

Exmo. Sr. Ministro da Saúde
Dr. Paulo Macedo

Exmo. Sr. Secretário de Estado da Saúde
Dr. Manuel Ferreira Teixeira

Avenida João Crisóstomo, nº 9, 6º Andar
1049-062 Lisboa

Assunto: Apoio ao pedido de comparticipação integral do medicamento conjugado composto por buprenorfina e naloxona, apresentado no Ministério da Saúde em 29 de Abril de 2013

Por iniciativa do GAT – Grupo Português de Ativistas Sobre Tratamentos VIH/SIDA, as organizações abaixo identificadas que intervêm na área do VIH/SIDA e/ou na redução de riscos no uso de drogas, incluindo organizações de Consumidores e de pessoas que vivem com hepatites/VIH vêm por este meio apoiar o pedido de alteração do regime de comparticipação do medicamento conjugado composto por buprenorfina e naloxona, usado como medicamento de primeira linha no tratamento de substituição opiácea.

Salientamos que a maioria dos argumentos a favor desta alteração para comparticipação integral se aplicariam, na nossa opinião, a todos outros medicamentos que sejam aprovados com base em evidência científica para o tratamento da dependência opiácea ou outras.

Razões para apoiarmos esta proposta:

1. Porque advogamos políticas que afetem positivamente a saúde, direitos e qualidade de vida das pessoas que vivem com a infeção pelo VIH ou em risco de a adquirirem, o que inclui como grupo mais vulnerável, as pessoas que injetam drogas.

2. Porque entendemos que neste caso o custo da intervenção pode ser calculado com rigor e comparado com um aumento previsível de custos com hepatites, VIH, *overdoses* e tuberculose (entre outros) a manter-se a situação atual.

3. Porque tem de ser encontrado o equilíbrio entre a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e as necessidades de saúde dos cidadãos para se atingirem os grandes objetivos de defesa da Saúde Pública e individual.

4. Porque o Tratamento de Substituição/Manutenção Opiácea (TSO) é considerado, juntamente com os programas de troca de seringas, as intervenções mais custo eficazes e mesmo redutoras de custos nos Sistemas de Saúde, na população das pessoas que injetam drogas. Todas as linhas de orientação terapêutica e para como intervir para o tratamento de substituição opiácea e todas as agências europeias Centro Europeu para o Controlo de Doenças (ECDC) , Observatório Europeu das Drogas e Toxicodependência (OEDT,), e internacionais (OMS, UNODC) reportam que a intervenção mais *cost- saving* é o TSO.

5. Porque nas Orientações e Recomendações da ECDC e o OEDT publicadas em Dezembro de 2011, "**a prevenção, controle e tratamento das doenças infecciosas em pessoas que injetam drogas**¹" recomendam sete intervenções chave, e confirmam que "O TSO é neste momento a peça central de um conjunto de intervenções com o fim de reduzir os comportamentos de injeção de risco e a prevenção da transmissão de viroses (como VIH e hepatites víricas) por transmissão sanguínea." "O tratamento de substituição opiácea é a intervenção com evidência científica mais robusta na redução da incidência de VIH entre os injetores de opióides". Salientam ainda que "o tratamento de substituição opiácea deve estar disponível e facilmente acessível para todos os injetores de opióides. (...) e tornar acessível toda a panóplia de opções de tratamento de dependência de acordo com as necessidades dos diferentes grupos é essencial. É

¹ http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/111012_guidance_infectious_diseases_idu_brief.pdf

necessário garantir acesso fácil a tratamentos de dependência de qualidade incluindo para grupos de difícil acesso. O tratamento de substituição opiácea é também chave para a adesão ao tratamento do VIH e/ou da hepatite C entre as pessoas que usam drogas injetadas."

6. Porque a ECDC e o OEDT, na sequência dos **surtos** documentados de VIH e hepatite C na Grécia e Roménia entre injetores de drogas, emitiram um relatório² sobre o *Rapid Assesment* nestes dois países em que identificam como países em risco de surtos destas doenças virais os países em situação de crise económica e social resultante da crise económica que a Europa atravessa.
7. Porque o custo médio da medicação ARV utilizada para tratar uma infeção pelo VIH ronda os 10.000€/ano e que o tratamento de uma infeção por HCV com uma probabilidade de cura de 65 a 70% custa entre 12.000€ a mais de 25.000€.
8. Porque a esmagadora maioria dos injetores de droga vivem em situação de pobreza e o reduzido valor real da comparticipação com reduzido impacto no orçamento da saúde (que pode ser negociado com a companhia farmacêutica) tem impacto negativo no acesso a umas das opções terapêuticas.
9. Porque este medicamento, especificamente, tem vantagens comprovadas em algumas situações específicas (menor risco de *overdose*, períodos de indução e desabitação mais rápidos, o que pode trazer vantagens em situações urgentes e facilidade de uso não supervisionado, por exemplo).

² http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/120112_ter_joint-emcdda-and-ecdc-rapid-risk-assessment-hiv-idu.pdf

GAT

Grupo Português de Activistas
sobre Tratamentos de VIH/SIDA
Pedro Santos



Sugerimos também uma atualização das linhas de orientação portuguesas, tendo em conta a mais recente evidência científica e as linhas de orientação internacionais, tal como tem acontecido para outras patologias e procedimentos médicos através das Normas de Orientação Clínicas.

Encontrando-nos à sua disposição para fornecer quaisquer informações adicionais que considere necessárias, despedimo-nos com os nossos melhores cumprimentos.

Pelo GAT,

Os subscritores:

