uma rede nacional de Centros de Atendimento a Toxicodependentes.

Em 2002, é criado o Instituto da Droga e da Toxicodependência, resultante da fusão do SPTT e do IPDT, com a missão de garantir a unidade intrínseca do planeamento, da concepção, da gestão, da fiscalização e da avaliação das diversas fases da prevenção, do tratamento e da reinserção no combate à droga e à toxicodependência [artigo 4 dos Estatutos do Instituto da Droga e da Toxicodependência].

Num estágio mais elevado do conhecimento do problema da toxicodependência e em sintonia com o Plano Nacional de Saúde (PNS) e de acordo com os objectivos do Programa do XVII Governo, foi aprovado em Conselho de Ministros, o Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012 (PNCDT), em conformidade com os objectivos da Estratégia da União Europeia de Luta Contra a Droga 2005-2012.

Com o PNCDT, o IDT passa a ter instrumentos estratégicos e orientadores da prossecução da sua missão, encarando o fenómeno dos consumos de drogas e das substâncias psicoactivas de forma integrada a diferentes níveis de intervenção.

A toxicodependência segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1993), é um estado de intoxicação periódico ou crónico produzido pelo consumo repetido de uma substância natural e/ou de síntese.

Este consumo repetido, por si próprio e pelos problemas associados, constitui um enorme impacto na Saúde Pública. É o caso do VIH/SIDA cujas principais vias de transmissão são a via sexual e a endovenosa. Esta última muito utilizada pelos toxicodependentes, mais propriamente os utilizadores de drogas injectáveis (UDI), pela sua utilização de seringas e agulhas contaminadas para o consumo de drogas injectáveis.

Dores (2005) aponta para as deficientes condições de higiene associadas à partilha de material infectado que fazem dos UDI um grupo com elevada predisposição para o contágio.

Para combater esta situação surge o Programa Troca de Seringas (PTS), numa primeira fase, implementado nas farmácias e postos móveis, alargando-se, posteriormente, às Equipas de Rua (ER).

As ER são estruturas sócio-sanitárias, as quais são certificadas e co-financiadas pelo IDT, I.P., sendo os recursos financeiros utilizados, quase na sua totalidade, públicos.

Assim, na perspectiva de uma gestão eficaz e eficiente dos recursos financeiros públicos aplicados nesta intervenção, pretende-se avaliar o custo – efectividade destas, esperando-se que os resultados obtidos possam ter impacto numa estratégia de intervenção futura.

Em particular, pretende-se analisar a relação entre o investimento realizado e os resultados obtidos ao nível *de número de infecções pelo VIH evitadas* de forma a tornar evidente que a intervenção das ER resulta numa utilização efectiva dos recursos públicos. Esta avaliação recai sobre o número de infecções relacionadas directamente com os toxicodependentes, não se contabilizando a sua possível disseminação na sociedade e o seu impacto na saúde pública

Considera-se que são factores relevantes para a concretização deste estudo:

- ✘ Ausências de estudos económicos, em Portugal, sobre o impacto, para a sociedade, da intervenção das Equipas de Ruas;
- ✘ As características e a dinâmica subjacentes das Equipas de Rua que intervêm num contexto populacional da toxicodependência;
- ✘ O desejo da autora enquanto profissional deste Instituto, em estudar a intervenção das estruturas de redução de riscos e minimização de danos, na vertente económica e financeira, co-financiadas pelo IDT, I.P.

Com o domínio da investigação circunscrito, bem como a descrição dos factores essenciais para a condução do presente estudo, definiram-se como objectivos da investigação:

- ✘ Identificar o impacto da intervenção das Equipas de Rua na diminuição do número de infecções pelo VIH;
- ✘ Identificar em que medida os recursos financeiros afectos às Equipas de Rua, se revelam eficazes e eficientes na diminuição de infecções pelo VIH;

- ✘ Identificar o custo - efectividade, relacionado entre o investimento realizado e os resultados obtidos ao nível do número de infecções pelo VIH, que foi possível evitar.

O presente documento é composto por 4 capítulos, onde se sistematizam os diferentes assuntos que respondem às principais fases da investigação. O Capítulo I, designado por *Enquadramento Teórico*, no Capítulo II expõe-se a *Metodologia*, no Capítulo III efectua-se a *Análise e Discussão dos Resultados* e no Capítulo IV apresentam-se as *Conclusões e Recomendações* do presente estudo.

No Capítulo I procede-se à exposição sobre Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) e sobre a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), breve história da doença, situação da epidemia a nível Mundial, Europeu e em Portugal e representações sociais. É feita uma abordagem do VIH/SIDA no contexto da toxicodependência e da população utilizadora de drogas injectáveis.

Neste capítulo faz-se também uma abordagem sobre as políticas de prevenção e redução de riscos e minimização de danos, um breve resumo de dois estudos de caso sobre Programa Troca de Seringas e uma breve descrição das Equipas de Rua no contexto europeu e nacional.

Ainda neste capítulo é abordado a formação de redes inter-organizacionais e os tipos de avaliação económica em saúde.

No capítulo II é apresentada a metodologia, os pressupostos e dados utilizados, bem como enunciados os critérios de selecção de dados.

No Capítulo III procede-se à determinação do impacto das Equipas de Rua na diminuição do número de infecções pelo VIH, através da realização de um teste estatístico e de uma análise custo-efectividade.

Por último, no Capítulo IV são apresentadas as conclusões do presente estudo evidenciando-se algumas perspectivas futuras.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 - VIH E A SÍNDROMA DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

Neste número vamos abordar alguns aspectos do VIH e da SIDA, tais como breve história da doença, a sua caracterização e o seu impacto a nível mundial.

No século XX a Humanidade ficou marcada pelo aparecimento da infecção pelo VIH que, em menos de 20 anos, passou de uma doença limitada a comportamentos sexuais para uma epidemia sem fronteiras afectando diversos grupos sociais e comportamentais.

Da sua lenta progressão, devido ao facto da SIDA surgir anos após a infecção viral, resultou um atraso ao seu combate a nível mundial, estimando hoje a Organização Mundial de Saúde

(OMS) a existência de quase 33,2 milhões de infectados com o VIH e mais de 2 milhões de mortes por doença relacionada com a SIDA.

No início a infecção apresentava características epidemiológicas afectando essencialmente homossexuais e por isso psicológica e socialmente estigmatizante dos indivíduos doentes com SIDA.

Actualmente, com características epidemiológicas diferentes das iniciais, esta infecção afecta não só homossexuais mas também outros comportamentos sexuais de risco, doentes sujeitos a transfusões de sangue e toxicodependentes utilizadores de drogas injectáveis.

Esta amplitude de agentes patológicos transformou o VIH numa fonte de contágio, pondo em risco toda a população e sendo por isso considerada um problema de saúde pública.

Conhecidos os mecanismos de transmissão e os comportamentos de risco, os Estados lançaram campanhas de prevenção dirigidas, com o objectivo de alterar comportamentos de risco, em particular nos toxicodependentes utilizadores de drogas injectáveis.

Para o conhecimento de toda esta problemática muito contribuiu o desenvolvimento de serviços especializados no apoio a doentes com SIDA.

Apesar de Portugal participar desde 1985 nas notificações do sistema europeu, contribuindo para uma informação sobre a evolução da epidemia nos diversos países da União Europeia (EU), só em 2005 a infecção VIH/SIDA foi incluída na lista de patologias de notificação obrigatória, de âmbito nacional.

O registo dos casos notificados é efectuado pelo Instituto Nacional de Saúde – Dr. Ricardo Jorge, I.P..

1.1.1 - BREVE HISTÓRIA DA DOENÇA

Em 1979 foram pela primeira vez detectados, em Los Angeles, casos de uma doença de desaparecimento quase completo dos linfócitos T em doentes pertencentes à comunidade homossexual da cidade.

Passados cerca de 2 anos surgem casos de infecções oportunistas em Los Angeles, Nova Iorque e em S.Francisco. Estas infecções pareciam estar relacionadas entre si e ocorreram em homossexuais. Na época a doença foi apelidada de “cancro gay”.

Em 1982 os *Centers for Disease Control* (CDC), nos EUA, dão a conhecer esta doença em doentes hemofílicos que tinham realizado transfusões de sangue.

A diversidade dos indivíduos infectados aumentou de tal modo que, em 1983, para além dos grupos anteriores, homossexuais e hemofílicos, surgem infectados heroinómanos e uma população de haitianos residentes em Miami. Estes, não pertencendo a nenhum dos grupos anteriores, eram imigrantes oriundos do Haiti onde se praticava turismo sexual em larga escala, fundamentalmente por razões económicas e, por isso, mantendo relações heterossexuais passam a infectar mulheres, prostitutas.

A doença passou a designar-se por cinco H: homossexuais, heroinómanos, hemofílicos; haitianos e “*hookers*”.

A doença que parecia estar restrita a grupos perfeitamente identificados, aparecia agora a infectar cidadãos normais através de relações heterossexuais, ganhando por isso a importância de um problema de saúde pública.

Foi-lhe atribuída a designação de *Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS*. Em português Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA).

Em 1984 o seu estudo desenvolve-se paralelamente nos EUA por Roberto Gallo do *National Cancer Institute* e na Europa por Luc Montagnier do *Instituto Pasteur*, tendo sido identificado o vírus causador da doença.

Em 1986 a OMS recomenda que o vírus seja designado pela sigla HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), em português conhecido pelo VIH – Vírus de Imunodeficiência Humana.

A história do VIH passou por Portugal, ao ser detectado um novo vírus num doente oriundo da Guiné-Bissau, internado no Hospital Egas Moniz. Foi designada por HIV-2.

A doença encontrava-se caracterizada e identificado o vírus. Foi demonstrado que este vírus desenvolvia um processo enzimático que lhe permitia gerar ADN a partir de ARN, o que na

época contrariava o dogma da informação genética que só ocorreria no sentido ADN, ARN, proteínas e nunca em sentido contrário. Por este motivo estes vírus receberam o nome de retrovírus.

Em 1987, conhecidos estes mecanismos, surgem as terapêuticas, nomeadamente o AZT, inibidor do fabrico de ADN a partir de ARN.

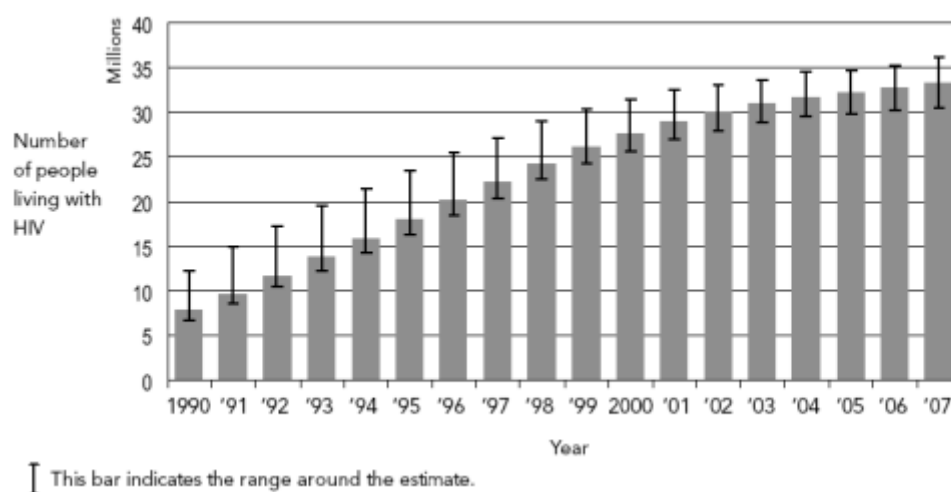
A eficácia destas terapêuticas iniciais foi modesta tendo sido introduzidos novos inibidores e adoptadas as terapêuticas anti-retrovirais triplas. Deste modo a doença aguda passou a crónica.

1.1.2 - SITUAÇÃO DA EPIDEMIA A NÍVEL MUNDIAL

De acordo com o relatório de 2007 da Organização Mundial de Saúde, “2007 AIDS epidemic update”, existiam naquele ano 33,2 milhões de indivíduos infectados pelo VIH. Em 2006 foram apresentados 39,6 milhões, sugerindo estes números uma redução de 16%. Esta redução não é real mas resulta da revisão da metodologia adoptada pelo “Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)”, na recolha e cálculo das estimativas de prevalência do número de infecções pelo VIH, sobretudo na Índia e na África Subariana, que representam cerca de 70% das diferenças.

A OMS fez a revisão retroactiva dos números e apresenta em 2007 os valores que constam da figura 1.

FIGURA 1 - ESTIMATIVA GLOBAL DE PESSOAS PORTADORAS DO VIH, 1990 A 2007



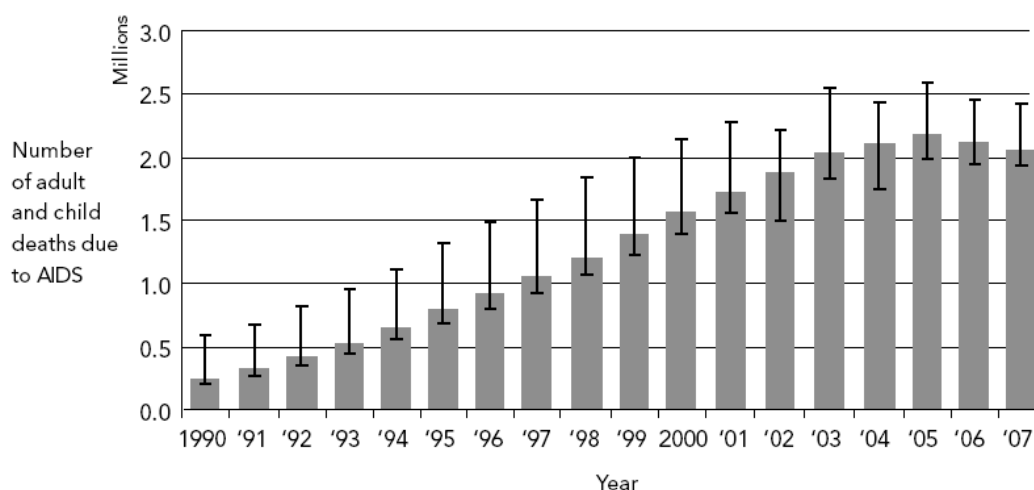
Fonte: Relatório “2007 AIDS epidemic update”

Também no cálculo de novas infecções e mortes associadas, foi adoptado um modelo matemático aplicado às estimativas de prevalência, pelo que os valores apresentados em 2007 são inferiores aos de anos anteriores. O relatório informa que diariamente são infectadas 6.800 pessoas e morrem 5.700 devido à SIDA.

Apesar do número de indivíduos infectados com VIH crescer a sua prevalência, percentagem de pessoas infectadas, mantém-se constante. Aquele crescimento resulta do crescimento populacional.

No entanto, verifica-se uma diminuição do número anual de novas infecções, bem como do número de mortes relacionadas, esta também consequência do aumento de acesso ao tratamento.

FIGURA 2 - ESTIMATIVA GLOBAL DO NÚMERO DE MORTES POR SIDA, 1990 A 2007



┌ This bar indicates the range around the estimate.

Fonte: Relatório "2007 AIDS epidemic update"

Existem países onde a prevalência tem diminuído em resultado de políticas locais, mantendo-se a África Subsariana a região onde a SIDA é a principal causa de morte.

Importa referir que na prevalência da infecção actuam em oposição os esforços de prevenção que promovem a redução dos infectados e os tratamentos com anti-retrovirais, prolongando a vida dos infectados, mantendo-os nas estatísticas de prevalência.

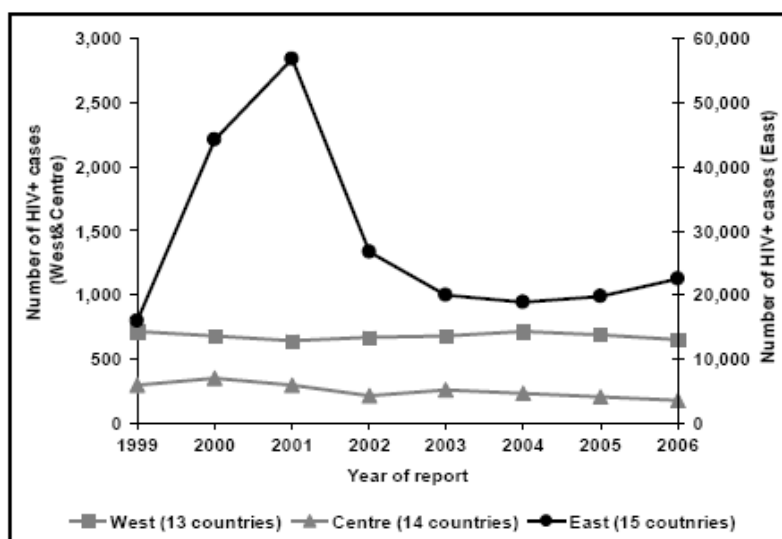
Quanto a prevalência por género o relatório da OMS informa que entre 2001 e 2007 a sua relação é estável. Estima-se a existência em 2007 de 15, 4 milhões de mulheres infectados pelo VIH e o mesmo número de homens. Surgem ainda 2,5 milhões de crianças infectadas.

1.1.3 - SITUAÇÃO DA EPIDEMIA A NÍVEL EUROPEU E EM PORTUGAL

A região europeia da OMS, que inclui 53 países, apresenta a evolução das infecções pelo VIH de 2002 a 2006 por ano de notificação e referentes a utilizadores de drogas injectáveis.

Em 2006, foram notificados 86.912 casos, referentes a 50 dos 53 países, sendo 24.102 casos referentes a utilizadores de drogas injectáveis. A Federação Russa e a Ucrânia, integrando a área geográfica Este Europeia da OMS, apresentaram valores particularmente elevados conforme se pode verificar na figura 3.

FIGURA 3 – N.º DE CASOS DIAGNOSTICADOS DE INFECÇÃO PELO VIH NOS UTILIZADORES DE DROGAS INJECTÁVEIS, POR ÁREAS GEOGRÁFICAS, NA REGIÃO EUROPEIA DA OMS, 1999-2006



Fonte: Relatório "HIV/AIDS Surveillance in Europe", n.º 76, Dezembro de 2007

Em Portugal, de acordo com os dados apresentados pelo Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT), o total acumulado de notificações de infecções pelo VIH, desde 1 de Janeiro de 1983 a 31 de Dezembro de 2007, era de 32.491 casos, nos diferentes estádios de infecção (SIDA, Casos sintomáticos NÃO-SIDA e Portadores Assintomáticos), dos quais 14.195 eram casos de SIDA.

Neste período ocorreram 7806 mortes resultantes de infecção pelo VIH, conforme se pode verificar na tabela 1.

TABELA 1 – NOTIFICAÇÕES DOS CASOS DE INFEÇÃO PELO VIH ACUMULADAS DESDE 1/1/1983 A 31/12/2007

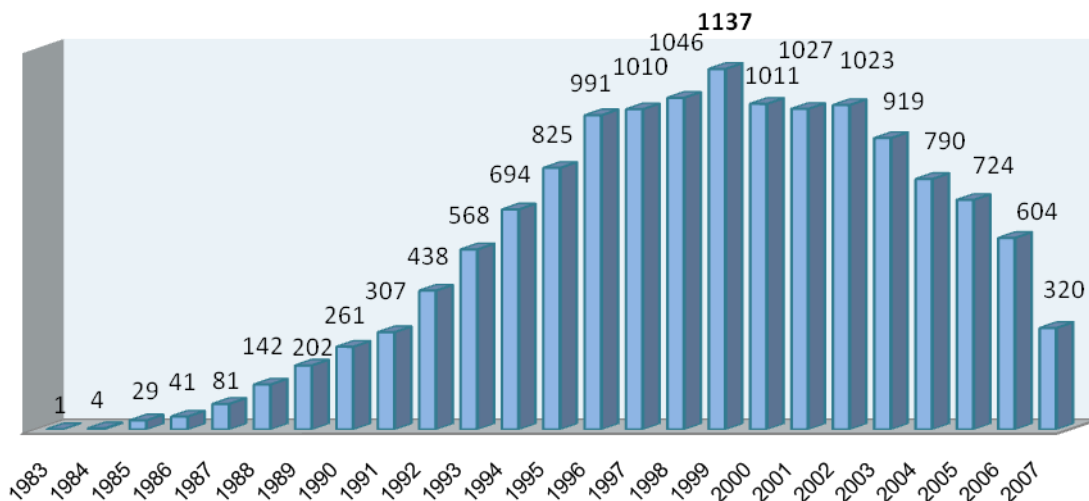
	CASOS	MORTES
SIDA	14.195	6.724
SINTOMÁTICOS NÃO-SIDA	3.072	437
PORTADORES ASSINTOMÁTICOS	15.224	645
TOTAL	32.491	7.806

Fonte: CVEDT

Dos portadores de SIDA, no mesmo período, 6815 eram toxicodependentes tendo destes morrido 3433.

No que se refere à evolução dos casos de SIDA, durante o período referido de 25 anos, o gráfico 1 apresenta os valores mais elevados nos 6 anos em torno de 1999, após o que ocorre um decréscimo muito acentuado.

GRÁFICO 1 – CASOS DE SIDA POR ANOS DE DIAGNÓSTICO – 1983 A 2007

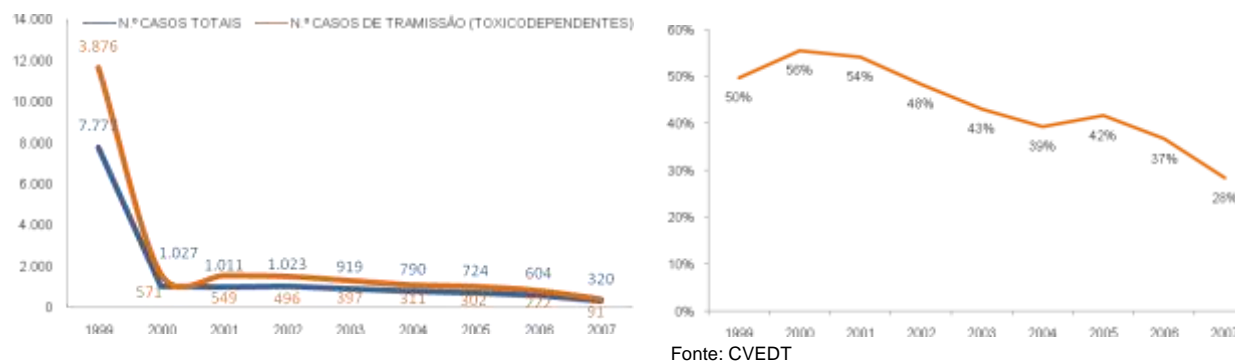


Fonte: CVEDT

As evoluções dos casos de SIDA associados à toxicodependência apresentam-se, no gráfico seguinte, sendo os valores de 1999 acumulados desde 1983.

Como se pode verificar a redução dos casos de SIDA associados à toxicodependência é mais acentuada que a redução total dos casos de SIDA. Em 2000 aquela relação era de 56% enquanto em 2007 era de 28%.

GRÁFICO 2 – RELAÇÃO ENTRE OS CASOS DE SIDA ASSOCIADOS À TOXICODEPENDÊNCIA E OS CASOS TOTAIS DE SIDA



Fonte: CVEDT

Por categorias de transmissão o número de casos de SIDA tem sofrido uma mudança radical, desde de 2002, conforme dados do CVEDT. Os toxicodependentes assumiam até 2002 uma posição destacada no número de casos notificados, seguidos dos heterossexuais com número semelhante e dos homossexuais com menos de 10% do número total de notificações naquele ano.

Em 2007, surge em primeiro plano a transmissão nos heterossexuais com 199 casos e uma redução de 54%, os toxicodependentes com 91 casos e uma redução de 82% e os homossexuais com 26 casos e uma redução de 63%.

TABELA 2 – REDUÇÃO DOS CASOS DE SIDA POR CATEGORIAS DE TRANSMISSÃO E ANO DE DIAGNÓSTICO

	2002	2007	Δ 2007-2002	
			Δ	Δ%
HOMESSEXUAIS	71	26	45	63%
TOXICODEPENDENTES	496	91	405	82%
HETEROSSEXUAIS	436	199	237	54%

Fonte: CVEDT

A esta mudança radical na situação dos casos de SIDA por categorias de transmissão e ano de diagnóstico, não são alheias as acções desenvolvidas pelo Estado no combate à toxicodependência bem como a política de descriminalização das drogas, enquanto relativamente às restantes categorias de transmissão pouco ou nada tem sido feito.

1.2 – A ESTIGMATIZAÇÃO DOS DOENTES COM SIDA

Quando do aparecimento dos primeiros indivíduos doentes (1979), com uma doença desconhecida, quanto às suas causas e muito menos o seu tratamento, apenas se constatava que a doença conduzia à morte. Esta doença surgiu associada a grupos com comportamentos desviantes, inicialmente homossexuais, posteriormente heroinómanos e prostitutas.

O desconhecimento da doença e a sua ligação com aqueles grupos foram causas imediatas de exclusão dos seus portadores, pela sociedade em geral, com base em preconceitos tabus e medos.

Identificada a SIDA e os mecanismos de contágio e as terapêuticas capazes de transformar a doença aguda e mortal em doença crónica, mantiveram-se os medos irracionais de contágio e de punição divina dos comportamentos “pecaminosos”. Ainda hoje apesar dos conhecimentos técnico ou científicos da doença, estes não são generalizados à maioria da população e a sua ignorância tem como consequência a exclusão social dos doentes, salientando-se, ao nível familiar, laboral e até no acesso aos serviços de saúde.

Almeida (2004) afirmou que as pessoas infectadas pelo vírus caminham solitária e silenciosamente, limitadas nas suas possibilidades de direitos e de acesso aos meios de protecção, promoção e assistência, obrigando-as, muitas vezes, a esconder a sua condição serológica pelo medo de se exporem e de sofrerem de preconceitos ou discriminação e respostas provocadas pelo estigma.

Este comportamento dos infectados tem consequências de saúde públicas graves que foram politicamente compreendidas com a adopção de algumas medidas legislativas. Ao nível do Serviço Nacional de Saúde (SNS) os tratamentos de elevado custo com anti-retrovirais são gratuitos, incluindo a isenção de taxas moderadoras, ao nível da Segurança Social o direito a uma pensão de invalidez é uma realidade.

Segundo Silva (1986) ao deparar-se com o diagnóstico positivo para o VIH, a pessoa convive com dois tipos de ansiedades: estar com a doença ou portar um vírus que demarca o limite da sua existência, acrescido da preocupação em esconde-la, a todo o custo das pessoas mais próximas, principalmente dos seus familiares.

Nas suas relações familiares e no contexto de esconder a todo o custo, a relação do doente seropositivo com a sua mulher, não informada da sua seropositividade constitui um conflito entre o direito ao segredo médico e o direito à vida, este bem definido na Constituição da República Portuguesa.

Outro aspecto estigmatizante desta doença é ao nível laboral, quando empresas impõem o teste ao VIH como condição de admissão e por vezes tentam acções de despedimento contra os portadores da doença.

A SIDA foi e continua a ser motivo de medo a reacções hostis por parte da sociedade, de vergonha e de isolamento gerando também auto limitações de acesso aos Serviços de Saúde. Esta limitação é tanto maior quanto menor o comportamento social desviante que originou a doença. No pólo oposto situa-se por exemplo um toxicod dependente em elevado estado de degradação física e psicológica, não se auto isolando e não constituindo tabu o seu acesso aqueles Serviços. Nesta situação constitui problema fundamental a ausência de auto estima, sendo indispensável a ajuda externa para encaminhamento para programas de tratamento.

1.3 – VIH/SIDA, TOXICODPENDÊNCIA E UTILIZADORES DE DROGA INJECTADA

Neste ponto pretende-se fazer uma abordagem sobre o VIH/SIDA na população Toxicod dependente bem como uma breve descrição dos comportamentos dos utilizadores de drogas injectadas (UDI).

Actualmente o consumo de drogas foi descriminalizado, o toxicod dependente considerado um doente e a toxicod dependência um grave problema de saúde pública.

Este problema de saúde pública ocorre em resultado das práticas dos consumidores que, ao utilizarem a via endovenosa para consumo, potenciam deste modo a transmissão do VIH e de outras doenças infecciosas, nomeadamente a hepatite B e C.

Sendo estas doenças transmissíveis mas não contagiosas importa eliminar de imediato os mecanismos de transmissão. Sabendo-se que existe uma relação directa entre o consumo de drogas por via endovenosa e a transmissão de doenças infecciosas, nomeadamente o VIH/SIDA, o objectivo central é eliminar os meios de transmissão.

Neste caso será eliminar a partilha de seringas e reduzir o consumo endovenoso diminuindo deste modo os riscos de transmissão e minimizando os danos resultantes do consumo. Obviamente que o tratamento do toxicodependente manter-se-á como objectivo principal.

Os problemas de saúde associados ao consumo de drogas, encontram-se tratados na Estratégia da EU de Luta contra a Droga (2005-2012), aprovada pelo Conselho Europeu, enquanto em Portugal são tratados no Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências (PNCDT), aprovado em Conselho de Ministros em 2005.

A Estratégia da União Europeia de Luta Contra a Droga (EUELCD) é centrada em dois grandes domínios: redução da procura e redução da oferta. Na redução da procura é apontado como objectivo “... ter em conta os problemas para a saúde e os problemas sociais causados pelo consumo de substâncias psicoactivas ilícitas...” (EUELCD, 2005, p.10). Ainda neste domínio é apontada a seguinte medida: “reduzir os danos para a saúde e os danos sociais relacionados com a droga” (EUELCD, 2005, p.10).

No Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências (PNCDT), sobre redução riscos e minimização de danos refere-se que “...tem como principio de base o pragmatismo e a compatibilidade com uma abordagem de saúde pública, desviando a atenção do uso de drogas em si para as consequências ou para os efeitos de comportamento aditivo (PNCDT, 2005, p.41). ... a redução de danos promove o acesso a serviços de baixa exigência como alternativa às respostas tradicionais de alta exigência” (PNCDT, 2005, p.42).

O Plano aponta como objectivos desta área “Construir uma rede global de respostas integradas e complementares, no âmbito da redução de riscos e minimização de danos, com parceiros públicos e privados” e “Disponibilizar programas de redução de riscos e minimização de danos, a grupos específicos”.

1.3.1 – VIH/SIDA ENTRE TOXICDEPENDENTES

Em Portugal, conforme já referido anteriormente no ponto 1.1.3 em 31/12/07 existiam 32.491 notificações de infecções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), nos vários estádios da infecção (SIDA, Sintomático Não - SIDA e Portador Assintomático). Das notificações 14.356 estavam associados à toxicodependência (44%).

A população toxicodependente constitui um grupo de difícil aproximação, que tem vindo a apresentar um aumento progressivo de seroprevalência e de SIDA. De facto, o consumo de droga expõe o indivíduo a um triplo risco de infecção pelo VIH:

1. Partilha de seringas, agulhas e outro material;
2. Falta de protecção nas relações sexuais, frequentemente de risco;
3. Marginalização activa e passiva dos sujeitos, o que dificulta o acesso à mudança.

Um estudo realizado pelas Nações Unidas – “Organização Mundial de Saúde – Aids Epidemic Update (2006), refere que, em Portugal, o diagnóstico de VIH na população consumidora de drogas injectáveis teve um decréscimo de 1/3 em 2005, comparativamente ao ano de 2001, devido à eficácia dos programas de Redução de Riscos e Minimização de Danos.

1.3.2 - UTILIZADORES DE DROGAS INJECTADAS – (UDI)

Os toxicodependentes utilizadores de drogas injectáveis correm risco elevado de infecção pelo VIH ou hepatite, já que estas infecções são transmitidas por via sanguínea e potenciadas pela partilha de material de injeção, comportamento comuns entre toxicodependentes.

No entanto as notificações de infecção pelo VIH não incluem informação sobre a droga utilizada e o seu modo de utilização. Logo, apenas são efectuadas estimativas relativas à prevalência de UDI a partir de dados recolhidos em populações limitadas e efectuada a extrapolação para a população total, neste caso de infectados pelo VIH.

De acordo com o Relatório Anual de 2007 do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT), os diversos países apresentam estimativas da existência de UDI que variam entre 0,5 e 6 casos por mil habitantes, na faixa etária dos 15 aos 64 anos e no período de 2001 a 2005. É indicada a existência total de 1,1 milhões de UDI, dos quais 100.000 a 200.000 mil estarem infectados pelo VIH, estimando-se o aparecimento anual de 3.500 novos casos de UDI infectados.

Quanto a tendências deste tipo de consumo, o relatório indica a existência de um número apreciável de países onde se observa a sua diminuição, contrariamente aos novos Estados-Membros nos quais este consumo continua a predominar.

Globalmente a tendência na prevalência do VIH é para a sua estabilização apesar das assimetrias entre países já referidas. Admite-se que esta estabilização resulte da morte dos UDI infectados compensando as novas infecções.

A tendência decrescente, que ocorre nos países onde a prevalência era mais elevada, resultará das medidas de prevenção e de minimização de danos. No entanto as assimetrias referidas aconselham a adopção de medidas de prevenção para os UDI.

Em Portugal, ainda de acordo com o mesmo Relatório, em 2005 surgiram 85 novos casos de infecção pelo VIH por milhão de habitantes.

De acordo com Negreiros (2005) existiam naquela data em Portugal cerca de 33.000 UDI, não se identificando os infectados pelo VIH, o que constitui objecto do presente trabalho.

1.4 – PREVENÇÃO, REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS

Neste ponto faz-se uma abordagem sobre a prevenção e redução de riscos e minimização de danos, com a apresentação de algumas actividades desenvolvidas por estas estruturas, de forma a contextualizar o Programa Troca de Seringas (PTS) e visando populações diferentes.

A prevenção, que pode ser dirigida à população em geral ou selectiva visando grupos identificados de maior risco, tem por objectivo evitar a adesão ao consumo de drogas por parte dos indivíduos saudáveis.

A redução de riscos e minimização de danos não tem por objectivo evitar o consumo mas intervir junto dos consumidores, modificando os seus comportamentos de consumo para, em termos pessoais, reduzir o risco de contracção de doença. Em termos sociais minimizar os danos decorrentes dos comportamentos anti-sociais desta população.

1.4.1 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DA PREVENÇÃO

A Prevenção surge como intervenção prioritária, com investimentos humanos e financeiros apreciáveis. Constituem objectivos prioritários, o aumento da qualidade da intervenção preventiva, investindo-se na componente técnico-científica e metodológica e o aumento da abrangência, da acessibilidade, da eficácia e da eficiência dos programas de prevenção.

O IDT, IP. implementou a nível nacional Programa de Intervenção Focalizada (PIF) em contextos diferenciados: famílias, jovens vulneráveis, meios recreativos, bem como a produção de materiais técnico-pedagógicos. Foram, ainda, desenvolvidas parcerias, de forma a informar e sensibilizar as populações relativas aos riscos associados ao consumo de substâncias psicoactivas, tais como: “Copos, quem decide és tu”, a campanha que divulgou a ideia-chave “Energia usa só a tua”, protocolos com Federações desportivas, com instituições de ensino, Direcção Geral de Viação e outras.

O Projecto “*Copos, quem decide és tu*” desenvolveu-se em 12 escolas, abrangendo 29 turmas com 659 alunos. Participaram neste projecto 45 voluntários da Cruz Vermelha Portuguesa (CVP), previamente formados pelo IDT, IP e que se articularam com as estruturas locais das Delegações Regionais do IDT, IP.

O lema “*Energia usa só a tua*” foi sendo adaptado conforme os contextos e público-alvo, nomeadamente nos eventos, *Biketour* em Lisboa e no Porto; taça Coca-Cola; Corrida do Benfica; Torneio de Futebol de Rua da Associação CAIS; Feira da Saúde e Dia Internacional Contra o Abuso e Tráfico Ilícito de Drogas.

1.4.2 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DA REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS

As actividades desenvolvidas neste âmbito, são, em Portugal, concretizadas pelo IDT, I.P., com recursos próprios ou recorrendo a parceiros que para o efeito selecciona e financia.

A actividade de redução de riscos neste contexto específico da toxicodependência está relacionada a “uma filosofia de acção educativa e sanitária sem juízo de valor prévio sobre uma determinada conduta” (Baulenas, 1998, p7-8).

Nas actividades desenvolvidas importa também ressaltar que “a redução de danos não é contra a abstinência. Os efeitos prejudiciais do uso de drogas de risco ou da actividade sexual desprotegida podem ser colocados em um *continuum* (...). A abstinência é incluída como ponto final ao longo de um *continuum*, que varia de consequências excessivamente prejudiciais e consequências menos prejudiciais.” (Marlatt, 1999, p.47).

Assim, têm sido definidos objectivos e monitorizadas as acções que visam eliminar a partilha de seringas, eliminar relações sexuais desprotegidas, aumentar os programas de substituição opiácea, informar os consumidores do seu estado serológico relativamente às doenças infecciosas e que se qualificam como redução de riscos e minimização de danos.

Para o efeito, o IDT, I.P. definiu como objectivo relativamente às estruturas intervenientes *a criação de uma rede global de respostas integradas e complementares, no âmbito da redução de riscos e minimização de danos, com parceiros públicos e privados.*

Nesta rede salientam-se as estruturas de proximidade e de fácil acesso, em particular as Equipas de Rua, através das quais se constatou a existência de necessidades básicas de sobrevivência por parte dos consumidores de rua.

Têm tido relevância as parcerias com Autarquias, nomeadamente do Porto e Lisboa, criando estruturas de proximidade.

A integração e complementaridade de respostas têm sido obtidas através da articulação entre as estruturas de proximidade e os Centros de Acolhimento, Unidades de Tratamento do IDT, Centros de Saúde e Hospitais.

Neste contexto, o IDT, IP atribui financiamento a 24 Equipas de Rua, 4 Unidades Móveis, 4 Gabinetes de Apoio e 3 Centros de Acolhimento, que promovem o acompanhamento em média de 14.550 utentes por ano, distribuem 74.057 kits de material asséptico, 486.225 seringas, 400.175 preservativos, distribuem manuais de redução de riscos e outro material informativo, cujo financiamento médio anual ronda os 42.943 € por Equipa.

Como objectivo em intervenções específicas foi definido *fomentar uma intervenção específica ao nível da população jovem, procurando intervir na abordagem de rua informal, utilizando como agentes de intervenção privilegiados pares com formação adequada.*

Estas intervenções específicas ocorrem quando da realização de eventos de grande dimensão e a participação massiva de jovens.

1.5 - PROGRAMA TROCA DE SERINGAS – (PTS)

Neste ponto faz-se uma abordagem sobre o Programa Troca de Seringas (PTS), bem como um resumo de dois estudos de caso sobre o PTS, um realizado na Austrália e outro em Portugal.

Os Programas de Trocas de Seringas foram inicialmente controversos perante a opinião pública, mas a necessidade de travar a cadeia de propagação de doenças infecciosas entre os consumidores de droga injectada foi decisiva para a sua implementação.

Mais de 40 países a nível mundial possuem Programas Troca de Seringas (PTS), nomeadamente: Austrália, Bélgica, Brasil, Bulgária, Canadá, China, Croácia, República Checa, Dinamarca, Estónia, Finlândia, Hungria, Índia, Luxemburgo, Portugal, Estados Unidos da América, etc.

Hoje esta medida é inquestionável em todos os países da Europa variando a natureza e amplitude dos serviços distribuidores. De acordo com o Relatório Anual de 2005, do OEDT, os PTS tiveram início na Europa em meados da década de 1980. Em 2005 esses PTS já ocorriam em 28 países Europeus.

O Relatório Anual, de 2007, do OEDT, refere que a distribuição de seringas com base nas farmácias faz-se em 8 países Europeus (Bélgica, Dinamarca, Espanha, França, Países Baixos, Portugal, Eslovénia e Reino Unido). O número de farmácias que participam é variável, bem como a cobertura geográfica conseguida. Em Portugal participam 1300 farmácias.

Outro meio de distribuição são os municípios havendo países onde a legislação a isso obriga, como é o caso da Finlândia. Noutros países são os próprios serviços de saúde locais, como acontece com a Itália. Noutros ainda esta troca é efectuada por agências especializadas.

De um modo geral, para além da distribuição, os serviços que a praticam tem evoluído para o desempenho de outras medidas de promoção de saúde aos utilizadores de drogas injectáveis, tais como informação sobre as doenças infecciosas e sua transmissão por via endovenosa ou sexual, encaminhamento para serviços de tratamento, aconselhamento à realização de análises clínicas e vacinações.

Em 1993, Portugal, através de uma parceria entre o Ministério da Saúde, a Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (CNLCS) e a Associação Nacional de Farmácias (ANF), desenvolveu o Programa de Troca de Seringas (PTS), chamado “Diz não a uma seringa em segunda mão”.

O programa acima referido foi desenvolvido, tendo como premissa a constatação de que o grupo dos toxicod dependentes utilizadores de drogas injectáveis tem tido um peso crescente na transmissão de vírus do VIH.

Este Programa “Diz não a uma seringa em segunda mão”, visando travar a contaminação dos UDI tem um carácter claro de redução de riscos numa população socialmente marginalizada e de difícil abordagem. Tem como objectivos:

- ✘ Prevenir a transmissão endovenosa e sexual do VIH na população toxicod dependente;
- ✘ Evitar a partilha de seringas e de outro material usado na preparação da droga, facilitando o acesso a material estéril;
- ✘ Evitar o abandono e reutilização de seringas, recolhendo-as para destruição;
- ✘ Promover a prática de comportamentos sexuais seguros, incentivando o uso do preservativo.

Este programa foi implementado através da rede de farmácias, com uma adesão da grande maioria delas, foi conseguida uma cobertura nacional e uma intervenção de promoção de saúde face à qualificação profissional do farmacêutico.

1.5.1 – ESTUDO DE CASO AUSTRALIANO

Neste ponto apresenta-se, de forma sucinta, um estudo da implementação do PTS realizado, em 2000, na Austrália. Para o efeito o *Department of Health and Ageing (DHA)* associou-se ao *Health Outcomes International Pty Ltd (HOI)* e ao *National Centre for HIV Epidemiology and Clinical Research (NCHECR)* levando a cabo uma análise económica (custo-effectividade) dos programas de agulhas e seringas (NSPs) na Austrália.

A mesma análise foi utilizada no presente estudo em que se demonstra o retorno financeiro do investimento e o impacto na melhoria da qualidade de vida dos UDI.

No entanto, ressalva-se que a metodologia adoptada no estudo Australiano – comparação entre cidades com implementação PTS e cidades sem implementação PTS – não pode ser

aplicada na realização deste trabalho, uma vez que o PTS em Portugal abrange todas as cidades a nível nacional.

Neste estudo analisou-se a efectividade dos NSPs na prevenção da transmissão do VIH e Hepatite C (HCV), na Austrália, desde 1991 (data a partir da qual os NSPs foram devidamente estabelecidos em todas as jurisdições, excepto na Tasmânia) até ao final de 2000. Tendo como objectivos estimar a efectividade dos NSPs em relação à prevenção da transmissão do VIH, bem como das hepatites B, C e calcular o retorno do investimento em NSPs desde 1991 a 2000, para além de fornecer uma pesquisa actualizada sobre efectividade e eficiência dos NSP.

Para isso, foram recolhidos dados relativos ao custo da operacionalidade dos NSPs em todas as jurisdições da Austrália, e os custos do tratamento do VIH, HCV no actual ambiente clínico, de forma a possibilitar a determinação de valores de qualidade de vida para as pessoas com VIH e HCV assim como o desenvolvimento e a aplicação de um modelo económico de avaliação do retorno do investimento e impacto na qualidade de vida dos portadores.

Assim, tendo como pressuposto que a introdução dos NSPs não resultou no aumento da população que usa drogas injectáveis, os resultados do estudo demonstram que as NSPs foram, de qualquer modo, uma importante parte da estratégia de combate ao VIH/SIDA e hepatite C. Os NSPs representaram um medida de Saúde Pública criada com a finalidade de reduzir o contágio por via venosa do VIH e HCV entre os UDI, suportados por uma rede de redução de danos. Esta rede fornece uma série de serviços, que inclui material para injeção e locais para o efeito, educação e formação em redução de danos, referência para tratamento, cuidados médicos, serviços legais e sociais. Os NSPs são, também, um importante ponto para a recolha de material utilizado de injeção.

Nesta análise, repete-se o estudo da variação da prevalência do HIV nas cidades com e sem NSPs, visto que várias cidades introduziram NSPs após o estudo anterior (Hurley, Jolley, Kaldor, 1997), para além da utilização de uma metodologia similar para obter a efectividade dos NSPs na prevenção da infecção do HCV.

O estudo ecológico foi usado para comparar UDI com HIV e HCV em cidades com e sem NSPs.

A análise demonstrou que as cidades que introduziram NSPs apresentam um decréscimo anual de 18,6% na seroprevalência do HIV, comparativamente ao incremento anual de 8,1% nas cidades que nunca introduziram NSPs. Em média, a prevalência do HCV em cidades com NSPs é 37% inferior à das que não têm NSPs constatando-se que a seroprevalência do HIV diminui nos estudos dos UDI das cidades com NSPs, enquanto em cidades sem NSPs a seroprevalência de HIV aumenta.

É importante realçar que não é possível separar os efeitos da implementação dos NSPs das outras estratégias de prevenção do VIH, dado que os mesmos são componente de um pacote de redução de danos de forma a reduzir o risco de transmissão do sangue viral e outros danos associados à injeção de drogas. Salientam-se outros componentes, como a educação e aconselhamento, estratégias de tratamento da toxicod dependência com metadona e o fornecimento de material para injeção.

Os NSPs influenciam a transmissão do HIV e HCV através do incremento do uso de seringas esterilizadas, baixando a taxa de partilha de seringas e reduzindo, portanto, o contacto com estes vírus. Estima-se que aproximadamente 25.000 casos de VIH foram evitados entre UDI com a introdução do NSPs em 1998, como também providenciaram referências para centros de tratamento, preservativos e educação sobre redução de riscos.

Relativamente aos encargos financeiros dos NSPs foram incluídos apenas os custos directos¹, e os custos “equiparados” ou “económicos”², não estando reflectidos os custos indirectos, como os suportados pelas famílias, acomodações, etc.

Nesta análise existe evidência da *significante poupança para o governo* no investimento em NSPs e que as mesmas serão potencializadas no futuro. Em 2000, o governo conseguiu poupar \$373 milhões.

O estudo sobre os efeitos dos NSPs no HIV e HCV e conseqüente retorno do investimento desses programas reforçaram as “descobertas” (“achadis”) iniciais de Hurley, Jolley e Kaldor.

¹ Custos directos: que incluem os custos de funcionamento próprio dos NSPs, as infra-estruturas associadas com o seu desenvolvimento e funcionamento e os custos de recuperação de agulhas e seringas usadas.

² Custos “equiparados” ou “económicos” são os relacionados com a redução dos custos resultantes da prevenção ou o evitar de casos de HIV e HCV atribuíveis aos NSPs.

Os resultados demonstraram que os NSPs *são efectivos na redução da incidência de ambas as doenças e que representam um efectivo investimento financeiro por parte do governo.*

Quando considerados os efeitos dos NSPs na vida dos toxicodependentes, em especial os UDI, o estudo demonstra que estes têm um impacto positivo. Tal foi medido em termos de mortes evitadas, ganhos na duração e melhoria na qualidade de vida dos UDI. Esses benefícios são adicionais aos benefícios financeiros demonstrados.

O estudo demonstra, que os NSPs constituem um importante benefício de saúde pública e que a continuidade do investimento resultará em outras poupanças financeiras para o governo e na melhoria da quantidade e qualidade de vida dos UDI com acesso aos NSPs.

1.5.2 - ESTUDO DE CASO PORTUGUÊS

Em Portugal, foi efectuado um estudo de avaliação ao PTS, desde a sua implementação entre 1993 e 2001.

Este estudo foi mandado realizar, em 2002, pela Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (CNLCS), à empresa Exigo Consultores, com o objectivo de estimar o impacto do programa “Diz não a uma seringa em segunda mão” (DNSSM) na população de utilizadores de drogas injectadas em Portugal.

Este estudo procurou saber quais os benefícios obtidos com o programa e quais as consequências económicas da alocação de recursos exigida pela operação, bem como o impacto para a sociedade do programa do DNSSM na população portuguesa de UDI, no período de 1993 a Dezembro de 2001.

Para estimar a ocorrência de novas infecções em cada mês em cenários alternativos, com PTS e sem PTS, foi utilizado o modelo das cadeias de *Markov*. O impacto do Programa foi avaliado através de um indicador epidemiológico, número de infecções evitadas, e através das suas implicações económicas.

Para este estudo foram recolhidos os seguintes dados: (1) os encargos financeiros com programa para o período 1993-2001 que orçaram em cerca de 8.028.000€; (2) os custos

directos de tratamento anual por doente entre VIH/SIDA, entre os anos 1995 a 1998 que foram: 11.527,22€, 12.564,73€, 16.614,96€ e 16.405,46€, respectivamente.

Entre 1993 e 2001, em Portugal, foram distribuídas e recolhidas mais de 23 milhões de seringas

O estudo concluiu que foram evitadas mais de 7.000 novas infecções no período de 8 anos e por cada 10.000 UDI existentes no início do PTS.

De acordo com aquelas infecções evitadas, a poupança estimada resultante do seu não tratamento poderá ser superior a 400 milhões de euros.

Segundo as conclusões deste estudo, a implementação do programa DNSSM resultou numa boa utilização dos recursos públicos, à semelhança dos resultados obtidos noutros países, em que os custos de implementação são largamente compensados pelos benefícios do programa.

O próprio estudo cita Peters (1994) e Stimson (1995) que referem haver evidência de que os programas de troca de seringas poderão contribuir significativamente para a redução da partilha das mesmas e cita também Gruer (1993) e Durante (1995) quanto há evidência que os PTS contribuem significativamente para prevenção de infecção pelo VIH.

A libertação de recursos financeiros para outras áreas da saúde como consequência da poupança potencial gerada com a implementação do programa, pode contribuir de forma significativa para uma melhoria em áreas deficitárias.

Este estudo foi referenciado neste capítulo porque dos resultados nele obtidos e apresentados foram utilizados alguns pressupostos na presente investigação.

1.6 – EQUIPAS DE RUA – (ER)

Neste ponto pretende-se fazer uma breve abordagem sobre as actividades desenvolvidas pelas Equipas de Rua no contexto europeu e, em particular, no nacional.

As Equipas de Rua constituem um modelo de intervenção de proximidade dirigido a indivíduos sem qualquer contacto com os serviços existentes públicos, privados ou de natureza social e desintegrados socialmente, por vezes com problemas de subsistência.

Na sua actividade consta não só a troca de seringas mas também a prestação de apoios de sobrevivência, tais como distribuição de alimentos e roupas e o encaminhamento para os serviços adequados para fornecimento de abrigo e cuidados médicos. Nestes contactos são ainda transmitidas mensagens de educação para a saúde, nomeadamente sobre comportamentos sexuais e consumos de drogas.

1.6.1 - EQUIPAS DE RUA NA UNIÃO EUROPEIA

A actividade que designamos em Portugal por Equipas de Rua, surge com formatos diversos nos países europeus assumindo de facto o papel de serviços de proximidade descritos como de porta aberta, equipas de proximidade, centros de atendimento de dia e postos de saúde no terreno.

Na Suécia à cerca de 15 anos foram criados serviços de proximidade. Entretanto foram criados novos serviços deste tipo nos Países Baixos, Áustria, Dinamarca e Noruega. No entanto constata-se que a dimensão e âmbito destes serviços é muito variável de país para país. Nalguns casos chega a ocorrer apenas numa cidade.

Uma pesquisa efectuada nos diversos Relatórios Anuais do OEDT, revela pouca informação sobre este tipo de serviços, pelo que se conclui que os Estados-Membros lhe têm, até ao momento, atribuída pouca importância.

1.6.2 – EQUIPAS DE RUA EM PORTUGAL

Em 2001, através do Decreto-Lei nº 183 de 21 de Junho é aprovada a “ criação de programas e estruturas sócio-sanitárias destinadas à sensibilização e ao encaminhamento para tratamento de toxicodependentes bem como à prevenção e redução de atitudes ou comportamentos de risco e minimização de danos individuais e sociais provocados pela toxicodependência”. Neste diploma entre outros programas e estruturas sócio-sanitárias surgem as Equipas de Rua. É definido que as Equipas de Rua podem ser da iniciativa das Câmaras Municipais, da Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA, de entidades particulares ou, naquela data, do Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT).

São definidas as actividades das Equipas de Rua:

- a. Divulgar utensílios e programas de redução de riscos;

- b. Fornecer informação no âmbito das dependências;
- c. Interagir com os consumidores face a situações de risco;
- d. Promover o encaminhamento adequado das pessoas em situação de risco;
- e. Intervir nos primeiros socorros face a situações de emergência ou de negligência;
- f. Substituir seringas, de acordo com a lei.

De acordo com as actividades definidas podemos constatar que as Equipas de Rua têm um papel importante na redução de riscos para os toxicodependentes, que continuando sê-lo, devem seguir as orientações dadas pelos profissionais destas estruturas quanto aos utensílios que utilizam no consumo, sobretudo as seringas.

No âmbito da informação aos toxicodependentes o papel destas equipas está orientado para a prevenção, quanto a comportamentos sexuais, efeitos das diferentes substâncias consumidas e hábitos de higiene pessoal.

As Equipas de Rua têm ainda intervenção na mudança de hábitos interagindo com os consumidores no sentido de eliminar situações de risco e procurando encaminhá-los para outras estruturas, nomeadamente de tratamento.

Por último, uma das actividades particularmente importantes das Equipas de Rua é a resposta a necessidades imediatas e inadiáveis de socorro aos toxicodependentes com situações clínicas graves ou em condições limite de sobrevivência quanto à alimentação e alojamento.

Ainda, em 2001 foi publicado o Regulamento da Criação e Funcionamento das Equipas de Rua, bem como o Regulamento do Financiamento das Equipas de Rua, através das Portarias nºs 1114 e 1115, de 20 de Setembro, respectivamente. Com este quadro jurídico fica definido que o financiamento destas estruturas compete ao ex-IPDT e que à prestação deste serviço podem candidatar-se entidades privadas sem fins lucrativos, recaindo a selecção do projecto que melhor se adequa às necessidades.

Posteriormente em 2007, o Ministério da Saúde através das Portarias nºs 748 e 749, de 25 de Junho, revoga as Portarias anteriores de 2001. Com a Portaria nº748 estabelece regras de criação e funcionamento das Equipas de Rua ainda com base no Decreto-Lei nº 183/2001, de

21 de Junho, mas agora definindo critérios para a sua autorização e criação e regras de controlo da sua actividade, nomeadamente utilizando auditorias.

Com a Portaria nº 749, de 25 de Junho, referente ao financiamento, são melhoradas as condições de candidatura e selecção das entidades prestadoras do serviço, limitando o financiamento máximo a 80% dos custos sem admissão de excepções. Atribui agora ao IDT, I.P. sucessor do IPDT, as responsabilidades de financiamento.

Do ponto de vista económico, a existência de parceiros possibilita a implementação de um maior número de projectos no terreno, com menores custos para cada entidade, uma vez que estes são partilhados entre si. Assim, o IDT, I.P. contribui financeira e tecnicamente (seja pelo suporte técnico, seja pelo destacamento de técnicos). Já as entidades parceiras e executoras contribuem, através de financiamento directo e com bens de *apport* (viaturas, destacamentos de técnicos, entre outros).

O Instituto tem garantido ao longo destes anos a operacionalidade de 24 Equipas de Rua a nível nacional, com, distribuição geodemográfica que a resposta dos parceiros permite.

1.7 – AVALIAÇÃO ECONÓMICA

Neste ponto pretende-se descrever de forma sucinta a formação de redes inter-organizacionais, identificar as várias componentes da avaliação económica, os aspectos conceptuais da análise económica, bem como alguns tipos de avaliação económica em saúde.

1.7.1 – FORMAÇÃO DE REDES INTER-ORGANIZACIONAIS

Nas sociedades contemporâneas, a vida desenvolve-se no seio de organizações de variados tipos. De facto, verifica-se, cada vez mais, um aumento – em número, tamanho e complexidade – das estruturas organizacionais (Gómez e Rivas, 1989). Como analisa Chiavenato (1982, p.35) “o homem moderno passa a maior parte do seu tempo dentro de organizações, das quais depende para nascer, viver, aprender, trabalhar, ganhar seu salário, curar suas doenças, obter todos os produtos e serviços de que necessita (...)”.

Independentemente dos objectivos educacionais, económicos, políticos, religiosos e sociais, as organizações/instituições envolvem os seus profissionais em “redes”, tornando-os mais dependentes das actividades que levam a cabo, pois as mesmas contribuem para a satisfação da maioria das suas necessidades humanas.

O trabalho em rede estabelece e explora laços cuja natureza deve ser tida em consideração na formação de redes inter-organizacionais (*networks*).

Segundo Ebers, M. e Grandori, A. (2001), existem dois níveis de laços que podem ligar as organizações: ligações a nível institucional, normalmente conceptualizadas de forma organizacional e ligações a um nível mais micro-analítico e transaccional.

Os estudos e as investigações sobre *networks* apresentam uma visão segundo a qual o trabalho em rede (*networking*) é uma forma organizacional com os seus próprios elementos, diferentes dos constituintes dos mercados e das hierarquias.

Para os autores supra citados esta visão tende a definir *network* de forma mais estrita tentando os seus proponentes identificar traços organizacionais do trabalho em rede que não são típicos nem das economias de mercado nem das hierarquias.

Estes traços incluem grupos de pares que tomam decisões recíprocas, preferenciais e acções de suporte mútuas baseadas na confiança e em acordos informais e extra-contratuais.

É, no entanto, necessária uma análise mais arguta dos mecanismos pelos quais as actividades das organizações nas *networks* são coordenadas, sejam as formas que podem ser encontradas na prática ou as que são descritas na literatura.

Uma questão primordial é a de saber que configurações ou fluxos de recursos, expectativas e informações podem ser efectivamente governadas por que tipos de mecanismos de coordenação.

Uma forma de tentar alcançar este rigor na conceptualização de diferentes formas de trabalho em redes inter-organizacionais seria focá-la nas relações ou laços entre as organizações, especificamente nos recursos, na informação e nos fluxos ou interdependências das actividades e analisar como são governados.

Os estudos sobre o assunto mostram uma enorme variedade de mecanismos de coordenação usados nos arranjos intra-redes de trabalho e que incluem:

- ✗ Ajustamento mútuo directo entre duas ou mais partes para a produção de decisões conjuntas numa base de paridade e sem protecções ou certificações contratuais explícitas;
- ✗ Ajustamento e coordenação suportados por uma terceira parte sem autoridade, numa mediação transversal semelhante ao papel da integração e ligação nas organizações;
- ✗ Delegação, em vários graus, de tarefas de controlo das estruturas e autoridades centrais;
- ✗ Institucionalização de sistemas, regras ou procedimentos inter-estruturas, sejam formais ou informais;
- ✗ Uso de sistemas bilaterais ou multilaterais de garantia e segurança obtidos através de incentivos e *commitment* e não de supervisão;
- ✗ Criação de uma arquitectura de incentivos que possa dividir pelas diferentes estruturas e em várias combinações os ganhos (por exemplo direito sobre prémios, uso de recursos, direitos de monitorizar). Esta arquitectura pode gerar comportamentos cooperativos noutras actividades relacionadas.

Focando nos mecanismos de coordenação pode desenvolver-se uma conceptualização diferente e mais fina que permita desenhar extensivamente sobre o conhecimento acumulado sobre os antecedentes e consequências dos vários mecanismos de coordenação.

Ainda segundo Ebers, M. e Grandori, A. (2001), algumas das dimensões relevantes que têm sido especificadas e largamente usadas na investigação sobre trabalho em rede são:

- ✗ A direcção e intensidade dos fluxos de recursos;
- ✗ A tecnologia e as economias de escala, foco (*scope*) e aprendizagem;
- ✗ A complexidade da informação e a capacidade dos actores preverem a sua propensão para o oportunismo nas transacções.

Para Castells (2004), uma rede baseia-se em nós e nas suas interconexões e a questão de fundo é que estes nós se possam reconfigurar de acordo com novas tarefas e objectivos, podendo diminuir ou aumentar de importância, conforme o conhecimento e informação que ganham ou perdem. Daí que a relação entre a flexibilidade da estrutura da rede e a sua configuração espacial seja uma questão em aberto, que deve ser resolvida pela investigação e não pelo senso comum.

Este autor introduziu a expressão “Espaço dos Fluxos”, ou seja, a formação de complexos de actividades transterritoriais, aplicada aos espaços financeiros ou de produção dos *media* ou às cadeias de produção de alta tecnologia, feitos de espaços específicos que se interligam com outros, mas largamente independentes do seus arredores imediatos.

Na formação de redes inter-organizacionais há que analisar, segundo Ebers, M. e Grandori, A. (2001), três tipos de laços existentes entre as organizações:

- ✦ Os fluxos de recursos e actividades que levam à interdependência entre organizações;
- ✦ Os fluxos de expectativas mútuas entre os actores organizacionais e que influenciam as suas percepções das oportunidades e riscos de colaboração;
- ✦ Os fluxos de informação que influenciam as percepções dos actores e guiam as suas decisões e acções no que diz respeito à forma e ao conteúdo das redes inter-organizacionais.

Os fluxos de recursos e actividades, expectativas e informação entre organizações desempenham um importante papel na estruturação e funcionamento das redes inter-organizacionais.

A conceptualização essencial de recursos e de laços de actividade, expectativas mútuas e fluxos de informação são demasiado generalistas e necessitam mais aprofundamento e especificação.

Uma destas análises específicas, e que é frequentemente negligenciada, é a dos custos específicos do trabalho em redes inter-organizacionais.

Os custos do trabalho em rede inter-organizacional são os que advêm do seu estabelecimento, manutenção e gestão.

Podem, de uma forma generalizada, considerar-se estes custos de transacção, embora não deva negligenciar-se a possibilidade de custos e benefícios ocultos a longo prazo. De uma forma específica estes podem considerar-se na toxicodependência.

O combate ao consumo de droga e substâncias psicoactivas envolve um conjunto elevado de actividades, desenvolvidas por diversos parceiros públicos, privados e pela sociedade civil, constituindo uma rede complexa de recursos e estruturas.

Este trabalho em rede assenta nos laços entre parceiros que constituem, cada um, com as suas capacidades. Em particular as Equipas de Rua são o resultado do financiamento pelo IDT e Autarquias, o fornecimento de recursos materiais e humanos por Instituições de Solidariedade Social (IPSS) e a supervisão técnica por parte do IDT, constituindo um trabalho em rede de grande flexibilidade organizacional para uma resposta ajustada às necessidades da população toxicodependente.

1.7.2 - COMPONENTES DA AVALIAÇÃO ECONÓMICA

A análise económica inicia-se com a identificação dos custos/desvantagens e sua representação em unidades monetárias, sendo os custos estudados e analisados do mesmo modo nas diferentes avaliações económicas, diferenciando-se apenas na abordagem e tratamento das consequências/benefícios.

De acordo com a posição de Freitas (2005), é importante ter em consideração que na avaliação económica o valor para a sociedade pode ser medido/representado por rácio. Por exemplo, benefício-custo, não sendo, contudo, representativo para todos os membros da sociedade, pois o conceito *custo* é diferente de preço ou de pagamento directo. O custo está em função dos recursos utilizados e dispendidos, sendo o preço, por sua vez, o pagamento daquele serviço/prestação, ou seja, o que o utilizador paga.

Os custos podem ser de três naturezas: directos, indirectos e intangíveis. Directos quanto são recursos utilizados/dispêndidos na execução do diagnóstico no âmbito da prevenção ou tratamento, como é o caso dos honorários dos profissionais de saúde, dos de apoio logístico, gestão e de cuidados clínicos, tais como, medicamentos, cuidados domiciliários, diagnóstico e terapêutico; os custos indirectos dizem respeito aos recursos perdidos, desperdiçados devido à doença ou à intervenção para prevenir ou tratar de uma doença (que não se traduz numa

transferência monetária), tais como perda de rendimento ou de horas de trabalho. Incluem, ainda, os custos com a morbilidade e a mortalidade. Quanto aos custos intangíveis, estes são considerados como os efeitos secundários provocados por factores psicológicos, tais como o *stress* não controlado, fobias, dor, etc.

À similitude do que acontece com os custos há também a considerar três tipos de benefícios: os directos, indirectos e intangíveis. Os directos são considerados como poupanças (por serem encarados como custos evitados), pois verifica-se uma diminuição do défice da produção evitando a incapacidade física e a redução de mortes. Os benefícios indirectos incluem os custos que são passíveis de evitar, no futuro, em tratamento, bem como no pagamento de pensões ou seguros. Estes benefícios reflectem-se também na redução dos custos quer com o pessoal quer de materiais, e das intervenções seguintes tendo em vista a redução de riscos e a minimização de danos. Por sua vez, os intangíveis são benefícios psicológicos decorrentes do progresso técnico dos cuidados de saúde, muito difíceis de quantificar como, por exemplo, a redução da dor.

Em resumo, o desenho de uma avaliação económica faz-se em torno de uma determinada perspectiva. O horizonte analítico deve ser suficientemente longo, para que todos os custos e consequências que ocorram no futuro, como resultado do programa em análise, sejam contabilizados.

Se existirem diferentes perspectivas pode significar medir diferentes fontes de custos assim como diferentes consequências.

1.7.3 – ASPECTOS CONCEPTUAIS DA ANÁLISE ECONÓMICA

Uma análise económica dos cuidados de saúde centrados nas Equipas de Rua tem como ponto de partida o conceito de eficiência económica. A utilização deste conceito tem implicações positivas e normativas.

Em primeiro lugar, numa perspectiva positiva, permite explicar e discutir o problema, não só em termos das variáveis económicas e político-sociais afectadas mas também das consequências para a sociedade.

Em segundo lugar, na perspectiva normativa, a eficiência económica permite estabelecer um conjunto de objectivos económicos e político-sociais, que devem ser alcançados através da

escolha de uma solução economicamente eficiente, resultante da comparação dos Programas A e B. Obviamente, a eficiência económica não é o único objectivo, nem porventura o mais relevante em muitas circunstâncias. Porém, a análise económica pode ser útil não apenas pelo instrumento de quantificação (que não será passível de utilização em todas as circunstâncias) mas também pela melhoria da qualidade dos cuidados prestados, traduzidos em ganhos em Saúde.

É importante reiterar que o conceito de eficiência económica é, infelizmente, muitas vezes mal interpretado. Eficiência económica significa *máximo benefício a um dado custo, ou custo mínimo para um dado benefício*. Com efeito, comparar custos independentemente dos benefícios gerados não é uma boa medida de eficiência, podendo mesmo induzir em erro. Dito de outro modo, a minimização absoluta dos custos, a maior parte das vezes apenas numa das ópticas do avaliador (do Hospital, do Centro de Saúde, da Câmara Municipal, do Serviço Nacional de Saúde, do Governo, do indivíduo, etc.) não é a solução economicamente eficiente. Por outro lado, a maximização dos benefícios, menos os custos, é uma medida possível de eficiência económica, também ela com alguns problemas metodológicos, mas certamente mais adequada que a simples comparação de custos.

Importa também salientar que os benefícios e os custos a ter em conta numa análise rigorosa não se limitam aos benefícios e aos custos monetários. Uma análise de custo-benefício adequada tem de incluir benefícios e custos psicológicos, sociais, políticos e culturais. Todavia, para facilitar a apresentação dos resultados da análise económica, e sem perder o rigor absolutamente necessário, os benefícios e custos apresentam-se medidos em unidades monetárias. Daí falar-se de uma métrica monetária.

É inquestionável que o económico não esgota o humano. Seria um erro metodológico excluir da análise económica os benefícios e custos não monetários. Mas não menos erróneo, seria não reconhecer a forma de pensar da ciência económica. Esta última é antes de tudo a ciência da escolha individual num mundo onde os recursos são escassos e susceptíveis de aplicações alternativas.

A tarefa da análise económica é estudar as implicações da racionalidade individual na satisfação dos interesses desses indivíduos. Interessa mencionar que racionalidade individual não deve ser confundida com cálculo otimizador. Em termos económicos, um determinado comportamento é racional se estiver de acordo com o modelo de escolha racional,

independentemente de o indivíduo em causa desenvolver ou não um complexo cálculo otimizador. Por outro lado, a procura da satisfação pessoal não deve ser confundida com egocentrismos, pois a procura da felicidade dos outros é *per si* satisfação pessoal.

A análise económica, tal como é entendida e apresentada, tem sempre duas vertentes fundamentais. A primeira, numa perspectiva lógico-dedutiva, ostenta um modelo tecnicamente consistente que expõe os benefícios e os custos e explica como devem ser comparados. A segunda vertente, iminentemente empírica, apresenta uma comparação de custos e benefícios traduzidos em unidades monetárias, tendo em conta os dados disponíveis.

1.7.4 - TIPOS DE AVALIAÇÃO ECONÓMICA EM SAÚDE

A informação sobre os custos e os benefícios na saúde é fortuita, mas uma abordagem organizada dá-nos um enquadramento útil para organizar o conhecimento e para ajudar os decisores na definição de políticas concretas. De forma a uma tomada de decisões e opções em tempo real e de forma explícita, os agentes económicos recorrem a avaliações económicas como um processo que permite uma análise comparativa de actividades alternativas, em termos de custos e consequências (Drummond, O'Brien, Stoddard, Torrance, 1997).

Na afectação de recursos aos cuidados de saúde a avaliação económica é um instrumento útil na tomada de decisão, quando utilizada com o saber clínico, com o diálogo com os pacientes e reconhecimento da diversidade das doenças e instituições, sendo, porém, crucial, definir o contexto no qual o estudo é efectuado e os elementos que farão parte da análise.

Na literatura são descritos tipos de avaliação económica em cuidados de saúde (Drummond et al., 1997), cuja enumeração se faz na tabela seguinte incluindo as medidas dos custos e das consequências/benefícios.

TABELA 3 – TIPOS DE AVALIAÇÃO ECONÓMICA EM CUIDADOS DE SAÚDE

TIPO DE AVALIAÇÃO	CUSTOS	MEDIDA DE BENEFÍCIOS
ANÁLISE MINIMIZAÇÃO DE CUSTOS – AMC	€	€
ANÁLISE CUSTO-EFFECTIVIDADE - ACE	€	Unidades físicas, ex.: Anos-vida ganhos
ANÁLISE CUSTO-UTILIDADE - ACU	€	Estado saúde, ex Qalys
ANÁLISE CUSTO-BENEFÍCIO - ACB	€	“Willingness-to-pay”

Segundo Drummond et al., 1997, descrevem-se de uma forma mais pormenorizada, alguns de tipos de avaliação económica.

1. ANÁLISE DE MINIMIZAÇÃO DE CUSTOS (AMC)

Caracteriza-se por medir os custos das várias opções em unidades monetárias. Os benefícios das várias opções são idênticos, qualquer que seja a opção escolhida.

Neste tipo de análise os benefícios não são quantificados, apenas os custos em unidades monetárias, logo não permite a avaliação do valor absoluto de uma opção. O resultado é o custo total expresso em unidades monetárias.

2. ANÁLISE CUSTO-EFFECTIVIDADE (ACE)

Esta análise procura responder a dois tipos de questões:

- * Que programa é capaz de realizar objectivos pré-fixados a menor custo, como por exemplo, o custo mais baixo por vida salva?
- * Que programa permite maximizar os benefícios de uma dada verba?

Esta análise é muito utilizada na área clínica, já que procura comparar o custo de alternativas de tratamento opcional por resultados de saúde obtidos, determinados *a priori*. *Os programas de troca de seringas são mais custo-efectivo do que os programas de educação, para prevenir infecções pelo VIH em UDI.*

Os custos são calculados em unidades monetárias e os benefícios são medidos em unidades físicas. As unidades físicas são: anos de vida salvos, mortes evitadas, casos prevenidos, número de casos detectados, dias de incapacidade evitados, redução da tensão arterial, etc.

Esta análise permite determinar quais as intervenções que devem ser incluídas no estudo e ajuda a definir os objectivos da análise, bem como obriga a especificar as perspectivas económicas, o tempo em que decorre o estudo, o horizonte analítico e define *à priori* como vão ser contabilizados os custos e benefícios.

3. ANÁLISE CUSTO-UTILIDADE (ACU).

Nesta análise a efectividade alcançada por um programa pode ser diferente de acordo com o tipo de intervenção, sendo alguns benefícios mais valorizados que outros. Podem, entre outros ser medidos em *QALY(s)*, anos ganhos de vida ajustados pela Qualidade, ou ganhos em *HYE(s)*, anos de vida saudáveis.

A *ACU* tem em consideração as preferências dos cidadãos e para medi-las são utilizadas escalas regulares de fácil compreensão. No âmbito da saúde, as escalas são sistemas de classificação multi-atributo de escala pré-definida. Constantemente são aperfeiçoadas novas escalas multi-atributo, direccionadas para patologias específicas, que requerem análises menos generalizadas.

Esta análise utiliza-se para fazer uma comparação entre as alternativas em estudo, como por exemplo, o custo-utilidade da utilização de uma bomba perfusora de baclofeno para tratamento de doentes com espasticidade grave (paraplégicos e tetraplégicos), fazendo uma comparação de custos com o tratamento oral, implicando internamento hospitalar. Procedem-se, então, ao cálculo sobre os custos do tratamento dos doentes nas duas alternativas em estudo e determinam-se os anos de vida ajustados pela qualidade para a alternativa da bomba perfusora.

4. ANÁLISE CUSTO-BENEFÍCIO (ACB)

Esta análise pode ser definida como um método de avaliação de uma realidade ou proposta que permite uma comparação explícita desta com propostas alternativas, incluída entre as alternativas, utilizando uma métrica comum, expressa em valores monetários.

A *ACB* tem em conta todos os custos e benefícios consequentes de uma determinada proposta ou apenas aqueles que se relacionam com a actividade económica, de forma a calcular explícita e completamente o custo de oportunidade gerado pela proposta em análise. Por outras palavras, a *ACB* não se limita aos custos e benefícios directos ou imediatos, nem apenas àqueles que apresentam um peso económico significativo ou de fácil mensuração. Uma parte fundamental da *ACB* consiste precisamente em desenvolver uma forma de determinação de custos e benefícios intangíveis, sejam psicológicos, sociais, políticos ou culturais.

A *ACB* consiste essencialmente em três passos:

- a. Determinação do método de cálculo de custos e benefícios, incluindo a métrica adequada;
- b. Utilização da informação disponível para calcular custos e benefícios;
- c. Ordenação das várias soluções ou propostas de acordo com um ou mais critérios estabelecidos.

Neste estudo avaliam-se as infecções evitadas pelo VIH, em consequência da intervenção de um determinado programa e avaliam-se também os custos evitados com o tratamento daquelas possíveis infecções.

Dos tipos de avaliação económica em cima descritos, a *AMC* avalia custos em unidades monetárias, não quantificando os benefícios, pelo que não se adequa ao estudo. Por outro lado a *ACU* não só utiliza parâmetros inadequados para qualificar os benefícios deste estudo, como considera propostas alternativas, o que não é o presente caso. Como última razão para não utilização este tipo de avaliação é o facto de esta ter em conta preferências dos cidadãos, o que não acontece neste caso, pois a vontade da população alvo não foi considerada.

No presente estudo que avalia como benefícios infecções evitadas e como custos as Equipas de Rua, realça-se a avaliação económica *ACE*. Mas também se apresenta como benefício os custos evitados com o tratamento das infecções prevenidas pelo que acessoriamente também se utiliza a *ACB*.

1.8 – SÍNTESE DAS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Concluído o enquadramento teórico do trabalho, importa salientar os objectivos da presente investigação, isto é, os objectivos do presente estudo, isto é, identificar o impacto da intervenção das Equipas de Rua na diminuição do número de infecção pelo VIH, verificar em que medida os recursos financeiros afectos às Equipas de Rua, se revelam eficazes e eficientes na diminuição de infecções pelo VIH e, por último, identificar o custo-efectividade, relacionado entre o investimento realizado e os resultados obtidos ao nível de número de infecções pelo VIH, que foi possível evitar.

CAPÍTULO II – METODOLOGIA

Terminada a fase do trabalho em que se procuraram clarificar conceitos, dimensões e variáveis da matéria teórica, fez-se a síntese das questões de investigação e procedeu-se ao desenho do estudo empírico.

2.1 – PRESSUPOSTOS E DADOS UTILIZADOS

Pode-se caracterizar a primeira parte deste estudo, segundo Carmo e Ferreira (1998, p.213), do tipo descritivo, porque “implica estudar, compreender e explicar a situação actual do objecto de investigação”. A segunda parte do tipo analítico pretende estudar o impacto da entrada/surgimento das Equipas de Rua na diminuição do número de infecção pelo VIH.

A maior dificuldade encontrada na realização do presente estudo centrou-se na dificuldade de recolha e obtenção de dados, devido à inexistência de uma única base de dados no IDT, I.P. que permitisse a obtenção da informação necessária para a análise.

Igualmente limitativa foi a escassez de números oficiais que a nível nacional contabilizam e caracterizam a população toxicodependente, bem como as taxas de prevalência dos utilizadores de drogas injectáveis, pelo que se utilizaram as estimativas obtidas nos anos 2000 e 2005 dos estudos encomendados pelo ex-IPDT em 2000 e pelo IDT em 2005, à Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto, Prof. Jorge Negreiros.

A consistência do estudo só pode ser garantida, na maior parte dos exercícios analíticos, mediante a utilização de pressupostos mais ou menos rígidos. Assim, para a realização deste estudo foram definidos alguns pressupostos, que se enumeram:

- i. O PTS, teve impacto directo na diminuição do número de infecções pelo VIH, através da modelação realizada no estudo efectuado pelo EXIGO em 2002, como é referido no ponto 1.5.2 – Estudo de caso português - reflectindo as mudanças comportamentais (partilha de material de injeção), o impacto do *washing out* das seringas “*per si*”, bem como a progressão da doença pelos vários estádios;
- ii. O impacto das Equipas de Rua é avaliado sobre a população toxicodependente utilizadora de drogas injectáveis – UDI;
- iii. As notificações de infecção pelo VIH na população toxicodependente UDI a nível nacional e por distritos, nos anos em estudo foram calculadas do seguinte modo:

$$NNUDI = NTNPT \times \frac{MPTUDI}{MPCPD} \quad (2)$$

NNUDI – N.º NOTIFICAÇÕES NA POPULAÇÃO TOXICODEPENDENTE UTILIZADORA DE DROGAS INJECTÁVEIS;

NTNPT – N.º TOTAL DE NOTIFICAÇÕES NA POPULAÇÃO TOXICODEPENDENTE,

MPUDI – MÉDIA DA POPULAÇÃO TOXICODEPENDENTE UTILIZADORA DA DROGAS INJECTÁVEIS NO ANO N;

MPCPD – MÉDIA DA POPULAÇÃO CONSUMIDORA PROBLEMÁTICA DE DROGAS (POPULAÇÃO TOXICODEPENDENTE) NO ANO N.

- iv. As Equipas de Rua foram a única alteração considerada neste trabalho, mantendo-se constante os restantes agentes do PTS (hábitos, rede de distribuição de seringas e Kits nas farmácias, etc.).

Para o presente estudo foram utilizados os seguintes dados:

- População portuguesa nos anos 2000 e 2005, na faixa etária entre 15-64 anos – (INE);
- População com consumos problemáticos de drogas nos anos de 2000 e 2005 ⁽³⁾;
- População consumidora de drogas injectáveis nos anos 2000 e 2005 ⁽⁴⁾;
- Número de notificações pelo VIH por ano de diagnóstico – (CVEDT);
- Número de Equipas de Rua e o seu custo nos anos 2004 a 2006 – (IDT);
- Custo anual de tratamento por doente com infecção pelo VIH – ⁽⁵⁾;
- Custo unitário das seringas – ⁽⁶⁾.

Salienta-se que o número de notificações por infecção pelo VIH são dados agrupados anualmente e por distrito, que podem revelar maior ou menor discrepância temporal conforme se adopte a notificação por ano de diagnóstico ou por data de notificação. Optou-se pela menor discrepância, a notificação por ano de diagnóstico.

2.2 – ESTIMATIVA DE PREVALÊNCIA DOS CONSUMIDORES PROBLEMÁTICOS DE DROGAS

Para realização deste trabalho foram necessários os dados referidos anteriormente, mas no caso da população com consumos problemáticos de drogas e população utilizadora de drogas injectáveis, apenas existiam estimativas calculadas por estudos encomendados pelo IDT, I.P..

Assim, entenda-se como “consumo problemático de drogas”, conforme definição adoptada pelo Observatório Europeu das Drogas e Toxicodependência (OEDT 2000) o uso de drogas por via intravenosa ou o uso regular/de longa duração de drogas opiáceas, cocaína e/ou anfetaminas.

⁽³⁾ Estudos encomendados pelo ex-IPDT em 2000 e pelo IDT em 2005, à Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto, Prof. Jorge Negreiros.

⁽⁴⁾ Estudos encomendados pelo ex-IPDT em 2000 e pelo IDT em 2005, à Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto, Prof. Jorge Negreiros.

⁽⁵⁾ site – www.contratualização.min-saúde.pt

⁽⁶⁾ Estudo de avaliação ao PTS encomendado em 2002 pela Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA á empresa EXIGO consultores.

São excluídos da definição o consumo de *ecstasy* e de *cannabis* bem como o consumo irregular de cocaína e/ou anfetaminas.

De facto, o consumo de drogas ilícitas constitui um “comportamento oculto” sendo apenas possível de estimar com recurso a diferentes métodos e dados de diferentes organizações/origens.

Importa por isso fazer uma breve abordagem da realização das referidas estimativas.

Negreiros (2000, 2005) adoptou diferentes métodos para gerar estimativas de prevalência dos consumidores problemáticos de drogas e da subpopulação UDI daqueles consumidores, entre os quais o método *back-calculation* e métodos de multiplicação, originando deste modo, diferentes estimativas de prevalência de consumidores problemáticos de droga em Portugal.

Os dados utilizados têm origem em diversas fontes: O IDT, I.P. com o número de toxicodependentes em tratamento e as Equipas de Rua com os toxicodependentes contactados.

Deste modo, através do método *back-calculation* foi determinada a estimativa dos utilizadores de drogas injectáveis, para o ano de 2000. Para o ano de 2005 para igual cálculo foi utilizado o método multiplicador com base nos dados das Equipas de Rua.

O número de utilizadores de drogas injectáveis em 2000 representam um intervalo compreendido entre [26.920; 43.966] de indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, representando uma taxa 4,3 a 6,4 por cada 1.000 habitantes. Para o ano de 2005, as estimativas dos utilizadores de drogas injectáveis está compreendida no intervalo [30.833; 35.576], a que corresponde uma taxa de 4,3 a 5,10 por cada 1.000 habitantes.

TABELA 4 – ESTIMATIVA DA PREVALÊNCIA DOS CONSUMIDORES PROBLEMÁTICOS

	2000	2005
Consumidores de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas ou Consumidores destas drogas com consumos de longa duração/uso regular, ou Consumidores por via endovenosa (CONSUMIDORES PROBLEMÁTICOS DE DROGAS)	[48.673; 73.010]	[44.653; 53.240]
TAXA POR 1.000 HABITANTES	6,4 - 10,7	6,2 - 7,4
Consumidores de heroína, cocaína ou anfetaminas com consumos de longa duração/uso regular, ou Consumidores por via endovenosa (UDI)	[26.920; 43.966]	[30.833; 35.576]
TAXA POR 1.000 HABITANTES	4,3 - 6,4	4,3 - 5,10

Fonte: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto, Prof. Jorge Negreiros.

Pelo método multiplicador, em 2000, foi calculada a estimativa dos consumidores problemáticos de drogas, representando o intervalo de [48.673; 73.010], que corresponde uma taxa de 6,4 a 10,7 por cada 1.000 habitantes. Para o ano de 2005, também através do referido método a estimativa desta população foi representada no intervalo de [44.653; 53.240], a que corresponde uma taxa de 6,2 a 7,4 por cada 1.000 habitantes.

Para o estudo do impacto das Equipas de Rua foram consideradas as médias das estimativas e as médias das taxas das populações consumidores problemáticos de drogas e utilizadores de drogas injectáveis, conforme se demonstra no quadro 2.

TABELA 5 – MÉDIAS DAS ESTIMATIVAS E DAS TAXAS

	MÉDIAS DO ANO 2000	MÉDIAS DO ANO 2005
CONSUMIDORES PROBLEMÁTICOS DE DROGAS	68.842	48.947
TAXA POR 1.000 HABITANTES	8,55	6,8
UTILIZADORES DROGAS INJECTÁVEIS	35.443	33.205
TAXA POR 1.000 HABITANTES	5,35	4,7

2.3 – CRITÉRIOS DE SELECÇÃO DE DADOS

A amostra das notificações de infecção pelo VIH por ano de diagnóstico foi caracterizada com base em variáveis sócio-demográficas, população portuguesa e população toxicod dependente.

Foram seleccionados seis anos de intervenção do PTS, com os quais se constituíram dois Cenários: o Cenário 1 - PTS sem Equipas de Rua e o Cenário 2 - PTS com Equipas de Rua.

Os estudos das estimativas do consumo problemático de drogas realizado pela Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto, Prof. Jorge Negreiros, calcularam as estimativas das populações referentes aos anos de 2000 e 2005. Por esse motivo foram seleccionados os anos anterior e posterior aos anos de 2000 e 2005 para a recolha de dados: seleccionou-se para o Cenário 1 as notificações de infecção pelo VIH por ano de diagnóstico ocorridas nos anos 1999, **2000** e 2001; para o Cenário 2, as notificações ocorridas nos anos 2004, **2005** e 2006.

Para cada Cenário, que abrange um período de 3 anos, considerou-se que as notificações referentes a UDI são proporcionais à relação entre a estimativa da população média com consumos problemáticos de drogas e a estimativa da população média UDI nos anos de 2000 e 2005, respectivamente conforme pressuposto referido anteriormente.

Salienta-se ainda, que os dados trabalhados estatisticamente são dados agrupados, o que originou desde logo limitações no tratamento estatístico.

Quanto aos custos foram considerados como custos directos os custos de produção e distribuição das seringas e o custo de financiamento atribuído pelo IDT, I.P às Equipas de Rua.

O custo anual de tratamento por doente com infecção pelo VIH foi obtido no site do Ministério da Saúde, “Modalidade do Pagamento para a Infecção VIH/SIDA”. Naquele custo foram contabilizados os custos previsíveis com terapêutica, meios de diagnóstico e o valor de cada consulta externa.

Salienta-se, que para ambos os Cenários foram aplicados o mesmo custo anual por doente e o mesmo custo de produção e distribuição das seringas, por forma a ser observável apenas, a variação do número de infecções pelo VIH.

2.4 – MÉTODO APLICADO PARA CÁLCULO/DETERMINAÇÃO DO IMPACTO DAS EQUIPAS DE RUA

Na análise estatística para medir o impacto da intervenção das Equipas de Rua na diminuição do número de infecções pelo VIH na população toxicodependente (consumidores problemáticos de drogas) foi utilizado um teste não-paramétrico: *teste de Mann-Whitney (TMW)*, dado que compara o centro de localização de duas amostras, como forma de detectar diferenças entre as duas populações correspondentes e o *Coefficiente de Correlação Ró de Spearman* que mede a intensidade da relação entre variáveis ordinais ou quando não tem distribuição normal.

No que diz respeito ao TMW, a sua escolha decorreu da pequena dimensão da amostra em estudo ($N=6$; $n_1=3$ e $n_2=3$) e do facto de estarmos perante dados agrupados (transformados).

Optou-se também por utilizar o teste *Mann-Whitney* dado que os pressupostos do Teste T para amostras independentes não são cumpridos.

A hipótese nula do teste de *Mann-Whitney* é:

H_0 : As Equipas de Rua **não têm impacto** na diminuição do número de infecções pelo VIH na população toxicodependente.

Este teste baseia-se na ordenação das variáveis. A expressão é dada por:

$$U = \min (U_1; U_2)$$

$$U_1 = n_1 \times n_2 + [n_1 (n_1 + 1)/2] - R_1$$

$$U_2 = n_1 \times n_2 - U_1$$

Onde,

n_1 = dimensão da menor amostra;

n_2 = dimensão da maior amostra;

R_1 = soma das ordenações da menor amostra.

A estatística do teste U é calculada ordenando crescentemente as observações conjuntas das duas amostras sem se perder de vista o grupo a que pertencem e obtendo a soma das ordens da amostra de menor tamanho, que se designa por R_1 ou estatística de *Wilcoxon W*.

U_1 conta o número de vezes que, na amostra combinada ordenada, uma observação do grupo com menor dimensão antecede uma observação do grupo de maior dimensão.

Para calcular o teste, as observações de ambas as amostras são combinadas e ordenadas crescentemente. A menor observação passa a ter o valor 1, a seguinte o valor 2 e assim sucessivamente. Se existem observações com o mesmo valor, chamados empates, atribui-se-lhes o valor médio dado pela posição sequencial das observações que lhe correspondiam, caso não tivessem o mesmo valor.

O coeficiente de correlação *Spearman* varia entre -1 e 1 e quanto mais próximo estiver destes extremos, maior será a associação linear entre as variáveis. O sinal negativo da correlação

significa que as variáveis variam em sentido contrário, isto é, as categorias mais elevadas de uma variável estão associadas a categorias mais baixas da outra variável.

Decorrente da hipótese anterior impõe-se a análise económica custo – efectividade a qual compara o Cenário 1 com o Cenário 2, em termos do seu custo e do número de unidades físicas de saúde obtidas. Os custos são medidos em unidades monetárias e os benefícios/consequências em unidades físicas, isto é, neste trabalho as unidades físicas são o número de infecções pelo VIH evitadas.

O impacto já demonstrado do PTS na redução do número de novas infecções pelo VIH evidenciou, que por comparação com a alternativa da sua não implementação está associada uma poupança efectiva.

Com a entrada/surgimento das Equipas de Rua esta poupança efectiva ainda se tornou mais evidente com o decréscimo do número de notificações infecções pelo VIH por ano de diagnóstico. No presente estudo foram considerados como benefícios/consequências directos a poupança potencial de custos evitados em tratamento.

Poupança potencial = (custo de tratamento anual por doente x n.º de infecções pelo VIH evitadas) – custo com a estrutura

CAPÍTULO III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os resultados da análise estatística e da avaliação económica em cuidados de saúde custo-efectividade, bem como a sua discussão.

3.1 – ANÁLISE ESTATÍSTICA

A amostra é constituída pelo número de notificações de infecções pelo VIH, por ano de diagnóstico e na população toxicodependente em 3 anos de intervenção do PTS, sem Equipas de Rua e pelo número de notificações de infecções pelo VIH, também por ano de diagnóstico e na população toxicodependente em 3 anos de intervenção do PTS, mas agora com Equipas de Rua.

Para efectuar a análise estatística foi utilizado o programa informático de apoio à estatística, o *Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 15.0.

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR CENÁRIO

N.º DE INFECCÕES NA POPULAÇÃO TOXICODPENDENTES		N (AMOSTRA)	MEAN RANK	SUM OF RANKS
TOTAL	CENÁRIO 1: S/ INTERVENÇÃO DAS EQUIPAS DE RUA	3	5	15
	CENÁRIO 2: C/ INTERVENÇÃO DAS EQUIPAS DE RUA	3	2	6
DISTRITO DE LISBOA	CENÁRIO 1: S/ INTERVENÇÃO DAS EQUIPAS DE RUA	3	5	15
	CENÁRIO 2: C/ INTERVENÇÃO DAS EQUIPAS DE RUA	3	2	6
DISTRITO DO PORTO	CENÁRIO 1: S/ INTERVENÇÃO DAS EQUIPAS DE RUA	3	5	15
	CENÁRIO 2: C/ INTERVENÇÃO DAS EQUIPAS DE RUA	3	2	6
DISTRITOS DE LISBOA E DO PORTO	CENÁRIO 1: S/ INTERVENÇÃO DAS EQUIPAS DE RUA	3	5	15
	CENÁRIO 2: C/ INTERVENÇÃO DAS EQUIPAS DE RUA	3	2	6

SPSS 15.0 (*Statistical Package for Social Science*).

Os resultados obtidos na tabela 6 são: a média dos “Ranks” para o Cenário 1 (VIH em toxicodpendentes sem Equipas de Rua) é de 5,00; para o Cenário 2 (VIH em toxicodpendentes com Equipas de Rua) é de 2,00; a soma dos “Ranks” no Cenário 1 é de 15,00 e no Cenário 2 é de 6,00.

Observa-se que:

1. Os resultados obtidos são limitativos dado a amostra ser pequena, apenas 3 anos para cada Cenário.
2. Uma vez que os números são menores do que 10, usa-se o nível de significância exacto do teste *MANN-WHITNEY*.

Sendo 0,10 o nível de significância exacto do teste de *MANN-WHITNEY*, para um erro do tipo I de 0,05 rejeita-se a hipótese da igualdade em tendência central. Deste modo, os números de infecção pelo VIH nos utilizadores de droga injectáveis nos dois cenários são considerados significativamente diferentes, sendo atribuído melhores resultados ao cenário 2 por causa da intervenção das Equipas de Rua.

A soma das ordens da amostra de menor dimensão, que aqui corresponde ao Cenário 2, é

$R_1 = 6$, que é o valor do teste de *Wilcoxon W*.

O valor do teste *Mann-Whitney* é 0, pois

$U = \text{Min}(U_1; U_2) = \text{Min}(0; 9) = 0$, onde

$$U_1 = n_1 \times n_2 + (n_1(n_1+1)/2) - R_1 = 3 \times 3 + (3(3+1)/2) - 6 = 9$$

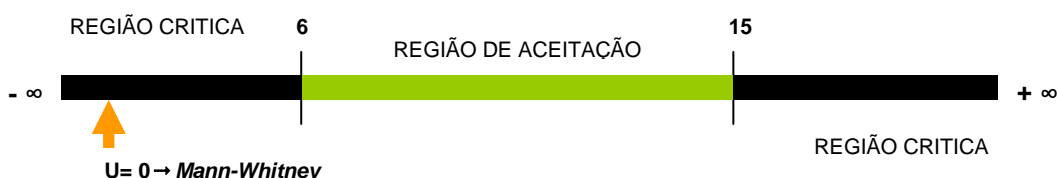
$$U_2 = n_1 \times n_2 - U_1 = 3 \times 3 - 9 = 0$$

Usando as tabelas de distribuição de *Mann-Whitney* para $\alpha = 0,05$ obtém-se o quantil inferior. Nesta tabela a menor observação designa-se por $n_1=3$ e a maior por $n_2=3$ sendo ρ metade de α . Assim, $W_{\alpha/2} = W_{0,025} = 6$.

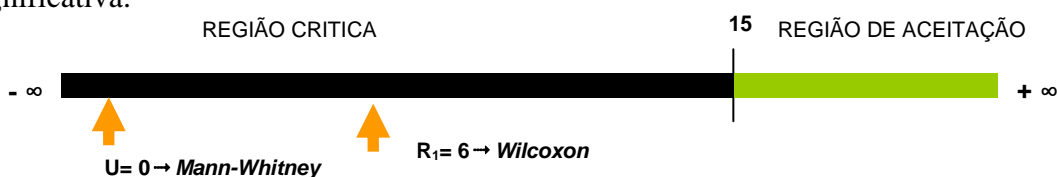
Para se obter o quantil superior, procede-se da seguinte forma:

$$W_{(1-\alpha/2)} = W_{(0,975)} = n_1(N+1) - W_{\alpha/2} = 3(6+1) - 6 = 15$$

Estes dois quantis definem a região de aceitação: $[W_{\alpha/2}; W_{(1-\alpha/2)}] = [6; 15]$. O valor do teste *Mann-Whitney* (0) não pertence à região de aceitação pelo que se rejeita H_0 , conforme diagrama seguinte.



Afirma-se na hipótese H_0 que as Equipas de Rua não têm impacto na diminuição do VIH na população toxicodependente, mas no teste unilateral a região crítica esquerda dada nas tabelas por: $]-\infty; W_{(0,975)}[=]-\infty; 15[$, onde $W_{(0,975)} = n_1(N+1) - W_{\alpha/2} = 3(6+1) - 6 = 15$, como o valor dos testes *Mann-Whitney* (0) e *Wilcoxon* (6) pertencem à região crítica, conforme diagrama seguinte, então rejeita-se H_0 . Logo o modelo tem capacidade explicativa estatisticamente significativa.



Os resultados do teste *Mann-Whitney U* calculados pela aplicação informática SPSS são apresentados na tabela 7.

TABELA 7 –TESTE ESTATÍSTICO *MANN-WHITNEY*

TEST STATISTICS ^b				
N.º DE INFECCÕES NA POPULAÇÃO TOXICODEPENDENTES				
	TOTAL	DISTRITO DE LISBOA	DISTRITO DO PORTO	DISTRITOS DE LISBOA E DO PORTO
MANN-WHITNEY U	0,000	0,000	0,000	0,000
WILCOXON W	6,000	6,000	6,000	6,000
Z	-1,694	-1,694	-1,694	-1,694
ASYMP. SIG (2-TAILED)	0,050	0,050	0,500	0,500
EXACT SIG. [2*(1-TAILED SIG.)]	0,1 ^a	0,1 ^a	0,1 ^a	0,1 ^a

a. Not corrected for ties

b. Grouping variable: Equipas de Rua

SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Science).

O teste *Mann-Whitney U* mostrou que de acordo com os dados obtidos podemos dizer, com um nível de significância de 5% ($\alpha= 0,05$), rejeita-se H_0 , ou seja que as Equipas de Rua têm impacto na diminuição do número de infeções pelo VIH na população toxicodependente.

O coeficiente de correlação *Ró de Spearman* mede a intensidade da relação entre as variáveis ordinais, usando apenas a ordem das observações e não o valor nelas observado.

Este coeficiente varia entre -1 e 1, quanto mais próximo estiver dos extremos, maior será a associação linear entre as variáveis. O seu sinal negativo significa que as variáveis variam em sentido contrário.

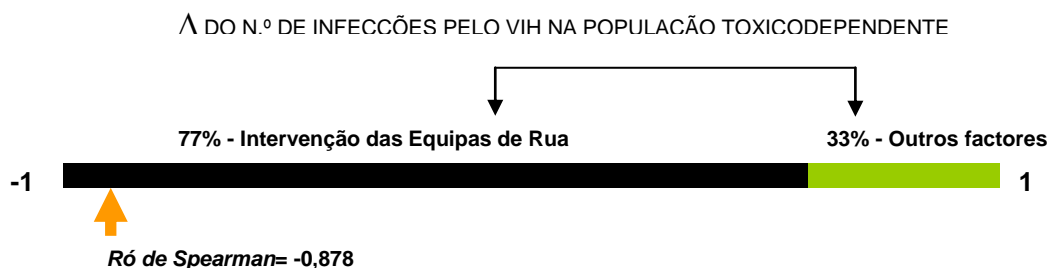
De modo a reforçar o resultado obtido no teste *Mann-Whitney*, aplicaram-se as variáveis Equipas de Ruas e N.º de infeções pelo VIH na população toxicodependente no cálculo do coeficiente de correlação *Ró de Spearman*, como se observa na tabela seguinte:

TABELA 8 - CORRELAÇÃO ENTRE A EXISTÊNCIA OU NÃO DE EQUIPAS DE RUA E O NÚMERO DE INFECCÕES PELO VIH

SPEARMAN'S RHO		EQUIPAS DE RUA	P. TOXICODEPENDENTE
EQUIPAS DE RUA	CORRELATION COEFFICIENT	1	-0,878
	SIG. (2-TAILED)	#	0,021
	N	6	6

SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Science).

A correlação entre Equipas de Rua e n.º notificação de infecções pelo VIH na população toxicodependentes é estatisticamente significativa para um erro do tipo I com $\alpha=5\%$, ou seja, para um sig =0,021, *Ró de Spearman (Rs)* é igual -0,878 (correlação negativa).



Deste modo, verifica-se que $77\% = [(Rs^2 \times 100)] = [((-0.878)^2 \times 100)]$ da variação do n.º de infecções pelo VIH na população toxicodependente é explicada pela intervenção das Equipas de Rua, sendo os restantes 23% explicados por outros factores.

3.2 – ANÁLISE ECONÓMICA CUSTO – EFECTIVIDADE

3.2.1 - NOTIFICAÇÕES DE INFECCÕES PELO VIH POR ANO DE DIAGNÓSTICO

Nas tabelas 9 e 10 evidenciam-se o número de notificações de infecções pelo VIH por ano de diagnóstico para os Cenários 1 e 2 no PTS sem Equipas de Rua e com Equipas de Rua, respectivamente, bem como a sua variação em termos percentuais.

Observa-se uma diminuição significativa do número de infecções pelo VIH nos três grupos da população, nos anos em análise, contudo é na população toxicodependente (não UDI e UDI) que o decréscimo em número absoluto e em percentagem é mais expressivo.

TABELA 9 - NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES DE INFECCÕES PELO VIH POR ANO DE DIAGNÓSTICO PARA O CENÁRIOS 1 - PTS SEM EQUIPAS DE RUA

	CENÁRIO 1 - PTS S/ EQUIPAS DE RUA							N.º TOTAL
	1999	2000	Δ 2000-1999		2001	Δ 2001-2000		
			Δ	Δ%		Δ	Δ%	
POPULAÇÃO PORTUGUESA:	2.731	2.714	-18	-0,6%	2.352	-362	-13%	7.797
NÃO TOXICODDEPENDENTE	1.197	1.305	108	9,0%	1.276	-29	-2%	3.778
TOXICODDEPENDENTE:	1.534	1.409	-126	-8,2%	1.076	-333	-24%	4.019
NÃO UDI	744	684	-61	-8,1%	522	-162	-24%	1.950
UDI	790	725	-65	-8,2%	554	-171	-24%	2.069

Fonte: CVEDT
* Valores estimados

Nos 3 anos respeitantes ao Cenário 1 foram notificados com VIH um total de 7.797 casos na população portuguesa, dos quais 3.778 casos na população portuguesa não toxicodependente, 1950 casos na população toxicodependentes não UDI e foram estimados 2.069 casos na população portuguesa toxicodependente UDI.

A variação do número de notificação de infecções pelo VIH na população portuguesa no Cenário 1, de 1999 para 2000 foi de -0,6% e de 2000 para 2001 foi de - 13%. Por sua vez, nestes mesmos períodos, na população toxicodependente foi de -8,2% e -24%, respectivamente.

Tabela 10 - NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES DE INFECÇÕES PELO VIH POR ANO DE DIAGNÓSTICO PARA O CENÁRIOS 2 - PTS COM EQUIPAS DE RUA

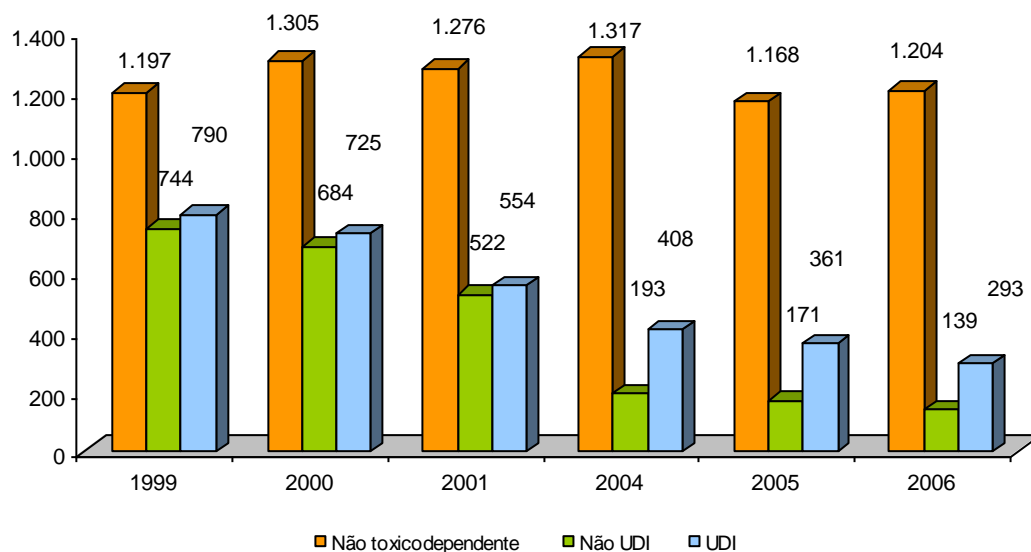
	CENÁRIO 2 - PTS C/ EQUIPAS DE RUA							N.º TOTAL
	2004	2005	Δ 2005-2004		2006	Δ 2006-2005		
			Δ	Δ%		Δ	Δ%	
POPULAÇÃO PORTUGUESA:	1.918	1.700	-218	-11,37%	1.636	-64	-3,77%	5.254
NÃO TOXICDEPENDENTE	1.317	1.168	-149	-11,31%	1.204	36	3,08%	3.689
TOXICDEPENDENTE:	601	532	-69	-11,51%	432	-100	-18,82%	1.565
NÃO UDI	193	171	-22	-11,48%	139	-32	-18,80%	503
UDI	408	361	-47	-11,52%	293	-68	-18,84%	1.062

Fonte: CVEDT
* Valores estimados

Por sua vez, no Cenário 2 foram notificados com VIH 5.254 casos na população portuguesa, dos quais 3.689 casos na população portuguesa não toxicodependente, 503 casos na população toxicodependentes não UDI e foram estimados 1.062 casos na população portuguesa toxicodependente UDI.

A variação do número de notificação de infecções pelo VIH na população portuguesa no Cenário 2, de 2004 para 2005 foi de -11,37% e de 2005 para 2006 foi de - 3,77%. Por sua vez, nestes mesmos períodos, na população toxicodependente foi de -11,51% e -18,82%, respectivamente.

GRÁFICO 3 - NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES DE INFECCÕES PELO VIH POR ANO DE DIAGNÓSTICO POR POPULAÇÃO

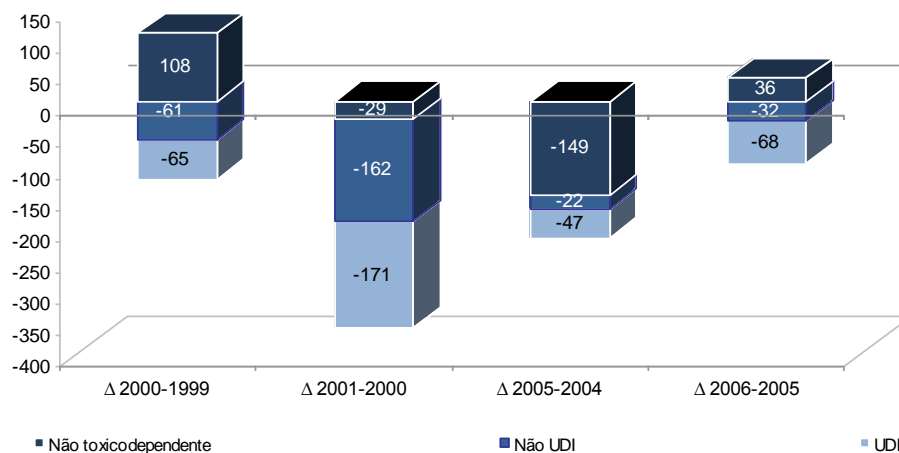


Fonte: CVEDT

Os gráficos 3 e 4 reflectem para todas as populações em estudo a variação do número de notificações pelo VIH por ano de diagnóstico. Como se observa, na população portuguesa não tóxico-dependente esta variação é pouco significativa de um cenário para outro, mantendo-se quase constante ao longo dos anos. No que respeita à população tóxico-dependente o decréscimo de um cenário para outro é expressivo, reflectindo o impacto dos recursos alocados pelo Estado à problemática da toxicoddependência.

Constata-se que a maior redução das notificações de infecção pelo VIH entre os Cenários 1 e 2 ocorreu na população não UDI, apesar da intervenção das ER ter tido início em 2002 e centrar-se fundamentalmente sobre esta população. No entanto, os dados apresentados demonstram também uma redução do número de notificações referentes à população UDI, do Cenário 1 para o 2, correspondendo este ao pleno funcionamento de todas as estruturas das Equipas de Rua, sobre as quais assenta o presente trabalho.

GRÁFICO 4 – VARIACÃO DO NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES DE INFECCÕES PELO VIH POR ANO DE DIAGNÓSTICO E POR POPULAÇÃO



O presente estudo analisa detalhadamente os distritos de Lisboa e Porto, pelo que se apresenta na tabela 11 e gráfico 5 para cada ano dos Cenários 1 e 2 o número de notificações pelo VIH por ano diagnóstico na população toxicod dependente e na estimativa da população UDI.

TABELA 11 – INFECCÕES PELO VIH NOS DISTRITOS DO PORTO, LISBOA E RESTANTES NA POPULAÇÃO TOXICOD DEPENDENTE E NA POPULAÇÃO UDI

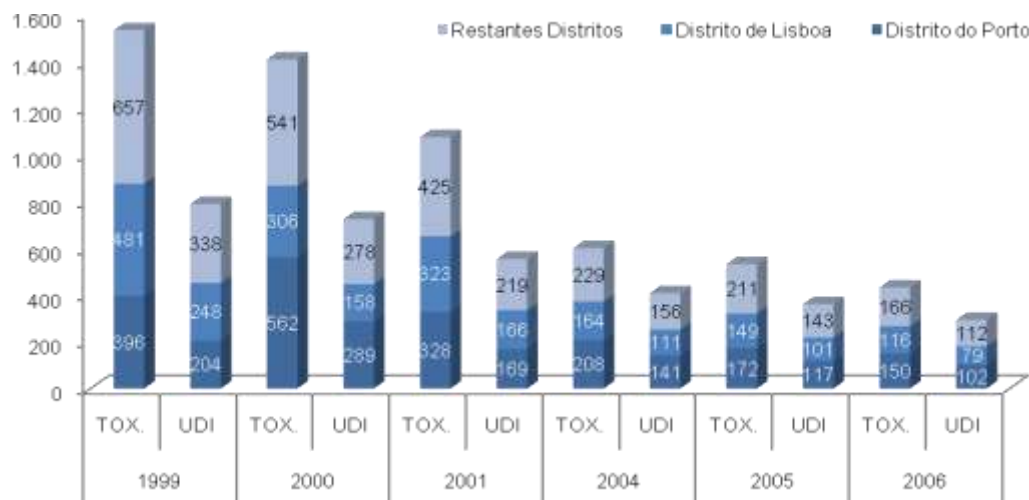
	CENÁRIO 1						CENÁRIO 2					
	1999		2000		2001		2004		2005		2006	
	TOXIC. ⁽¹⁾	UDI ⁽²⁾	TOXIC.	UDI	TOXIC.	UDI	TOXIC.	UDI	TOXIC.	UDI	TOXIC.	UDI
DISTRITO DO PORTO	396	204	562	289	328	169	208	141	172	117	150	102
DISTRITO DE LISBOA	481	248	306	158	323	166	164	111	149	101	116	79
RESTANTES DISTRITOS	657	338	541	278	425	219	229	156	211	143	166	112
	1534	790	1409	725	1076	554	601	408	532	361	432	293

Fonte: CVEDT

* Valores estimados:

- (1) População toxicod dependente (consumos problemáticos de drogas)
- (2) População toxicod dependente utilizadoras de drogas injectáveis (valores estimados)

GRÁFICO 5 – INFECÇÕES PELO VIH NOS DISTRITOS DO PORTO, LISBOA E RESTANTES NA POPULAÇÃO TOXICODEPENDENTE E NA POPULAÇÃO UDI



Fonte: CVEDT

O Distrito do Porto apresenta um maior número de notificações pelo VIH nos 2 grupos da população. Realça-se que o número existente de Equipas de Rua nos 2 distritos em estudo, Lisboa e Porto, totalizam 10 estruturas, sendo 6 de Lisboa e 4 do Porto.

3.2.2. – UNIVERSO DAS EQUIPAS DE RUA

Na tabela 12, observa-se o universo das Equipas de Rua por distrito, objecto de financiamento (custo) por parte do IDT,I.P.

Nos três anos referentes ao Cenário 2 – PTS c/ Equipas de Rua, as 24 Equipas de Rua desenvolveram a sua actividade com uma população média anual de 14.550 toxicod dependentes, representando os distritos do Porto e de Lisboa uma percentagem de 12%⁷ e 38%⁸ respectivamente, ou seja, 50% da população contactada pelas Equipas de Rua pertence a estes 2 distritos, razão pela qual, foram escolhidos para o presente estudo.

⁷ População média contactada no Distrito do Porto (2004 a 2006)

⁸ População média contactada no Distrito de Lisboa (2004 a 2006)

TABELA 12 - UNIVERSO DAS EQUIPAS DE RUA POR DISTRITO OBJECTO DE FINANCIAMENTO POR PARTE DO IDT, I.P

	2004			2005			2006		
	N.º DE EQUIPAS	POPULAÇÃO CONTACTADA		N.º DE EQUIPAS	POPULAÇÃO CONTACTADA		N.º DE EQUIPAS	POPULAÇÃO CONTACTADA	
		N.º TOXICODPENDENTES	%		N.º TOXICODPENDENTES	%		N.º TOXICODPENDENTES	%
PORTO	4	1.646	13%	4	1.720	13%	4	1.745	10%
LISBOA	6	6.040	46%	6	4.780	36%	6	5.746	33%
RESTANTES DISTRITOS	15	5.372	41%	14	6.718	51%	14	9.883	57%
TOTAL	25	13.058	100%	24	13.218	100%	24	17.374	100%
MÉDIA DE POPULAÇÃO CONTACTADA = 14.550/ANO									

Fonte: IDT, I.P.

Verifica-se que a intervenção das Equipas de Rua junto da população toxicodependente cresceu consideravelmente ao longo dos anos tendo sido contactados 13.058 toxicodependentes no ano 2004 e 17.374 toxicodependentes no ano 2006. Este acréscimo foi de 4.316 toxicodependentes contactados, o que corresponde a um aumento de 33%. Contudo, a população toxicodependente contactada no distrito de Lisboa diminuiu em 7% desde de 2004. (vide tabela 13)

Esta variação pode ser explicada pela procura inicial das Equipas de Rua de Lisboa, as primeiras a iniciar a sua intervenção e o posterior encaminhamento dos toxicodependentes para os distritos de residência, onde entretanto surge a intervenção das Equipas de Rua.

A diminuição ocorrida no distrito de Lisboa, distrito que possui o maior número de Equipas de Rua, pode também ser resultado da sua actividade quer na prevenção, quer na redução de riscos e minimização de danos, quer no encaminhamento dos toxicodependentes para as Unidades Especializadas do IDT, I P.. As Equipas de Rua do distrito de Lisboa nos 3 anos encaminharam 934 toxicodependentes.⁹

TABELA 13 – EVOLUÇÃO DAS EQUIPAS DE RUA 2004-2006

	Δ 2006 - 2004		
	N.º DE EQUIPAS	POPULAÇÃO CONTACTADA	
		N.º TOXICODPENDENTES	%
DISTRITO DO PORTO	0	99	2%
DISTRITO DE LISBOA	0	-294	-7%
RESTANTES DISTRITOS	-1	4.511	105%
Δ 2006 - 2004	-1	4.316	

⁹ Cenário 2 – PTS c/ Equipas de Rua

A tabela 14 e o gráfico 6 apresentam o número de seringas trocadas/distribuídas no PTS (farmácias, postos móveis, etc.) e pelas Equipas de Rua no Cenário 2.

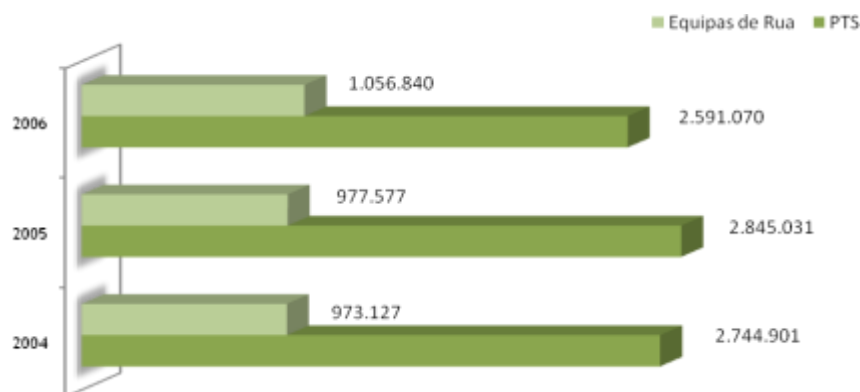
No ano 2006, as Equipas de Rua trocaram/distribuíram cerca de 40,8% do total das seringas.

TABELA 14 - SERINGAS TROCADAS/DISTRIBUÍDAS NO CENÁRIO 2

	2004	2005	2006	TOTAL
PTS	2.744.901	2.845.031	2.591.150	8.181.082
EQUIPAS DE RUA	973.127	977.577	1.056.840	3.007.544
% SERINGAS TROCADAS PELAS EQUIPAS DE RUA / PTS	35,5%	34,4%	40,8%	36,8%

Fonte: Associação Nacional de Farmácias – ANF, IDT, I.P.

GRÁFICO 6 - SERINGAS TROCADAS/DISTRIBUÍDAS NO PTS E PELAS EQUIPAS DE RUA



Fonte: Associação Nacional de Farmácias – ANF, IDT, I.P.

A tabela 15 e gráfico 7, evidenciam o número de seringas trocadas/distribuídas nos distritos do Porto, Lisboa e restantes distritos. No distrito de Lisboa foram trocadas/distribuídas pelas Equipas de Rua 38% do total das seringas, no distrito do Porto foram trocadas/distribuídas 32% e 30% nos restantes distritos.

TABELA 15 - SERINGAS TROCADAS/DISTRIBUÍDAS PELAS EQUIPAS DE RUA NO DISTRITOS DO PORTO E DE LISBOA

SERINGAS TROCADAS/DISTRIBUÍDAS	CENÁRIO 2 – PST c/ EQUIPAS DE RUA							
	2004		2005		2006		TOTAL	
	N.º DE SERINGAS	%	N.º DE SERINGAS	%	N.º DE SERINGAS	%	N.º DE SERINGAS	%
ER - PORTO	320.477	33%	329.637	34%	324.456	31%	974.570	32%
ER - LISBOA	383.005	39%	362.271	37%	389.877	37%	1.135.153	38%
ER - RESTANTES DISTRITOS	269.645	28%	285.669	29%	342.507	32%	897.821	30%
TOTAL	973.127	100%	977.577	100%	1.056.840	100%	3.007.544	100%

Fonte: IDT, I.P.

GRÁFICO 7 - % DE SERINGAS TROCADAS/DISTRIBUÍDAS PELAS EQUIPAS DE RUA POR DISTRITO NO CENÁRIO 2



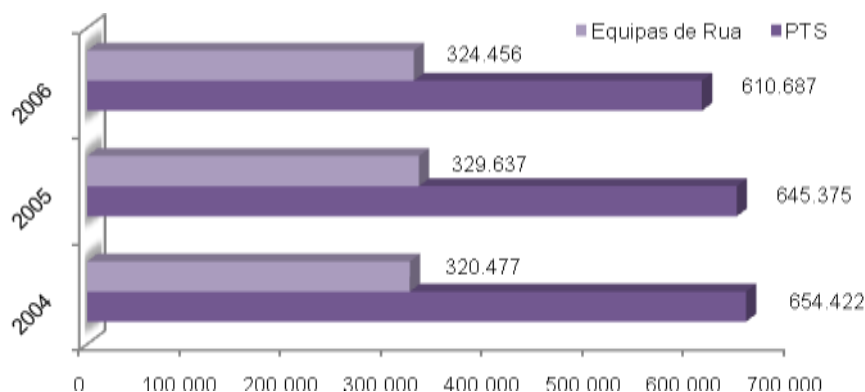
Fonte: IDT, I.P

Os distritos do Porto e Lisboa totalizam 70% do total das seringas trocadas/distribuídas pela totalidade das Equipas de Rua existentes. Salienta-se que nos três anos do Cenário 2, as Equipas de Rua trocaram 51% das seringas do distrito do Porto (vide tabela 16 e gráfico 8).

TABELA 16 - SERINGAS TROCADAS/DISTRIBUÍDAS NOS DISTRITOS DO PORTO E LISBOA NO PTS E PELAS EQUIPAS DE RUA

	2004	2005	2006	Δ 2006- 2005	TOTAL
DISTRITO DO PORTO					
PTS	654.422	645.375	610.687	-34.688	1.910.484
EQUIPAS DE RUA	320.477	329.637	324.456	-5.181	974.570
DISTRITO DE LISBOA					
PTS	986.456	1.092.890	813.373	-279.517	2.892.719
EQUIPAS DE RUA	383.005	362.271	389.877	27.606	1.135.153
DISTRITOS DE LISBOA E PORTO					
PTS	1.640.878	1.738.265	1.424.060	-314.205	4.803.203
EQUIPAS DE RUA	703.482	691.908	714.333	22.425	2.109.723

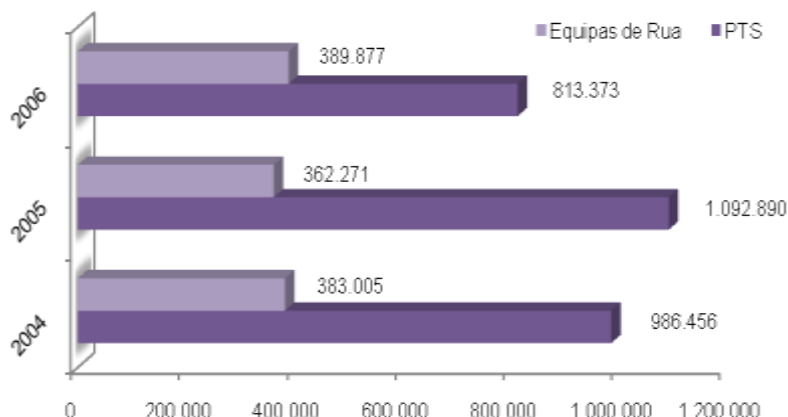
GRÁFICO 8 - SERINGAS TROCADAS/DISTRIBUÍDAS NO CENÁRIO2 PELO PTS E PELAS EQUIPAS DE RUA NO DISTRITO DO PORTO



Fonte: ANF; IDT, I.P.

Por sua vez, o número de seringas trocadas/distribuídas pelas Equipas de Rua no Distrito de Lisboa representam 39% do total das seringas trocadas/distribuídas neste distrito. Observa-se no gráfico 9, que no ano de 2006 as Equipas de Rua aumentaram 27.606 unidades de seringas trocadas/distribuídas face a 2005, quanto para igual período o PTS apresenta um decréscimo 279.517 de seringas trocadas/distribuídas. (vide tabela 16).

GRÁFICO 9 - SERINGAS TROCADAS/DISTRIBUÍDAS NO CENÁRIO 2 PELO PTS E PELAS EQUIPAS DE RUA NO DISTRITO DE LISBOA



Fonte: ANF; IDT, I.P.

3.2.3 – NÚMERO DE INFECCÕES EVITADAS PELO VIH

Na tabela 17 e o gráfico 10 representam o número de notificações pelo VIH por ano de diagnóstico, nos Cenários 1 e 2 nos 3 grupos da população, bem como o número de infeções evitadas, resultante da diferença entre Cenários.

Na população portuguesa foram notificadas 5.254 novas infeções pelo VIH no Cenário 2, quando para igual período - Cenário 1 - tinham sido notificadas 7.797 infeções, ou seja, verificou-se um decréscimo de 2.543 notificações.

TABELA 17 - N.º DE NOTIFICAÇÕES PELO VIH POR ANO DE DIAGNÓSTICO NAS DIFERENTES POPULAÇÕES

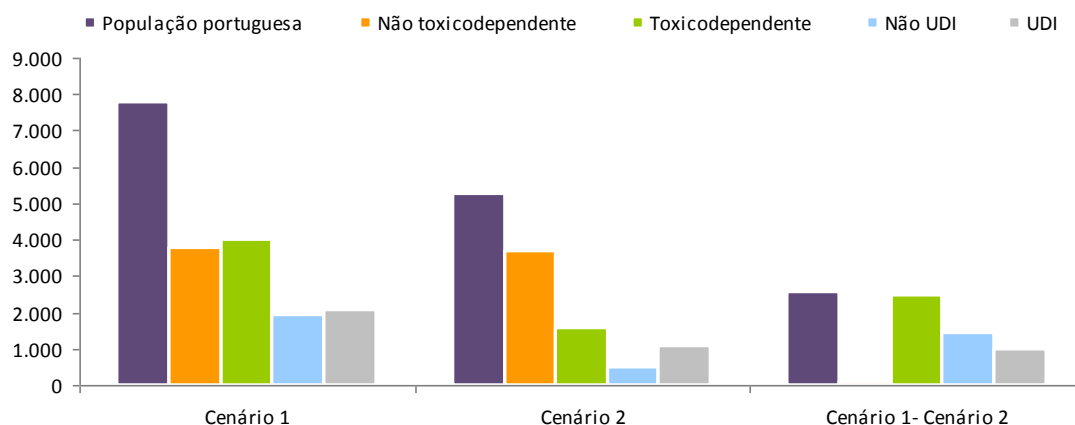
	N.º DE INFECCÕES PELO VIH POR ANO DE DIAGNÓSTICO		N.º DE INFECCÕES EVITADAS	
	Cenário 1	Cenário 2	Δ Cenário 1 - Cenário 2	
			Δ	%
População portuguesa	7.797	5.254	2.543	100%
Não toxicodependente	3.778	3.689	89	3%
Toxicodependente	4.019	1.565	2.454	97%
Não UDI	1.950	503	1.447	57%
UDI*	2.069	1.062	1.007	40%
% UDI / POP.PORTUGUESA	27%	20%		

* Valores estimados

Na população toxicodependente foram notificados 4.019 e 1.565 novas infecções pelo VIH no Cenário 1 e 2, respectivamente. De entre esta, foram estimadas 2.069 infecções para a população UDI para o Cenário 1 e 1.062 para o Cenário 2.

A variação apresentada na tabela 17 e gráfico 10 representam o número infecções evitadas pelo VIH. Destaca-se que 40% (1.007) destas infecções evitadas ocorrem na população onde intervêm as Equipas de Rua, ou seja, na população toxicodependente UDI.

GRÁFICO 10 - NUMERO DE NOTIFICAÇÕES PELO VIH POR CENÁRIO NAS TRÊS POPULAÇÕES, E NÚMERO DE INFECCÕES EVITADAS ENTRE CENÁRIOS



3.2.4. CUSTOS

A. CUSTO COM A ESTRUTURA

Para o presente trabalho, foram considerados como custos com a estrutura (PTS c/ Equipas de Rua), os custos de financiamento atribuído pelo IDT, I.P. às Equipas de Rua por cada ano de execução e os custos com as seringas trocadas/distribuídas nas Equipas de Rua.

TABELA 18 – CUSTO COM FINANCIAMENTO DAS EQUIPAS DE RUA

	CUSTO COM FINANCIAMENTO DAS EQUIPAS DE RUAS							
	2004		2005		2006		TOTAL	
	N.º	€	N.º	€	N.º	€	N.º	€
EQUIPAS DE RUA	25	1.014.072,01 €	24	1.035.298,80 €	24	1.042.535,34 €	24	3.091.906,15 €

Fonte: IDT, I.P.

Está definido que o financiamento atribuído a cada Equipa de Rua tem como limite máximo o valor de 75.000 €. Logo, o IDT, I.P poderia atribuir à totalidade das Equipas de Rua o montante máximo de 5.475.000,00€, para os três anos. Contudo, o financiamento atribuído foi de 3.091.906,15 €. Este valor atribuído corresponde ao custo elegível da intervenção, o qual, depende de uma avaliação por parte do IDT, I.P., após análise dos relatórios técnicos e financeiros apresentados pelas estruturas prestadoras.

Como se observa na tabela 18, o financiamento das Equipas de Ruas mantém-se constante ao longo dos três anos (Δ 3%), correspondendo a 56% do montante máximo de financiamento possível de atribuir pelo IDT, I.P..

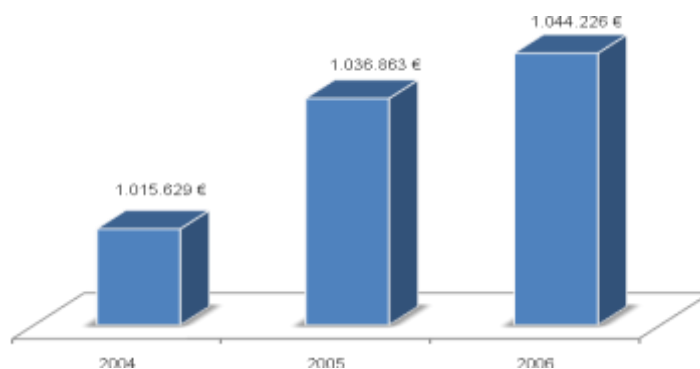
São apresentados na tabela 19, os custos com o número das seringas trocadas/distribuídas no PTS e nas Equipas de Rua. Ao longo dos três anos verificou-se no PTS uma diminuição do custo no montante de 246,13 €, enquanto o custo das seringas trocadas/distribuídas pelas Equipas de Rua aumentou em 133,94 €.

TABELA 19 - CUSTO COM PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DAS SERINGAS TROCADAS/DISTRIBUÍDAS

	2004		2005		2006		TOTAL		Δ 2006-2005
	N.º	€	N.º	€	N.º	€	N.º	€	€
PTS	2.744.901	4.391,84 €	2.845.031	4.552,05 €	2.591.070	4.145,71 €	8.181.002	13.089,60 €	- 246,13 €
EQUIPAS DE RUA	973.127	1.557,00 €	977.577	1.564,12 €	1.056.840	1.690,94 €	3.007.544	4.812,07 €	+ 133,94 €

O gráfico 11 representa para os três anos do Cenário 2 o custo com a estrutura. Custo este com uma tendência crescente que advém em parte do aumento do custo de financiamento das Equipas de Rua.

GRÁFICO 11 - CUSTOS COM A ESTRUTURA NO CENÁRIO 2: CUSTO DE FINANCIAMENTO DAS EQUIPAS DE RUA E CUSTO DAS SERINGAS TROCADAS/DISTRIBUÍDAS PELO PTS



O custo da estrutura (com as Equipas de Rua e Seringas trocadas/distribuídas) no Cenário 2, ascende a 3.096.718,22€, dos quais 3.091.906,15 € são do financiamento das 24 Equipas de Rua e 4.812,07€ do custo das seringas trocadas/distribuídas. O custo das seringas trocadas/distribuídas pelas Equipa de Rua representa 36,8% do custo total das seringas trocadas/distribuídas no PTS.

TABELA 20 – CUSTO TOTAL COM A ESTRUTURA NO CENÁRIO 2 – PTS C/EQUIPAS DE RUA

	2004	2005	2006	CENÁRIO 2 - TOTAL		
				N.º	€	%
EQUIPAS DE RUA	1.014.072,01 €	1.035.298,80 €	1.042.535,34 €	24	3.091.906,15 €	99,84%
SERINGAS TROCADAS/DISTRIBUIDAS	1.557,00 €	1.564,12 €	1.690,94 €	3.007.544	4.812,07 €	0,16%
CUSTO DA ESTRUTURA	1.015.629 €	1.036.863 €	1.044.226 €	#	3.096.718,22 €	100%
% SERINGAS TROCADAS ER / PTS	35%	34%	41%		54%	

Nas tabelas 21 e 22 são apresentados os custos com as estruturas das Equipas de Rua no distrito do Porto, bem como o custo com as seringas trocadas/distribuídas pelo PTS e pelas Equipas de Rua naquele distrito. O número de Equipas de Rua existentes mantêm-se constante ao longo dos três anos de intervenção, representando 17%¹⁰ do número total de

¹⁰ % Média Equipas de Rua no distrito do Porto = número médio de Equipas de Rua no Porto/ Número média do total das Equipas de Rua

Equipas de Rua existentes. Quanto ao número de seringas trocadas/distribuídas este representa 51%¹¹ do número total.

TABELA 21 - CUSTOS COM SERINGAS TROCADAS/DISTRIBUIDAS NO DISTRITO DO PORTO

CUSTO COM SERINGAS TROCADAS/DISTRIBUÍDAS NO DISTRITO DO PORTO								
	2004		2005		2006		TOTAL	
	N.º	€	N.º	€	N.º	€	N.º	€
PTS	654.422	1.047,08 €	645.375	1.032,60€	610.687	977,10 €	1.910.484	3.056,77€
EQUIPAS DE RUA	320.477	512,76 €	329.637	526,42 €	324.456	519,13 €	974.570	1.559,31 €

TABELA 22 - CUSTO COM FINANCIAMENTO DAS EQUIPAS DE RUA NO DISTRITO DO PORTO

CUSTO COM FINANCIAMENTO DAS EQUIPAS DE RUAS NO DISTRITO DO PORTO								
	2004		2005		2006		TOTAL	
	N.º	€	N.º	€	N.º	€	N.º	€
EQUIPAS DE RUA	4	152.798,16€	4	175.483,63 €	4	175.291,59 €	4	503.573,38 €

No distrito de Lisboa, tabelas 23 e 24, foram financiadas 6 Equipas de Rua no valor de 793.031,61€, ao longo dos três anos. Neste distrito o número de Equipas de Rua corresponde a 25 % do total as Equipas de Rua existentes. O número de seringas trocadas/distribuídas ascende a 1.135.153 seringas, com um custo de 1.816,24 €. Estas estruturas trocaram 39%¹² do número total de seringas trocadas/distribuídas neste distrito.

TABELA 23 - CUSTOS COM SERINGAS TROCADAS/DISTRIBUÍDAS NO DISTRITO DE LISBOA

CUSTO COM SERINGAS TROCADAS/DISTRIBUÍDAS NO DISTRITO DE LISBOA								
	2004		2005		2006		TOTAL	
	N.º	€	N.º	€	N.º	€	N.º	€
PTS	986.456	1.578,33 €	1.092.890	1.748,62 €	813.373	1.301,40 €	2.892.719	4.628,35 €
EQUIPAS DE RUA	383.005	612,81 €	362.271	579,63 €	389.877	623,80 €	1.135.153	1.816,24€

TABELA 24 - CUSTO COM FINANCIAMENTO DAS EQUIPAS DE RUA NO DISTRITO DE LISBOA

CUSTO COM FINANCIAMENTO DAS EQUIPAS DE RUAS NO DISTRITO DO PORTO								
	2004		2005		2006		TOTAL	
	N.º	€	N.º	€	N.º	€	N.º	€
EQUIPAS DE RUA	6	282.386,20 €	6	259.879,01 €	6	250.766,40 €	6	793.031,61 €

¹¹ % Número de seringas trocadas/distribuídas pelas Equipas de Rua em Porto = número seringas trocadas/distribuídas pelas Equipas de Rua no Porto/ Número total de seringas trocadas/distribuídas no PTS para o distrito do Porto

¹² % Número de seringas trocadas/distribuídas pelas Equipas de Rua em Lisboa = número seringas trocadas/distribuídas pelas Equipas de Rua em Lisboa/ Número total de seringas trocadas/distribuídas no PTS para o distrito de Lisboa

Observa-se na tabela 25 que os custos totais com as estruturas para estes dois distritos Porto e Lisboa ascendem a 1.299.980,55 € (42% dos custos totais), sendo 505.132,69 € e 794.847,85 € respectivamente.

TABELA 25 - CUSTOS TOTAIS COM A ESTRUTURA NO CENÁRIO 2 POR DISTRITO

	CENÁRIO 2 – PTS c/ EQUIPAS DE RUA	
	CUSTOS TOTAIS C/ ESTRUTURA	
	€	%
DISTRITO DO PORTO	505.132,69 €	16%
DISTRITO DE LISBOA	794.847,85 €	26%
SUBTOTAL	1.299.980,55€	42%
RESTANTES DISTRITOS	1.796.737,67€	58%
TOTAL	3.096.718,22 €	

B. CUSTO DE TRATAMENTO

Como foi anteriormente referido o custo de tratamento engloba os custos previsíveis com terapêutica, meios de diagnóstico e o valor de cada consulta externa.

TABELA 26 - CUSTO DE TRATAMENTO POR CENÁRIOS, NAS POPULAÇÕES PORTUGUESA, TOXICODEPENDENTE E UDI

	CENÁRIO 1 PTS S/ EQUIPAS DE RUA		CENÁRIO 2 PTS c/ EQUIPAS DE RUA		Δ CENÁRIO 1 - CENÁRIO 2	
	N.º INFECCÇÕES	€	N.º INFECCÇÕES	€	N.º INFECCÇÕES	€
POPULAÇÃO PORTUGUESA	7.797	86.009.564,67 €	5.254	57.957.451,94 €	2.543	28.052.112,73 €
TÃO TOXICODEPENDENTE	3.778	41.675.533,58 €	3.689	40.693.764,79 €	89	981.768,79 €
TOXICODEPENDENTE	4.019	44.334.031,09 €	1.565	17.263.687,15 €	2.454	27.070.343,94 €
NÃO UDI	1.950	21.510.664,50 €	503	5.548.648,33 €	1.447	15.962.016,17 €
UDI	2.069	22.823.366,59 €	1.062	11.715.038,82 €	1.007	11.108.327,77 €

Fonte: Ministério da Saúde

Custo de tratamento anual/por doente = 11.031,11€

Na tabela 26, apresentam-se os custos estimados com o tratamento das infecções pelo VIH diagnosticadas e notificadas para os Cenários 1 e 2. A diferença dos custos entre os dois Cenários para a população portuguesa tem o valor de 28.052.112,73€. Valor este, correspondente ao número de notificações de infecção pelo VIH nesta população resultante da diferença entre os Cenários 1 e 2.

Na população UDI, onde incide essencialmente a intervenção das Equipas de Rua, a diferença estimada é de 11.108.327,77€, ou seja, 40% do valor calculado para população portuguesa.

TABELA 27 - CUSTO DE TRATAMENTO PARA O DISTRITO DO PORTO

	CENÁRIO 1 PTS S/ Equipas de Rua		CENÁRIO 2 PTS C/ Equipas de Rua		Δ Cenário 1 - Cenário 2	
	N.º INFECCÇÕES	€	N.º INFECCÇÕES	€	N.º INFECCÇÕES	€
Toxicodependente	1.286	14.186.007,46 €	530	5.846.488,30 €	756	8.339.519,16 €
Não UDI	624	6.883.412,64 €	170	1.875.288,70 €	454	5.008.123,94 €
UDI	662	7.302.594,82 €	360	3.971.199,60 €	302	3.331.395,22 €

TABELA 28 - CUSTO DE TRATAMENTO PARA O DISTRITO DE LISBOA

	CENÁRIO 1 PTS S/ Equipas de Rua		CENÁRIO 2 PTS C/ Equipas de Rua		Δ Cenário 1 - Cenário 2	
	N.º INFECCÇÕES	€	N.º INFECCÇÕES	€	N.º INFECCÇÕES	€
Toxicodependente	1.110	12.244.532,10 €	429	4.732.346,19 €	681	7.512.185,91 €
Não UDI	538	5.934.737,18 €	138	1.522.293,18 €	400	4.412.444,00 €
UDI	572	6.309.794,92 €	291	3.210.053,01 €	281	3.099.741,91 €

As tabelas 27 e 28 demonstram os custos de tratamento para o número de infecções pelo VIH nos distritos do Porto e de Lisboa, em ambos os Cenários.

Obtiveram -se diferenças entre os Cenários 1 e 2 para a população toxicodependente UDI no valor 3.331.395,22€ e de 3.099.741,91€ para os distritos do Porto e Lisboa, respectivamente, consequência da diminuição do número de infecções pelo VIH.

A diferença apurada para os valores estimados nos Cenários 1 e 2 na população toxicodependente UDI para os distritos referidos anteriormente representa 40% para o Porto e 41% para Lisboa face à população toxicodependente.

C. CUSTO-EFFECTIVIDADE

A tabela 29 apresenta a poupança provável resultante da introdução das Equipas de Rua no PTS, como alternativa ao PTS sem este tipo de estrutura.

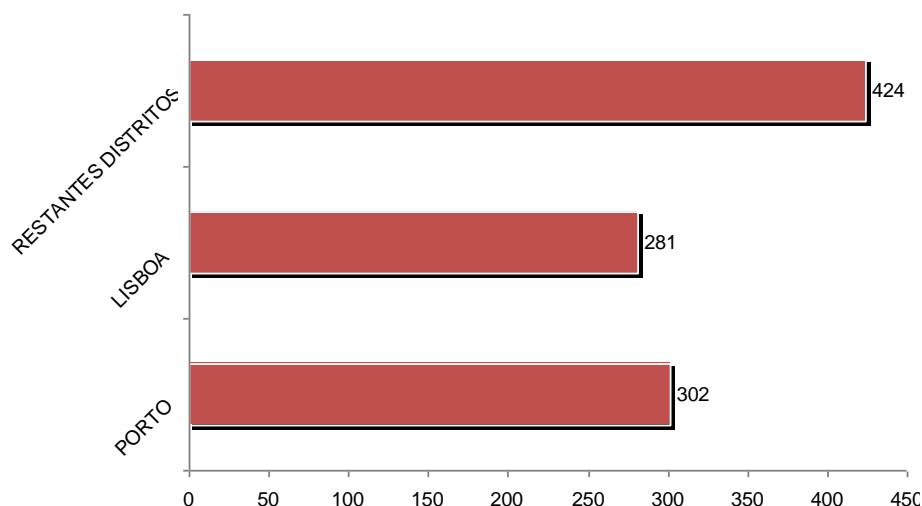
O custo-effectividade foi obtido através da diferença do número de notificações de infecções pelo VIH, entre o Cenário 1 e 2, determinando-se assim o número total de infecções evitadas, em consequência da intervenção das Equipas de Rua. Foram evitadas 1.007 infecções pelo VIH na população toxicodependente UDI, a nível nacional.

TABELA 29 - POUPANÇA PROVÁVEL RESULTANTE DA INTERVENÇÃO DAS EQUIPAS DE RUA POR DISTRITO

	CENÁRIO 1 [1]	CENÁRIO 2 [2]	EVITADAS [3]=[1]-[2]	CUSTO		POUPANÇA PROVÁVEL	
				TRATAMENTO [4]	ESTRUTURA [5]	TOTAL [6] = [4]-[5]	P/INFECÇÃO EVITADA [7]=[6]/[3]
PORTO	662	360	302	3.331.395,22 €	505.132,69 €	2.826.262,53 €	9.358,49 €
LISBOA	572	291	281	3.099.741,91 €	794.847,85 €	2.304.894,06 €	8.202,47 €
RESTANTES DISTRITOS	835	411	424	4.677.190,64 €	1.796.737,67 €	2.880.452,97 €	6.793,52 €
TOTAL	2.069	1.062	1.007	11.108.327,77 €	3.096.718,22 €	8.011.609,55 €	7.955,92 €

O número de infecções evitadas pelo VIH nos UDI, nos distritos do Porto e Lisboa, representa 58% do número total de infecções (302 e 281, respectivamente), gráfico 12.

GRÁFICO 12 - NÚMERO DE INFECÇÕES EVITADAS NA POPULAÇÃO TOXICODEPENDENTE UDI POR DISTRITOS



A poupança provável ascende a 8.011.609,55€, valor este obtido através da diferença entre o custo de tratamento das infecções evitadas e o custo com a estrutura. Assim, por cada infecção pelo VIH evitada obtém-se uma poupança média nacional de 7.955,92€.

TABELA 30 - DISTRIBUIÇÃO POR DISTRITO DA POUPANÇA PROVÁVEL (%)

	POUPANÇA PROVÁVEL	
	€	%
PORTO	2.826.262,53 €	35%
LISBOA	2.304.894,06 €	29%
RESTANTES DISTRITOS	2.880.452,97 €	36%
TOTAL	8.011.609,55 €	100%

No que respeita à poupança provável por distrito, esta reparte-se em 35% para o Porto, 29% para Lisboa e 36% nos restantes distritos.

Existe uma diferença significativa da poupança provável entre o distrito do Porto e de Lisboa. No distrito do Porto, obtém-se uma poupança provável de 2.826.262,53€ resultante das 302 infecções pelo VIH evitadas, com um custo de estrutura de 505.132,69€, enquanto que no distrito de Lisboa a poupança provável é inferior em 6% (2.304.894,06€), resultante de um menor número de infecções pelo VIH evitadas (281) e um custo de estrutura superior (794.847,85€).

TABELA 31 – CUSTO EFFECTIVIDADE POR DISTRITO

	CUSTO DA ESTRUTURA [1]	N.º INFECCÕES EVITADAS [2]	CUSTO EFFECTIVIDADE [3]=[1]/[2]
PORTO	505.132,69 €	302	1.672,62 €
LISBOA	794.847,85 €	281	2.828,64 €
RESTANTES DISTRITOS	1.796.737,67 €	424	4.237,59 €
TOTAL	3.096.718,22 €	1.007	3.075,19 €

Nestas condições podemos afirmar que a relação custo – efectividade a nível nacional é de 3.075,19 € por infecção evitada, a nível do Porto é de 1.672,62 € por infecção evitada e no distrito de Lisboa é de 2.828,63 € por infecção evitada, tabela 31.

Como é observável nos gráficos 13 e 14, a poupança provável representa a diferença apurada entre o custo de tratamento e o custo da estrutura. Isto é, quanto maior for a diferença entre estes custos maior será a poupança provável e vice-versa.

GRÁFICO 13 – POUPANÇA PROVÁVEL NA POPULAÇÃO NÃO TOXICODEPENDENTE E NA POPULAÇÃO TOXICODEPENDENTE UDI

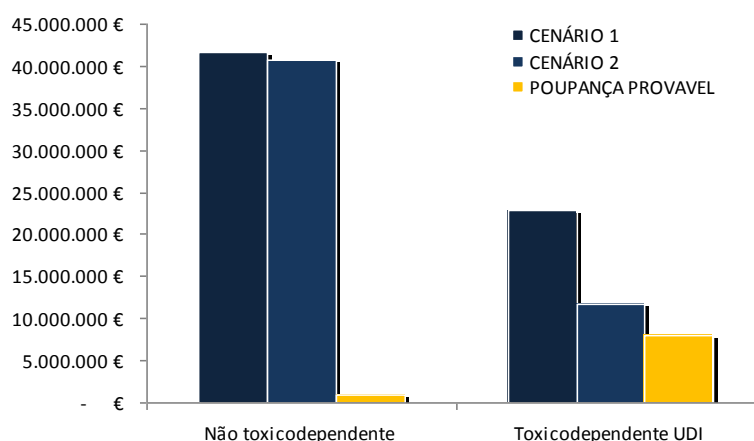
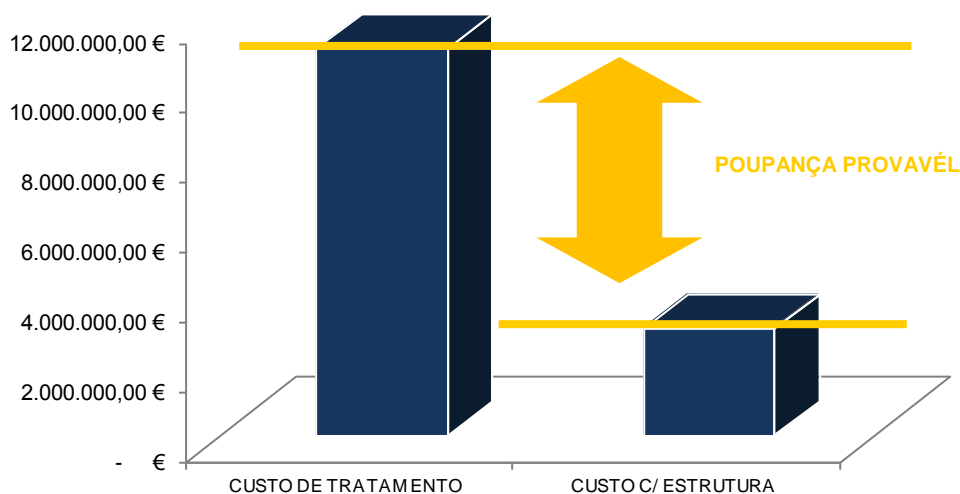


GRÁFICO 14 - DISTRIBUIÇÃO DOS CUSTOS NA POPULAÇÃO TOXICODEPENDENTE UDI



O resultado obtido de 1007 infecções evitadas com um custo-efectividade médio de 3.075,19€ por infecção, vem responder ao objectivo formulado no enquadramento teórico quanto à diminuição do número de infecções pelo VIH e à eficácia dos recursos financeiros afectos às estruturas das Equipas de Rua. Também se constata a justeza na utilização do tipo de avaliação económica custo-efectividade.

3.3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na análise estatística efectuada com aplicação do teste *Mann-Whitney* aos dados obtidos, n.º de notificações de infecções pelo VIH nos anos compreendidos entre 1999 a 2001 e 2004 a 2006, que correspondem aos Cenários 1 e 2, respectivamente, verificou-se a **não veracidade da hipótese nula** – H_0 : as Equipas de Rua não têm impacto na diminuição do número de infecções pelo VIH na população toxicodependente.

A aplicação do teste da correlação *Ró de Spearman* às variáveis em análise, Equipas de Rua e número de infecções pelo VIH, permitiu determinar o impacto da intervenção das Equipas de Rua na variação do número de infecções pelo VIH. Esta variação é explicada **em 77% pela intervenção das Equipas de Rua e apenas 23% por outros factores.**

Os resultados dos testes (*Mann-Whitney* =0, *Ró Spearman* = -0,878) demonstram a evidência estatística que permitiu sustentar a realização da análise económica – Custo-Efectividade.

Na análise económica – Custo-Efectividade os resultados obtidos foram bastante elucidativos quanto à hipótese colocada no presente trabalho. Verificou-se diminuição significativa entre o número de notificações de infecções pelo VIH no Cenário 1 e no Cenário 2 em todas as populações. Porem, na população toxicodependente, na qual se inclui os UDI, **o decréscimo em número absoluto e em percentagem representa 97% do total.**

As notificações de infecção pelo VIH caracterizam o seu portador no caso de ser toxicodependente, pelo que o número de infecções em toxicodependentes constitui um dado fiável. O mesmo não acontece com o número de infecções pelo VIH em UDI, porque foram calculadas por métodos diferentes no Cenário 1 e no Cenário 2. No Cenário 2 foram utilizados dados das ER pelo que a estes se atribui maior rigor que os calculados para o Cenário 1.

Por outro lado no cálculo das notificações de infecção em UDI e não UDI não foi tida em conta a probabilidade de infecção de cada uma destas populações, porventura maior nos UDI.

Do exposto conclui-se que a redução apresentada de infecções na população UDI do Cenário 1 para o Cenário 2, sendo inferior à redução ocorrida na população não UDI, nunca será inferior ao valor calculado e apresentado, antes pelo contrário só poderá ser superior, aumentando o impacto das ER na diminuição do número de infecções pelo VIH.

Contudo, a diminuição do número de infecções pelo VIH não se resume só à intervenção das Equipas de Rua, mas também a outros factores, tais como: maior disponibilidade de medidas de prevenção, uma maior capacidade de resposta dos serviços de tratamento, redução de danos com os programas de substituição opiácea e programa de trocas de seringas.

Foram notificadas 2.069 e 1.062 novas infecções pelo VIH, respectivamente no Cenário 1 e Cenário 2, na população toxicodependente UDI, o que representou **uma diminuição de 1.007 infecções, ou seja quase 50% do total da redução ocorrida.** Em igual período o número de infecções evitadas na população portuguesa não toxicodependente foi apenas de 89 infecções, cerca de 2,3%, o que permite reforçar positivamente o impacto das medidas adoptadas.

A intervenção das Equipas de Rua não teve consequências geográficas uniformes. Se em média cada ER provocou uma redução de 42 infecções, no Porto cada equipa gerou uma redução de 75 infecções e em Coimbra apenas 14.

Acresce que o custo de tratamento destas 1.007 infecções evitadas ascenderia aos 11.108.327,77€.

Com a implementação de Equipas de Rua, o IDT, I.P. suportou (financiou) um custo de estrutura no valor de 3.096.718,22€.

Em resultado da intervenção das equipas, a poupança provável é de 8.011.069,55€, o que representa uma poupança de 7.955,92€ por infecção evitada. Se atendermos ao custo da estrutura e ao número de infecções evitadas, **o custo-efectividade por infecção evitada é de 3.075,19€.**

CAPÍTULO IV – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O presente trabalho sobre o impacto das Equipas de Rua na diminuição da infecção pelo VIH na população toxicodependente, em particular nos UDI, transporta 3 ideias fundamentais:

- I. O combate à infecção pelo VIH exige, mais do nunca, uma resposta eficaz e eficiente das sociedades, quer no contexto social, quer no económico;
- II. A população UDI necessita de uma intervenção direccionada às suas carências, numa relação de proximidade com os indivíduos, de forma a possibilitar-lhes condições de vida com dignidade;
- III. A troca e distribuição de seringas permite a redução de comportamentos de risco, essencialmente a partilha de materiais, possibilitando deste modo a diminuição da propagação da transmissão da infecção pelo VIH.

Os resultados obtidos na análise custo-efectividade permitem concluir que o impacto das Equipas de Rua na diminuição do número de infecções pelo VIH é significativo na população UDI.

Foram evitadas no período do Cenário 2 (2004, 2005, 2006) 1.007 infecções pelo VIH na população UDI a nível nacional com um custo de 3.096 M€, isto é, 3.075 € por infecção. Esta relação custo-efectividade varia de distrito para distrito sendo de 1.673 € por infecção evitada no Porto e 2.829 € por infecção evitada em Lisboa.

A inexistência das estruturas das Equipas de Rua teria como consequência a necessidade de tratamento de 1007 infecções com um custo de 11.108 M€, isto é o triplo do custo da sua prevenção.

A poupança provável de 8.011 M€, determinada no presente estudo, proveniente do número de infecções evitadas pelo VIH, poderá contribuir de forma significativa para uma melhoria em áreas da saúde actualmente carenciadas.

A avaliação efectuada ao impacto da intervenção das Equipas de Rua na população UDI permite concluir que a sua introdução constitui uma utilização eficiente dos recursos públicos.

Tendo em conta os resultados obtidos é legítimo considerar-se que em algumas zonas geográficas poderá existir ainda margem para uma intervenção mais eficaz.

Do anexo O, o qual relaciona as notificações com as Equipas de Rua, constatou-se que ainda subsistem distritos que, apesar do número de Equipas existentes e do esforço financeiro efectuado, apresentam um elevado número de infecções/notificações por equipa.

Tendo em conta o custo médio de uma Equipa de Rua e a poupança por cada infecção pelo VIH evitada, do anexo referido, constata-se que nos distritos do Porto, Lisboa e Braga o aumento das Equipas de Rua poderá ainda manter o custo-efectividade num valor economicamente aceitável, para além do aspecto humano, isto é, preservar indivíduos da infecção pelo VIH.

De facto aqueles distritos, Porto, Lisboa e Braga, apresentaram nos anos de 2004, 2005 e 2006, um número de notificações pelo VIH e por Equipa de Rua existente, respectivamente de

90, 49 e 55, valores estes susceptíveis de redução por aumento do número de ER, tendo em conta as reduções já conseguidas.

Outros distritos, tais como Setúbal e Coimbra, ao apresentarem nos mesmos três anos 27 e 19 notificações por Equipa de Rua, respectivamente, encontram-se no limiar da obtenção destes ganhos, pois a margem de redução de infecção pelo VIH já é reduzida.

Salienta-se que as dificuldades sentidas na obtenção de informação e dados sobre estas matérias serão ultrapassados num futuro próximo com a implementação, em curso, de um Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM) no IDT, I.P.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, M. (2004), *A historia silenciosa das pessoas portadoras do HIV, contada pela Historia Oral*. Tese de Mestrado em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.
- Baulenas, G. (1998), *Políticas E Intervenciones De Reducción De Riesgos*. Barcelona: Ministério Del Interior, Delagación Del Gobierno Para El Plan Nacional Sobre Drogas E Grup Igia.
- Carmo, Hermano e Manuela Malheiro Ferreira (1998), *Metodologia Da Investigação*. Lisboa: Guia Para Auto-Aprendizagem, Universidade Aberta.
- Castells, M. e M. Ince (2004), *Conversas com Manuel Castells*, Edições Campo das Letras.
- Chiavenato, I. (1982), *Administração de empresas: Uma abordagem contingencial*. São Paulo: McGraw-Hill, 35.
- Centro De Vigilância Epidemiológica Das Doenças Transmissíveis, *Infeção VIH/SIDA - A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2007*, Doc. 139, Lisboa.
- Commonwealth Department of Health and Ageing (2002), *Return on Investment in Needle and Syringe Programs in Australia*, Summary Report, Publications Production Unit, number 3123, Australia.
- IX Congresso Virtual HIV/AIDS (2000), *Da sífilis à SIDA, que percursos e que futuro?*. http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao
- Dores, A. (2005), *Discriminação Contra Doentes Entope Serviços Profissionais. Informação Sida*; nº48, 24-5.
- Drummond, M., B.O'Brien, G. Stoddard e G. Torrance (1997), *Methods For The Economic Evaluation Of Health Care Programmes*, Oxford University Press.
- Durante, Aj, Hart Gj., Brady Ar., Madden Pb., Noome A.(1995), *The Health Of The Nation Target O Syringe Sharing: A Role For Routine Surveillance In Assessing Progress And Targeting Interventions*. *Addiction*, Vol.90, 1389-1396.
- Ebers, M e A. Grandori, (2001), *The Formation Of Inter-Organizational Networks*. Oxford University Press.
- EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. Mid-year report 2007. Saint Maurice: Institut de Veille Sanitaire, 2007. No 76.
- Exigo Consultores (2002), *Programa Troca de Seringas “Diz Não a Uma Seringa Em Segunda Mão”*.Portugal.
- Freitas, Mário (2005), *Avaliação Económica em Saúde*. <http://www.saudepublica.web.pt/>
- Gómez F., e P. Rivas (1989), *Estruturas Organizativas – Informação Na Empresa*, Lisboa: Editorial Domingos Barreira.
- Gruer L., J.Cameron e L. Elliot (1993), *Building A City Wide Service For Exchanging Needles And Syringes*. *British Medical Journal*, Vol.306, 1394-1397.

- Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., (2003, 2004 e 2005), *A Situação do País em Matéria de Droga e toxicodependência*. Relatório Anual.
- Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., (2006), *Plano de Acção Contra as Drogas e as Toxicodependências, Horizonte 2008*. <http://www.idt.pt>
- Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., (2005), *Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências, 2005-2012*. <http://www.idt.pt>
- Marlatt, Ga.(1999), *Redução De Danos: Estratégias Práticas Para Lidar Com Comportamentos De Alto Risco*. Porto Alegre: Artmed.
- Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde (2004), *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. <http://www.min.saude.pt>
- Negreiros, Jorge (2000 e 2005), *Estudo sobre os consumos problemáticos de droga*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2002, 2006 e 2007), *Evolução Do Fenómeno Da Droga Na Europa*. Relatório Anual.
- Peters, Ad., Reid Mm. e Sg.Griffin (1994), *Edinburgh drug-users –are they injecting and share less?*, AIDS Vol. 8, 521-528.
- Silva, L.L.(1986), *AIDS e homossexualidade em São Paulo*. Dissertação. São Paulo: Pontifca Universidade Católica de São Paulo.
- Stimson, Gv.(1995), *Aids And Injecting Drug-Use In The United Kingdom – 1987-1993. The Policy Response And The Prevention Of The Epidemic*. Social Science And Medicine, n.º 41, 699-716.
- UNAID AIDS Epidemic Update, December 2007.
http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_en.pdf

ANEXOS

ANEXO A - NOTIFICAÇÕES DOS CASOS DE INFECÇÃO PELO VIH, POR ANO DE DIAGNÓSTICO

Estrutura	1999	2000	2001	2004	2005	2006
	Casos de SIDA	1.137	1.027	1.011	790	724
Não Toxicodependentes	476	456	462	479	422	382
Toxicodependentes	661	571	549	311	302	222
Casos Sintomáticos Não-SIDA	230	213	207	178	144	172
Não Toxicodependentes	120	118	124	127	107	125
Toxicodependentes	110	95	83	51	37	47
Casos de Portadores Assintomáticos	1.364	1.474	1.134	950	832	860
Não Toxicodependentes	601	731	690	711	639	697
Toxicodependentes	763	743	444	239	193	163
Total	2.731	2.714	2.352	1.918	1.700	1.636

Fonte: CVEDT

ANEXO B - NOTIFICAÇÕES DOS CASOS DE INFECÇÃO PELO VIH, POR ANO DE DIAGNÓSTICO POR DISTRITOS (POPULAÇÃO PORTUGUESA)

Descrição	1999	2000	2001	2004	2005	2006	Δ 1999-2004	Δ 2000-2005	Δ 2001-2005
	Delegação Regional								
Norte	661	967	603	528	484	471	-20%	-50%	-22%
Braga	72	124	70	70	78	53	-3%	-37%	-24%
Bragança	9	12	11	6	7	8		-42%	-27%
Porto	541	803	500	428	382	396	-21%	-52%	-21%
Viana do Castelo	12	17	16	16	6	6	33%	-65%	
Vila Real	27	11	6	8	11	8	-70%	0%	33%
Centro	215	195	206	236	177	193	10%	-9%	-6%
Aveiro	40	43	59	92	69	59	130%	60%	0%
Castelo Branco	10	13	10	15	12	8	50%	-8%	-20%
Coimbra	50	34	39	52	35	51	4%	3%	31%
Guarda	8	4	5	4	11	7	-50%	175%	40%
Leiria	71	69	67	54	35	47	-24%	-49%	-30%
Viseu	36	32	26	19	15	21	-47%	-53%	-19%
Lisboa e Vale do Tejo	1.548	1.286	1.290	942	853	756	-39%	-34%	-41%
Lisboa	1.040	805	868	702	605	559	-33%	-25%	-36%
Santarém	63	47	46	46	50	31	-27%	6%	-33%
Setúbal	445	434	376	194	198	166	-56%	-54%	-56%
Alentejo	45	45	49	32	29	33	-29%	-36%	-33%
Beja	20	20	28	12	18	19	-40%	-10%	-32%
Évora	20	19	15	7	3	2	-65%	-84%	-87%
Portalegre	5	6	6	13	8	12	160%	33%	100%
Algarve	143	95	94	93	84	91	-35%	-12%	-3%
Faro	143	95	94	93	84	91	-35%	-12%	-3%
Açores	11	18	9	18	17	28	64%	-6%	211%
Madeira	26	26	38	33	32	27	27%	23%	-29%
Outros *	82	82	63	36	24	37	-56%	-71%	-41%
Total	2.731	2.714	2.352	1.918	1.700	1.636			

Fonte: CVEDT

ANEXO C- NOTIFICAÇÕES DOS CASOS DE INFECCÃO PELO VIH, POR ANO DE DIAGNÓSTICO NA POPULAÇÃO TOXICODEPENDENTE

Descrição	1999	2000	2001	2004	2005	2006	Δ 1999-2004	Δ 2000-2005	Δ 2001-2005
	Delegação Regional								
Norte	465	664	382	254	213	175	-45%	-68%	-54%
Braga	42	81	41	32	33	17	-24%	-59%	-59%
Bragança	2	7	4	4	2	6	100%	-71%	50%
Porto	396	562	328	208	172	150	-47%	-69%	-54%
Viana do Castelo	5	7	4	5	2	0	0%	-71%	100%
Vila Real	20	7	5	5	4	2	-75%	-43%	-60%
Centro	108	84	85	56	41	33	-48%	-51%	-61%
Aveiro	12	13	21	26	16	5	117%	23%	-76%
Castelo Branco	8	5	5	6	5	4	-25%	0%	-20%
Coimbra	31	13	21	12	8	9	-61%	-38%	-57%
Guarda	5	0	0	0	2	3	-100%	0%	0%
Leiria	39	41	29	11	6	10	-72%	-85%	-66%
Viseu	13	12	9	1	4	2	-92%	-67%	-78%
Lisboa e Vale do Tejo	789	563	532	238	225	169	-70%	-60%	-68%
Lisboa	481	306	323	164	149	116	-66%	-51%	-64%
Santarém	40	30	24	18	14	12	-55%	-53%	-50%
Setúbal	268	227	185	56	62	41	-79%	-73%	-78%
Alentejo	29	23	26	13	13	18	-55%	-43%	-31%
Beja	15	9	14	8	11	13	-47%	22%	-7%
Évora	9	11	10	0	0	0	-100%	-100%	-100%
Portalegre	5	3	2	5	2	5	0%	-33%	150%
Algarve	92	35	25	24	27	15	-74%	-23%	-40%
Faro	92	35	25	24	27	15	-74%	-23%	-40%
Outros *	40	31	21	5	4	4	-88%	-87%	-81%
Açores	4	6	3	7	5	16	75%	-17%	433%
Madeira	7	3	2	4	4	2	-43%	33%	0%
Total	1.534	1.409	1.076	601	532	432			

Fonte: CVEDT

ANEXO D - NOTIFICAÇÕES DOS CASOS DE INFEÇÃO PELO VIH (ESTIMADA), POR ANO DE DIAGNÓSTICO NA POPULAÇÃO TOXICODEPENDENTE UDI

Descrição	1999			2000			2001			2004			2005			2006			Δ 1999-2004	Δ 2000-2005	Δ 2001-2005
	1999	2000	2001	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006						
Delegação Regional																					
Norte		239	342	197	173	145	119	28%	58%	39%											
	Braga	22	42	21	22	22	12	-1%	46%	45%											
	Bragança	1	4	2	3	1	4	-164%	62%	-98%											
	Porto	204	289	169	141	117	102	31%	60%	40%											
	Viana do Castelo	3	4	2	3	1	0	-32%	62%	100%											
	Vila Real	10	4	3	3	3	1	67%	25%	47%											
Centro		56	43	44	38	28	22	32%	36%	49%											
	Aveiro	6	7	11	18	11	3	-186%	-63%	69%											
	Castelo Branco	4	3	3	4	3	3	1%	-32%	-6%											
	Coimbra	16	7	11	8	5	6	49%	19%	43%											
	Guarda	3	0	0	0	1	2	100%	0%	0%											
	Leiria	20	21	15	7	4	7	63%	81%	54%											
	Viseu	7	6	5	1	3	1	90%	56%	71%											
Lisboa e Vale do Tejo		406	290	274	162	153	115	60%	47%	58%											
	Lisboa	248	158	166	112	101	79	55%	36%	53%											
	Santarém	21	15	12	12	10	8	41%	38%	34%											
	Setúbal	138	117	95	38	42	28	72%	64%	71%											
Alentejo		15	12	13	9	9	12	41%	25%	9%											
	Beja	8	5	7	5	7	9	30%	-61%	-23%											
	Évora	5	6	5	0	0	0	100%	100%	100%											
	Portalegre	3	2	1	3	1	3	-32%	12%	-230%											
Algarve		47	18	13	16	18	10	66%	-2%	21%											
	Faro	47	18	13	16	18	10	66%	-2%	21%											
Outros *		21	16	11	3	3	3	83%	83%	75%											
Açores		2	3	2	5	3	11	-131%	-10%	-604%											
Madeira		4	2	1	3	3	1	25%	-76%	-32%											
Total		790	725	554	409	362	294	48%	50%	47%											

Fonte: CVEDT

ANEXO E - ESTRUTURAS ESPECIALIZADAS DE TRATAMENTO, SEGUNDO O ANO

Estrutura	1999			2000			2001			2004			2005			2006		
	1999	2000	2001	1999	2000	2001	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006			
Ambulatório/ Rede Publica																		
	56	60	69	75	77	78												
	CAT	40	43	45	45	45												
	Extensões	10	7	8	11	11	10											
	Consultas descentralizadas *	6	10	16	19	21	23											
Unidades de Desabilitação																		
	13	13	16	19	20	21												
Comunidades Terapêuticas																		
	70	67	75	134	134	137												
Centros de Dia																		
	10	9	11	15	14	14												

Fonte: IDT, I.P.

ANEXO F - UTENTES EM 1ª CONSULTA

Delegação Regional	Descrição	1999 2000 2001			2004 2005 2006		
Norte		2.725	2.529	2.198	1.445	1.590	1.378
	Braga	527	465	389	218	270	224
	Bragança	148	149	136	83	73	72
	Porto	1.624	1.547	1.350	977	1.055	890
	Viana do Castelo	182	111	112	73	89	86
	Vila Real	244	257	211	94	103	106
Centro		1.669	1.456	1.430	996	944	1.153
	Aveiro	555	570	529	299	209	217
	Castelo Branco	173	105	129	73	102	70
	Coimbra	378	323	329	180	216	296
	Guarda	118	75	58	67	63	47
	Leiria	313	260	223	269	268	406
	Viseu	132	123	162	108	86	117
Lisboa e Vale do Tejo		4.416	4.557	4.315	1.951	1.726	1.735
	Lisboa	2.601	2.551	2.848	1.343	1.229	1.187
	Santarém	368	349	260	200	178	222
	Setúbal	1.447	1.657	1.207	408	319	326
Alentejo		468	435	305	218	1.726	156
	Beja	182	166	139	112	1.229	76
	Évora	154	120	86	45	178	31
	Portalegre	132	149	80	61	319	49
Algarve		713	591	495	413	397	323
	Faro	713	591	495	413	397	323
	Total	9.991	9.568	8.743	5.023	6.383	4.745

Fonte: IDT, I.P.

ANEXO G - UTENTES EM UNIDADES DE DESABITUAÇÃO, COMUNIDADES TERAPÉUTICAS E CENTROS DE DIA, NAS REDES PÚBLICAS E LICENCIADA E EQUIPAS DE RUA

Estrutura	1999 2000 2001			2004 2005 2006		
Unidades de Desabitação	4.189	4.368	4.979	3.371	3.821	3.059
Rede Pública	1.885	1.939	1.852	1.792	1.766	1.466
Rede Licenciada	2.304	2.429	3.127	1.579	2.055	1.593
c/ convenção	2.304	2.429	2.773	1.183	1.471	1.205
Comunidades Terapêuticas	2.420	2.586	4.527	4.254	4.161	4.228
Rede Pública	63	67	72	75	68	110
Rede Licenciada	2.357	2.519	4.455	4.179	4.093	4.118
c/ convenção	2.357	2.519	2.825	2.900	2.944	3.036
Centros de Dia	380	335	507	611	634	608
Rede Pública	106	83	80	83	74	77
Rede Licenciada	274	252	427	528	560	531
c/ convenção	274	252	318	317	351	323
Equipas de Rua	0	0	0	13.058	13.218	17.374

Fonte: IDT, I.P.

ANEXO I - UTENTES EM TRATAMENTO NO ANO*

Delegação Regional	Descrição	1999	2000	2001	2004	2005	2006	Δ 1999-2004	Δ 2000-2005	Δ 2001-2006
Norte		8.938	9.573	9.881	9.786	10.887	10.539	9%	14%	7%
	Braga	2.206	2.083	2.207	1.924	2.129	2.176	-13%	2%	-1%
	Bragança	472	513	573	552	547	548	17%	7%	-4%
	Porto	5.122	5.693	5.767	6.136	7.016	6.558	20%	23%	14%
	Viana do Castelo	567	569	607	556	562	545	-2%	-1%	-10%
	Vila Real	571	715	727	618	633	712	8%	-11%	-2%
Centro		4.816	4.973	5.518	5.655	5.903	6.592	17%	19%	19%
	Aveiro	1.204	1.595	1.790	1.888	1.812	1.859	57%	14%	4%
	Castelo Branco	615	594	666	577	623	613	-6%	5%	-8%
	Coimbra	1.289	1.152	1.194	1.123	1.219	1.377	-13%	6%	15%
	Guarda	337	296	279	379	396	389	12%	34%	39%
	Leiria	991	978	1.120	1.143	1.307	1.784	15%	34%	59%
	Viseu	380	358	469	545	546	570	43%	53%	22%
Lisboa e Vale do Tejo		10.615	10.914	12.466	10.739	10.878	11.169	1%	0%	-10%
	Lisboa	6.894	6.862	7.613	6.802	6.977	6.985	-1%	2%	-8%
	Santarém	916	962	929	998	1.033	1.164	9%	7%	25%
	Setúbal	2.805	3.090	3.924	2.939	2.868	3.020	5%	-7%	-23%
Alentejo		1.231	1.448	1.455	1.342	1.307	1.234	9%	-10%	-15%
	Beja	559	631	668	620	604	567	11%	-4%	-15%
	Évora	392	453	432	378	353	344	-4%	-22%	-20%
	Portalegre	280	364	355	344	350	323	23%	-4%	-9%
Algarve		2.150	2.296	2.744	2.744	2.847	2.926	28%	24%	7%
	Faro	2.150	2.296	2.744	2.744	2.847	2.926	28%	24%	7%
	Total	27.750	29.204	32.064	30.266	31.822	32.460	9%	9%	1%

* Utentes que correram pelo menos uma vez às unidades de consulta durante o ano

Fonte: IDT, I.P.

ANEXO J - N.º DE EQUIPAS DE RUA

Delegação Regional	Descrição	2004	2005	2006	Média
		(2003/2004)	(2004/2005)	(2005/2006)	
Norte		6	6	6	6
	Braga	1	1	1	1
	Bragança	0	0	0	0
	Porto	4	4	4	4
	Viana do Castelo	1	1	1	1
	Vila Real	0	0	0	0
Centro		5	5	5	5
	Aveiro	2	2	2	2
	Castelo Branco	0	0	0	0
	Coimbra	1	1	1	1
	Guarda	0	0	0	0
	Leiria	2	2	2	2
	Viseu	0	0	0	0
Lisboa e Vale do Tejo		11	10	10	10
	Lisboa	6	6	6	6
	Santarém	1	0	0	0
	Setúbal	4	4	4	4
Alentejo		0	0	0	0
	Beja	0	0	0	0
	Évora	0	0	0	0
	Portalegre	0	0	0	0
Algarve		3	3	3	3
	Faro	3	3	3	3
	Total	25	24	24	24

Fonte: IDT, I.P.

ANEXO L: POPULAÇÃO DE TOXICODEPENDENTE CONTACTADA PELAS EQUIPAS DE RUA

Delegação Regional	Descrição	2004	2005	2006	Média
		(2003/2004)	(2004/2005)	(2005/2006)	
Norte		1.963	3.343	2.685	2.664
	Braga	207	378	558	381
	Bragança	-	-	-	-
	Porto	1.646	1.720	1.745	1.704
	Viana do Castelo	110	1.245	382	579
	Vila Real	-	-	-	-
Centro		897	945	1.815	1.219
	Aveiro	210	177	569	319
	Castelo Branco	-	-	-	-
	Coimbra	355	390	613	453
	Guarda	-	-	-	-
	Leiria	332	378	633	448
	Viseu	-	-	-	-
Lisboa e Vale do Tejo		7.870	6.234	8.621	7.575
	Lisboa	6.040	4.780	5.746	5.522
	Santarém	113	-	-	57
	Setúbal	1.717	1.454	2.875	2.015
Alentejo		0	0	0	0
	Beja	-	-	-	-
	Évora	-	-	-	-
	Portalegre	-	-	-	-
Algarve		2.328	2.696	4.253	3.092
	Faro	2.328	2.696	4.253	3.092
	Total	13.058	13.218	17.374	14.550

Fonte: IDT, I.P.

ANEXO K: CUSTOS DE FINANCIAMENTO SUPOSTADOS PELO IDT, I.P. POR DISTRITO

		(EM EUROS)			
		2004	2005	2006	
		(2003/2004)	(2004/2005)	(2005/2006)	Valor médio/ano
Delegação Regional	Descrição				
Norte		252.545,23 €	280.360,70 €	280.718,08 €	271.208,00 €
	Braga	55.288,03 €	55.407,03 €	55.956,45 €	55.550,50 €
	Bragança	-	-	-	-
	Porto	152.798,16 €	175.483,63 €	175.291,59 €	167.857,79 €
	Viana do Castelo	44.459,04 €	49.470,04 €	49.470,04 €	47.799,71 €
	Vila Real	-	-	-	-
Centro		179.303,76 €	189.633,47 €	216.279,08 €	195.072,10 €
	Aveiro	50.488,07 €	54.416,54 €	59.304,11 €	54.736,24 €
	Castelo Branco	-	-	-	-
	Coimbra	59.541,90 €	57.884,19 €	59.173,20 €	58.866,43 €
	Guarda	-	-	-	-
	Leiria	69.273,79 €	77.332,74 €	97.801,77 €	81.469,43 €
	Viseu	-	-	-	-
Lisboa e Vale do Tejo		469.169,01 €	452.026,76 €	431.563,54 €	450.919,77 €
	Lisboa	282.386,20 €	259.879,01 €	250.766,40 €	264.343,87 €
	Santarém	50.064,87 €	-	-	50.064,87 €
	Setúbal	186.782,81 €	192.147,75 €	180.797,14 €	186.575,90 €
Alentejo		-	-	-	-
	Beja	-	-	-	-
	Évora	-	-	-	-
	Portalegre	-	-	-	-
Algarve		113.054,01 €	113.277,87 €	113.974,64 €	113.435,51 €
	Faro	113.054,01 €	113.277,87 €	113.974,64 €	113.435,51 €
	Total	1.014.072,01 €	1.035.298,80 €	1.042.535,34 €	1.030.635,38 €
CUSTO MÉDIO ANUAL/EQUIPA DE RUA					42.943,14 €

Fonte: IDT, I.P.

ANEXO M - N.º DE UTENTES ENCAMINHADOS PELAS EQUIPAS DE RUA PARA CENTROS DE ATENDIMENTOS A TOXICODPENDENTES, UNIDADES DE DESABITUAÇÃO E COMUNIDADES TERAPÉUTICAS, POR DISTRITOS

Delegação Regional	Descrição	2004	2005	2006	Δ 2005-2004	Δ 2006-2005
		(2003/2004)	(2004/2005)	(2005/2006)		
Norte		298	441	701	32%	37%
	Braga	113	144	109	22%	-32%
	Bragança	0	0	0	-	-
	Porto	148	194	238	24%	18%
	Viana do Castelo	37	103	354	64%	71%
	Vila Real	0	0	0	-	-
Centro		167	250	296	33%	16%
	Aveiro	54	86	90	37%	4%
	Castelo Branco	0	0	0	-	-
	Coimbra	66	117	150	44%	22%
	Guarda	0	0	0	-	-
	Leiria	47	47	56	0%	16%
	Viseu	0	0	0	-	-
Lisboa e Vale do Tejo		427	453	492	6%	8%
	Lisboa	312	325	297	4%	-9%
	Santarém	0	0	0	-	-
	Setúbal	115	128	195	10%	34%
Alentejo		0	0	0	-	-
	Beja	0	0	0	-	-
	Évora	0	0	0	-	-
	Portalegre	0	0	0	-	-
Algarve		222	293	399	24%	27%
	Faro	222	293	399	24%	27%
	Total	1114	1.437	1.888	22%	29%

Fonte: IDT, I.P.

ANEXO N - N.º DE SERINGAS TROCADAS

Delegação Regional	Descrição	2004	2005	2006	Total	Δ 2005-2004	Δ 2006-2005
		(2003/2004)	(2004/2005)	(2005/2006)			
Norte		344.081	358.980	361.394	1.064.455	4%	1%
	Braga	22.554	28.130	34.656	85.340	20%	19%
	Bragança	0	0	0	0	-	-
	Porto	320.477	329.637	324.456	974.570	3%	-2%
	Viana do Castelo	1.050	1.213	2.282	4.545	13%	47%
	Vila Real	0	0	0	0	-	-
Centro		123.888	161.083	132.621	417.592	23%	-21%
	Aveiro	11.357	3.472	4.533	19.362	-227%	23%
	Castelo Branco	0	0	0	0	-	-
	Coimbra	67.053	97.275	108.381	272.709	31%	-
	Guarda	0	0	0	0	-	-
	Leiria	45.478	60.336	19.707	125.521	25%	-206%
	Viseu	0	0	0	0	-	-
Lisboa e Vale do Tejo		419.744	392.927	434.566	1.247.237	-7%	10%
	Lisboa	383.005	362.271	389.877	1.135.153	-6%	7%
	Santarém	0	0	0	0	-	-
	Setúbal	36.739	30.656	44.689	112.084	-20%	31%
Alentejo		0	0	0	0	-	-
	Beja	0	0	0	0	-	-
	Évora	0	0	0	0	-	-
	Portalegre	0	0	0	0	-	-
Algarve		85.414	64.587	128.259	278.260	-32%	50%
	Faro	85.414	64.587	128.259	278.260	-32%	50%
	Total	973.127	977.577	1.056.840	3.007.544		

Fonte: IDT, I.P.

ANEXO O – NÚMERO DE INFECÇÕES PELO VIH NA POPULAÇÃO TOXICODEPENDENTE UDI POR EQUIPA DE RUA, PARA OS CENÁRIOS 1 E 2.

Descrição	1999 2000 2001 Total				2004 2005 2006 Total				N.º de Infecções/Equipa de Rua por cenário			
	C1	C2	Média									
Delegação Regional												
Norte	239	342	197	778	172	145	118	435	258	149	42%	
Braga	22	42	21	84	22	22	11	55	84	55	35%	
Bragança	1	4	2	7	3	2	4	9	-	-	-	
Porto	204	289	169	662	141	117	102	360	166	90	46%	
Viana do Castelo	3	4	2	8	3	1	0	4	8	4	51%	
Vila Real	10	4	3	16	3	3	1	7	-	-	-	
Centro	56	43	44	143	39	27	21	87	73	45	39%	
Aveiro	6	7	11	24	18	11	3	32	12	16	-35%	
Castelo Branco	4	3	3	9	4	3	2	9	-	-	-	
Coimbra	16	7	11	33	8	5	6	19	33	19	43%	
Guarda	3	0	0	3	0	1	2	3	-	-	-	
Leiria	20	21	15	56	8	4	7	19	28	10	66%	
Viseu	7	6	5	18	1	3	1	5	-	-	-	
Lisboa e Vale do Tejo	406	290	274	970	161	153	115	429	328	166	50%	
Lisboa	248	158	166	571	111	101	79	291	95	49	49%	
Santarém	21	15	12	48	12	10	8	30	145	90	38%	
Setúbal	138	117	95	350	38	42	28	108	88	27	69%	
Alentejo	15	12	13	40	8	8	12	28	-	-	-	
Beja	8	5	7	20	5	7	9	21	-	-	-	
Évora	5	6	5	15	0	0	0	0	-	-	-	
Portalegre	3	2	1	5	3	1	3	7	-	-	-	
Algarve	47	18	13	78	16	18	10	44	26	15	44%	
Faro	47	18	13	78	16	18	10	44	26	15	44%	
Outros *	21	16	11	47	4	4	3	11	-	-	-	
Açores	2	3	2	7	5	3	11	19	-	-	-	
Madeira	4	2	1	6	3	3	3	9	-	-	-	
Total	790	725	554	2.069	408	361	293	1.062	686	374	45%	

ANEXO P – NÚMERO DE INFECCÕES EVITADAS NA POPULAÇÃO TOXICODEPENDENTE UDI POR EQUIPA DE RUA

Descrição	N.º Infeccões no Cenário 1	N.º Infeccões no Cenário 2	N.º Infeccões evitadas	N.º Infeccões evitadas/Equipas Rua
Delegação Regional				
Norte	6	778	343	57
Braga	1	84	29	29
Bragança	-	7	-2	-
Porto	4	662	302	76
Viana do Castelo	1	8	4	4
Vila Real	-	16	9	-
Centro	5	143	56	11
Aveiro	2	24	-8	-
Castelo Branco	-	9	-	-
Coimbra	1	33	14	14
Guarda	-	3	-	-
Leiria	2	56	37	19
Viseu	-	18	13	-
Lisboa e Vale do Tejo	10	970	541	52
Lisboa	6	572	281	47
Santarém	-	48	18	55
Setúbal	4	350	242	61
Alentejo	-	40	12	-
Beja	-	20	-1	-
Évora	-	15	15	-
Portalegre	-	5	-2	-
Algarve	3	78	34	11
Faro	3	78	34	11
Outros *	-	47	36	-
Açores	-	7	-12	-
Madeira	-	6	-3	-
Total	24	2.069	1.007	42