REVISTA MENSAL • 2 EUROS

dependências

NOVEMBRO 2020

JOÃO FERREIRA

"É FUNDAMENTAL O AUMENTO DE RECURSOS E A MELHORIA DE RESPOSTAS"

JOÃO GOULÃO

"ESTAMOS TODOS NA EXPECTATIVA DE MUDANÇAS"

ANTÓNIO LACERDA SALES

"O GOVERNO ESTÁ A FINALIZAR A PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS"

MANUEL CARDOSO

"É INACEITÁVEL TER TANTAS MORTES E SER TÃO CONDESCENDENTE COM QUEM O FAZ"

UM ENCONTRO DE SABERES NO DOMÍNIO DAS DEPENDÊNCIAS

Qualidade, investigação, redução de riscos, tratamento, prevenção descriminalização, respostas públicas e de proximidade, promoção e defesa dos direitos humanos e dependências com e sem substância foram, entre outros, os temas que mobilizaram e concentraram algumas centenas de profissionais e instituições, num debate onde não faltaram as ideias e as propostas para um futuro que parece ter recomeçado agora.

Estamos a falar de um esperado e desejado encontro nacional de profissionais de CAD, organizado pelo SICAD, que decorreu entre os dias 25 a 27 de novembro em formato online, porque o atual contexto pandémico não permite abraçar aqueles que, apesar de tudo e contra alguns, ainda continuam a manter viva a esperança de poder dar o seu melhor aquelas populações mais vulneráveis que, por arte do destino, se veem há mais de oito anos ostracizadas e estigmatizadas por uma iniciativa que os votou ao abandono.

Não foi com surpresa que assistimos a uma reflexão de alto nível técnico sobre o passado e o presente, e uma grande esperança de projetar desde já o futuro, que tem vindo a ser sucessivamente adiado pela indefinição e indecisão dos decisores políticos. Foram três grandes dias, em que muitos profissionais, das mais variadas áreas do saber e instituições públicas e privadas, se reuniram para mostrar a força e a vitalidade demonstrada em tempos tão difíceis.

A objetividade, o pragmatismo e a clareza com que foram apresentados os dados da situação epidemiológica no nosso país são uma clara demonstração de quem sabe que o futuro passa pela criação de uma estrutura especializada nos comportamentos aditivos e dependências com autonomia administrativa e financeira, que acabe por preencher o vazio deixado pela extinção do antigo IDT, que se veio a demonstrar um autêntico retrocesso numa estratégia nacional reconhecida internacionalmente.

Apesar de algum ceticismo, o humanismo e o pragmatismo, valores principais da Estratégia Nacional, constituíram uma profunda reflexão num quadro orientador das políticas públicas de luta contra as drogas e a toxicodependência que a memória não apagará e que urge retomar sob pena de liquidarmos todo o trabalho construído na base do saber e do conhecimento científico, com resultados e ganhos em saúde que provam bem a importância destes notáveis homens e mulheres que diagnosticaram os problemas para construir as respostas em que todo o mundo se inspirou.

Portugal não pode andar para trás. Tem de se preparar para responder aos novos comportamentos e às necessidades das populações mais vulneráveis, e para poder melhor reverter a situação que a fragmentação das respostas e a integração nas ARS causou aos doentes, às suas famílias e ao país, desumanizando uma intervenção que o mundo reconheceu como um modelo de excelência e referência internacional.

Neste encontro, ficamos a saber que "o casamento do IDT com as ARS estava condenado ao fracasso. Apesar do dote dos padrinhos," antes do casamento já estavam divorciados…", como dizia um palestrante. "E não venham com mais desculpas pelo incumprimento das promessas feitas". O país precisa urgentemente de uma estrutura nos comportamentos aditivos e dependências que verdadeiramente o sirva, com mais rigor e objetividade e inspirada no tal modelo português, de que tanto se fala, mas pouco se cumpre…

Sérgio Oliveira, director

dependências
SÓ PARA PROFISSIONAIS

FICHA TÉCNICA Propriedade, Redacção,Direcção e morada do Editor: News-Coop - Informação e Comunicação, CRL; Rua António Ramalho, 600E; 4460-240 Senhora da Hora Matosinhos; Publicação periódica mensal Registada na ERC com o nº 124 854. NIPC. 507 932 161. **Tiragem**: 12000 exemplares. **Contactos**: 220 966 727 / 916 899 539; sergio.oliveira@newscoop.pt; www.dependencias.pt **Director**: Sérgio Oliveira **Editor**: António Sérgio **Administrativo**: António Alexandre **Colaboração**: Mireia Pascual **Produção Gráfica**: Ana Oliveira **Impressão**: Multitema, Rua Cerco do Porto, 4300-119, tel. 225192600
Estatuto Editorial pode ser consultado na página www.dependencias.pt

EVENTO DECORREU ONLINE E CONTOU COM MAIS DE 400 PRESENÇAS

ENCONTRO NACIONAL DE PROFISSIONAIS DE CAD REFORÇA SINERGIAS E LANÇA O FUTURO

IMPACTOS DA PANDEMIA EM DESTAQUE NO PRIMEIRO MOMENTO DO ENCONTRO

No primeiro momento do Encontro Nacional de Profissionais de CAD, João Goulão deu as boa vindas aos participantes e considerou que este evento corresponde a "uma necessidade de criarmos um espaço para nos encontrarmos e partilharmos experiências", realçando o papel agregador do SICAD nas respostas aos mais vulneráveis no período de pandemia sanitária, em articulação direta com os parceiros que diretamente respondem às necessidades destes cidadãos.

No dia inaugural ocorreram dois painéis: "À conversa sobre Covid19 e os CAD" e "Seminário Crescer num mundo digital", onde foi possível abordar diversos tipos de respostas, nomeadamente de Redução de Riscos e Minimização de Danos e de Tratamento, de proximidade e de apoio às populações vulneráveis, e a gestão de perigos e riscos do mundo digital, resiliência digital e literacia digital, respetivamente. Ludmila Carapinha e Elsa Lavado, investigadoras na Divisão de Estatística e Investigação do SICAD, apresentaram dois estudos sobre o consumo de bebidas alcoólicas e o uso da internet e videojogos, ambos no período do confinamento. Joana Vilares, coordenadora da Equipa de Rua GIRUGaia e coordenadora da Rede Nacional R3-Riscos Reduzidos, destacou o impacto da pandemia nas respostas e nos utentes das estruturas de RRMD, a grave situação que provocou no plano social e o diálogo intenso e frutuoso com o SICAD e as DICAD. Carla Silva, a representar o POCAD, acentuou as situações complexas e de grande dificuldade por que passam as comunidades terapêuticas, espelhadas na diminuição de entradas de utentes, no esquecimento da área do tratamento e no encerramento de mais de uma dezena destas instituições. Cláudia Maia, coordenadora da DICAD da ARS Algarve, apresentou os desafios e preocupações transportadas pela pandemia, dando também conta da diminuição de internamentos nas UDA por força da diminuição das camas disponíveis impostas pela situação da Pandemia, e de consultas nos CRI, em 2020, comparado com o período homólogo de 2019. Alertou para o facto de só se conseguir manter as respostas de proximidade se for reconhecida a importância destes cuidados. Madalena Cruchinho, assessora do Conselho Diretivo do Instituto da Segurança Social, sublinhou que o apoio à população com problemas de dependência passa, como sempre, pelo encaminhamento para respostas sociais em apartamentos de reinserção social e equipas de intervenção direta, assim como pela disponibilização dos apoios sociais para pagamento das mensalidades dos utentes internados em comunidades terapêuticas. Informou, igualmente, o reforço do 144, Linha Nacional de Emergência Social, nomeadamente através do reforço dos recursos humanos. Eduarda Ferreira, membro da equipa portuguesa da Rede EU Kids Online e investigadora no CICS.NOVA, referiu que o problema das dependências está também muito ligado ao mundo digital, porém é importante sabermos se é possível viver sem o digital e se esta situação é efetivamente um problema. São inúmeras as vantagens do uso de ecrã e do digital, desde que se conheçam os riscos e se invista no desenvolvimento da literacia digital.

REFLETIR O PRESENTE E PROJETAR O FUTURO NO SEGUNDO MOMENTO DO ENPCAD

O Encontro Nacional de Profissionais de CAD teve o segundo momento, composto por três painéis. No primeiro, "O futuro começa agora", foi apresentada a situação epidemiológica nacional 2012-2020 e foi tratada a transversalidade das abordagens. Os dois painéis seguintes foram dedicados à "Inovação e descriminalização 20 anos depois" e "Guidelines para a intervenção na área do jogo".

A moderação do painel da manhã esteve a cargo de Manuel Cardoso, Subdiretor-Geral do SICAD, que referiu que um dos objetivos deste encontro consiste em "sabermos o que correu mal e o que correu bem no que foi feito relativamente ao Plano Nacional 2013-2020, e perspetivarmos o futuro". De seguida, foi apresentada a situação epidemiológica nacional, referente ao mesmo período, e os oradores convidados pronunciaram-se sobre a transversalidade das abordagens.

Paulo Jesus, coordenador do CRI do Alentejo Central e coordenador regional para a área da prevenção e intervenção comunitária da DICAD da ARS Alentejo, considerou que falar de futuro nos tempos que vivemos é uma ousadia e que a existência de uma cultura da prevenção pode influenciar positivamente os números relativos aos CAD.

Jorge Barbosa, coordenador do CRI Porto Oriental, salientou que perspetivar o futuro terá de ser precedido de uma análise do percurso histórico das nossas instituições e defendeu a melhoria da comunicação com os cidadãos, prevendo ainda que os migrantes serão, no futuro, um grupo de intervenção.

Paula Carriço, coordenadora técnica do CRI de Coimbra, defendeu que as equipas multidisciplinares são essenciais para a transversalidade, que é necessário colocar o sonho na ação e que, para melhorar a intervenção, é necessário assegurar de forma transversal e descentralizada os diversos gestores e atores da ação.

Ana Catarina Antunes, enfermeira coordenadora da Unidade de Alcoologia de Lisboa (UA), salientou que o tratamento do problema do álcool não consiste apenas em retirar a substância, mas também em reintegrar os utentes, considerando importante para o futuro um maior investimento na área dos CAD e o efetivo reconhecimento das UA.

Adriana Curado, cocoordenadora e psicóloga no Programa de Consumo Vigiado de Lisboa, afirmou que a pandemia agravou as dificuldades existentes e pré-existentes, mas também proporcionou uma maior comunicação e articulação entre os parceiros no terreno. Considerou importante no futuro a adaptação dos serviços às situações das pessoas e que o trabalho em rede tem também de ser de proximidade.

Luís Machado, coordenador da Saúde Mental e diretor técnico, clínico do Centro de Solidariedade de Braga – Projeto Homem e diretor clínico e técnico da comunidade terapêutica do Projeto Homem do Centro Paroquial Interparoquial de Abrantes, afirmou que as comunidades terapêuticas estão preparadas para a transversalidade, considerou um erro integrar dependentes do jogo nas Comunidades Terapêuticas tradicionais e defendeu a criação de um organismo central único.

Ana Soledade, responsável pela área da prevenção no CRI de Leiria, apresentou o programa Like Saúde, que considerou ser uma metodologia de intervenção.

No início dos trabalhos da tarde, foi divulgada uma mensagem, em vídeo, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, António Lacerda Sales, que deixou um agradecimento às equipas que continuam a acompanhar no terreno os mais vulneráveis, e ao SICAD, por ter habilitado os profissionais com equipamento de proteção individual. Prometeu, igualmente, novidades para breve sobre o trabalho de reorganização dos serviços, mensagem que Dependências replica nesta edição

O primeiro painel vespertino, "Inovação e descriminalização 20 anos depois", teve como moderador o Diretor-Geral do SICAD, João Goulão, que afirmou que "o primeiro ganho de termos este encontro é a alegria de estarmos juntos".

João Bezerra Silva, conselheiro na missão de Portugal junto da ONU, em Viena, destacou que o modelo português é, hoje, um exemplo de boas práticas a nível internacional, acrescentando que a desconfiança inicial sobre o mesmo durou bastantes anos, mas foi ultrapassada pelos resultados.

A descriminalização das drogas, foi uma vitória do humanismo e do pragmatismo. Colocou o problema no homem e só depois pensou na droga, e assim conseguiu responder a um dos mais graves problemas sociais que a sociedade portuguesa enfrentava. Humanizar a intervenção, num quadro de profundos problemas sociais para responder aos dramáticos consumos problemáticos de drogas, era um grande desafio que um pequeno país como Portugal, foi capaz de implementar, com tanto sucesso, que rapidamente se projetou em todo o mundo, e hoje constitui um excelente instrumento que orienta as politicas públicas de drogas e da toxicodependência. Os resultados e os ganhos em saúde alcançados nestes 20 anos, provam bem a importância desta notável e visionária iniciativa, que apesar das barreiras, dos percalços e de muitas vicissitudes ainda assim constitui um exemplo internacional que nada nem, ninguém pode ignorar.

Sofia Albuquerque, responsável pela área da dissuasão do SICAD, afirmou que a descriminalização surgiu como uma das 13 medidas a serem implementadas no âmbito da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e que o Modelo de Intervenção em Dissuasão partiu da componente jurídica, mas procura a forma de lidar com as pessoas com estes problemas.

Joana Alves, vogal da CDT de Braga, deixou o desafio do alargamento do modelo de intervenção em dissuasão às infrações rodoviárias sob o efeito do álcool e lançou uma questão: que tipo de consumidores de álcool são os condutores fiscalizados e identificados?

José Quaresma, Juiz Desembargador, afirmou que o sucesso do modelo português e da mudança de paradigma está na perspetiva não punitiva, mas mais de saúde pública e que apenas as infrações leves são passiveis de intervenções concorrentes.

O segundo painel vespertino, "Guidelines para a intervenção na área do jogo", moderado por Domingos Duran, Chefe de Divisão de Intervenção Terapêutica da Direção de Serviços de Planeamento e Intervenção do SICAD, teve como oradores Hélder São João, chefe de enfermagem e membro da Comissão Executiva Permanente da Direção de Enfermagem da DICAD, da ARS Norte; Natália Nogueira, enfermeira clínica a exercer funções no CRI de Castelo Branco; e Paula Santos, psicóloga, a exercer funções na UD-Centro das Taipas, em Lisboa, que testemunharam a sua experiência enquanto membros do grupo de trabalho do qual resultou a publicação das "Linhas Orientadoras para a Intervenção na Perturbação do Jogo", e na subsequente divulgação e informação nas regiões a que pertencem.

TERCEIRO MOMENTO: NOVO PLANO NACIONAL E VÁRIOS WORKSHOPS

O último momento do ENPCAD abordou o Plano Nacional para a redução dos CAD e incluiu ainda a realização de cinco workshops sobre dependências sem substância, respostas inovadoras, prevenção ambiental, populações vulneráveis, e inovação no Plano Nacional, cujos relatos replicamos.

DEPENDÊNCIAS SEM SUBSTÂNCIA: ESTAMOS PREPARADOS PARA RESPONDER ÀS NOVAS FORMAS DE CAD?

Dinamizador: João Nuno Faria
Relatora: Irene Reis

"O Workshop incidiu sobre as dependências sem substância, nomeadamente os videojogos, Inicialmente, foi feito um enquadramento da cultura dos videojogos e o Dr. João Faria fez um périplo pelos anos sobre a evolução, passando dos jogos e consolas mais simples, ainda sem cor e som, com gráficos muito rudimentares até aos jogos que já estão nos nossos tablets e smartphones, com uma série de componentes bem diferentes. Existe hoje uma maior acessibilidade, uma vez que as consolas, que ficavam em casa, deram origem à possibilidade de levarmos os jogos connosco em vários dispositivos para onde formos. Paralelamente, fizemos um percurso sobre as tipologias dos videojogos porque, para conhecermos esta realidade, é importante percebermos que tipo de jogos existem, as suas nomenclaturas e gírias. É importante conhecer os videojogos, o que as crianças e jovens jogam mais para percebermos também de que forma podemos dirigir a nossa intervenção. Fez-se também uma divisão entre os jogos que são mais associais, jogados mais individualmente, os mais sociais, jogados em massa por vários jogadores em simultâneo, os mais simples e os mais complexos. Os que terão habitualmente maior potencial aditivo são os mais complexos e sociais. Neste momento, lideram o top 10 dos mais jogados o League of Legends, o Fortnight e o Mine Craft. Esta indústria dos videojogos encontra-se em franca expansão, com lucros enormes e a investir substancialmente em jogos para smartphones. Em termos estatísticos e contrariando alguns estereótipos, conclui-se que o número de homens e mulheres que jogam é equilibrado e 90% dos jogadores são considerados recreativos, logo, saudáveis e sem qualquer tipo de consequências. Também a idade média de quem joga parece surpreender, uma vez que, nos homens, se cifra nos 33 anos e, nas mulheres, nos 34.
Na reta final deste workshop, incidiu sobre algumas áreas que me parecem muito importantes para a intervenção: por um lado, identificar os fatores que podem interromper um percurso que poderá ter consequências nefastas para os utilizadores de videojogos, sendo importante conseguirmos lançar campanhas dirigidas aos pais e cuidadores para evidenciar os sinais de alerta; também me parece importante a psicoeducação, lançando campanhas mais abrangentes de promoção de um jogo saudável, sobre o tempo que é aceitável passar a jogar ou até benefícios potenciais dos videojogos; também nos pareceu importante fazer um trabalho no jogador: motivá-lo, incentivá-lo a desligar notificações do jogo, a utilizar o night mode, definir alguns alarmes para ir interrompendo o jogo e realizar pausas; relativamente à prevenção da recaída, parece ser também necessário promover uma maior monitorização parental e, face ao que a evidência aponta, não preconizar uma abstinência total mas sim parcial, reduzindo o tempo de jogo".

PREVENÇÃO AMBIENTAL: COMO PODEMOS FAZER A DIFERENÇA?

Dinamizador: Isabel Prata
Relatora: Carla Frazão

"A Dra. Isabel organizou este workshop, partindo de três questões iniciais: que palavras vos ocorrem quando pensam em prevenção ambiental? Em que contexto se fazem intervenções de prevenção ambiental? No curso em que estavam a participar havia projetos de intervenção de prevenção ambiental ou a intenção de os implementar num futuro próximo? Quanto à primeira questão, as palavras e expressões que as pessoas mais associam à prevenção ambiental estão ligadas a conceitos como comunidade, segurança, contexto, sustentabilidade, a questão regulamentar, do alinhar, de poder ter-se uma noção de bem-estar, de estruturas, de acessibilidade, de abrangência, de ecologia… Quanto à segunda questão, a multiplicidade de contextos que surgiu permitiu-nos concluir que qualquer contexto tem enquadramento para a intervenção na área da prevenção ambiental, senso essencial a intencionalidade atribuída a cada um para que os comportamentos aditivos sejam menos acessíveis. Se trabalharmos com essa intencionalidade em cada um dos contextos, estamos a trabalhar numa ótica de prevenção ambiental, interessando envolver todos os cidadãos e um trabalho em parceria e rede. Retive um conceito apresentado pela Dra. Isabel, em que afirma que a prevenção ambiental tem como objetivo limitar a exposição a oportunidades de comportamentos de risco e promover a disponibilidade de oportunidades mais saudáveis. Quanto a exemplos de prevenção ambiental que estão a decorrer na região LVT, destacaria o guião de procedimentos e implementação de linhas orientadoras para lidar com os CAD em contexto escolar; o exemplo da promoção da venda responsável de álcool e tabaco enquanto projeto que envolve vários parceiros no concelho de Sintra; a promoção ambiental nos contextos recreativos, orientada essencialmente para a questão da venda responsável de álcool, como sucede no Rock in Rio; também no contexto laboral, têm havido intervenções maioritariamente promovidas e organizadas pelo SICAD em parceria com autarquias e empresas. Como principais conclusões, destacaria que é importante que estes projetos sejam multicompetentes, o que implica um trabalho colaborativo integrado; A compreensão dos projetos contribui para que todas as perspetivas sejam contempladas, implica coerência intercontextos e o envolvimento de profissionais de diferentes setores, muitos que nunca pensaram ter algum tipo de papel na prevenção e que têm de ser persuadidos nesse contributo, e estarmos também atentos às questões de alguns stakeholders com interesses de alguma maneira contraditórios aos da saúde e envolve-los também. E muitas estratégias e intervenções exigem decisões políticas, como questões ligadas à publicidade ao álcool ou ao jogo. Por fim, dos 18 colegas que responderam a essa questão, 15 reportaram estar ou pensar implementar projetos de intervenção de prevenção ambiental".

RESPOSTAS INOVADORAS: COMO PREPARAMOS O FUTURO?

Dinamizador: Abel Carreira
Relatora: Nuno Terenas

"Foi um workshop de troca de ideias muito enriquecedoras, em que o dinamizador lançou desde logo para reflexão o facto de a inovação não ser um tema novo e de ser difícil fazer bem à primeira… Este workshop foi dividido em duas vertentes: que respostas e soluções a melhorar e que respostas e soluções a criar. Nas respostas e soluções a melhorar, fruto da troca de ideias entre os participantes, lançaram-se alguns tópicos: para existir uma disseminação da informação organizacional, um incentivo ou estímulo à participação em inovação, avaliar o presente para perspetivar o futuro, trabalhar em rede e de forma colaborativa, agilização da comunicação com/entre estruturas de saúde e disseminação de boas práticas. Como respostas e soluções a criar, partilha de ideias foi ao encontro da criação de grupos temáticos para discussão e partilha de novas formas de atuação, implementação de novas tecnologias na área da intervenção e partilha de experiências inovadoras entre todos. Como podemos então ser inovadores? Incorporando mais conhecimento e estabelecendo parcerias em rede, experimentando novas soluções, adquirindo novas ideias. Em conclusão, a inovação tem que ser uma nova forma de agir, tem que ser transversal, exige visão, criatividade, colaboração, persistência, experimentação, avaliação e partilha. Depende de três fatores: vontade, capacidade e possibilidade e é um processo de aprendizagem que implica liberdade para pensar e agir de modo diferente, afastando o medo de arriscar e desafiar. Neste caso, inovação é partilha do conhecimento e é também um dos 17 objetivos da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável".

POPULAÇÕES VULNERÁVEIS: CONSEGUIMOS CHEGAR A TODOS?

Dinamizador: Sofia Borges Pereira
Relatora: Elsa Belo

"O nosso workshop foi participado e as pessoas conseguiram colocar questões relacionadas com a sua prática diária. A Dra. Sofia começou por chamar a atenção para algumas questões, nomeadamente para a reflexão que as equipas necessitam fazer sobre a sua intervenção, para onde queremos caminhar, que estratégia queremos definir…também pareceu pertinente a promoção do acesso das respostas a todas as populações vulneráveis, reforçou a responsabilidade do Estado na resposta a estas necessidades, referindo que a intervenção é hoje muito mais complexa, não tanto face ao covid, mas à própria problemática. Referiu a importância das ONG na abordagem e intervenção a estas populações e reposicionou a nossa ação com base nos princípios de desenvolvimento sustentável da OMS. Há a necessidade de identificar os fatores que levam as pessoas a situações de exclusão social. Relativamente à questão levantada pelo workshop, será que conseguimos chegar a todas as populações vulneráveis? Foi identificada uma série de populações, que corresponde também à minha experiência, que inclui pessoas em situação de desemprego de longa duração, deixando aqui um terreno a descoberto para a entrada dos consumos problemáticos de álcool, a questão dos migrantes e dos refugiados, dos sem-abrigo que necessitam urgentemente que haja um derrubar de barreiras para que possam aceder aos serviços sociais e de saúde – muitas vezes, o simples facto de não terem uma morada impede-os de serem cidadãos. Também se falou na questão da saúde mental – será saúde ou doença mental - e da falta de respostas para a problemática da doença mental. Falámos também sobre as populações transgénero e da falta de respostas adequadas à sua especificidade, bem como sobre a violência sobre as mulheres, mas também sobre os jovens e crianças. Ficou no ar a dúvida se fazemos tudo o que está hoje ao nosso alcance e se será suficiente o que estamos a fazer para atingirmos estas metas e objetivos de desenvolvimento sustentável; a Dra. Sofia chamou a atenção para a importância da implementação de sistemas de proteção para crianças, jovens, mulheres e populações vulneráveis e identificou um défice na área da resposta social às populações mais velhas, populações com adições em programas de substituição opiácea e com consumos elevados de álcool. E há que repensar as medidas de proteção social, quer as prestações económicas, quer o trabalho protegido e mediado e a capacitação da área empresarial para poder responder a esta questão do desemprego de longa duração, bem como a valorização da intervenção de proximidade junto destas populações. Houve um debate em torno da importância da articulação entre os parceiros das várias áreas, desde a judicial, social, de saúde e de intervenção comunitária e das mais-valias que resultam desta articulação para os nossos serviços. Também foi concluída a necessidade de haver uma maior literacia entre o social e a saúde e a mais-valia que pode resultar de os parceiros virem beber do saber que os nossos serviços têm. Precisamos de um modelo transversal, articulado e de boas práticas, isto é, identificado como uma necessidade real, tem que haver uma ação mais local, camarária, com metas alcançáveis e entendíveis por todos os parceiros, numa linguagem comum e eficaz. Falámos também sobre a inflexibilidade de alguns serviços e da dificuldade de outros stakeholders cederem respostas e da necessidade de os serviços se adaptarem às novas realidades, de se reinventarem, mais abertos e permeáveis a receber outras problemáticas. Por fim, a questão dos profissionais em CAD: estão preparados para intervir em ações sistematizadas, criativas, com muita qualidade técnica, temos um capital humano muito capaz e empenhado, com muita coragem e iniciativa e capacidade de resiliência, também face ao covid, mas há algumas coisas a acautelar, nomeadamente a perda de capital humano, que pode colocar em causa a nossa intervenção centrada na pessoa. E também se falou na angústia que os técnicos sentem na busca de respostas para as pessoas que fazem pedidos de ajuda. Nem tudo será falta de recursos económicos e faltará aqui uma reestruturação do serviço por forma a ser mais flexível, próximo e articulado."

INOVAÇÃO NO PLANO NACIONAL: PLANEAR MELHOR PARA FAZER MELHOR

Dinamizador: Pedro Simões Coelho
Relatora: Teresa Caeiro

"Este workshop foi dinamizado pelo Professor Pedro Simões Coelho, que é também o coordenador do projeto de avaliação e que começou por identificar os objetivos. Ao contrário dos outros workshops, este não incidia sobre conteúdos que o plano poderia ter mas sobre o processo de construção de um plano que se pretendia coerente, necessário e exequível, que fosse reconhecido e orientador por todos os profissionais que atuam nos CAD, e que tivesse um desenho adequado e facilitador da participação, promotor do envolvimento e avaliação por parte de todos. Neste sentido, o Professor apresentou alguns temas para discussão, a partir da apresentação de um modelo genérico, uma proposta clássica de desenvolvimento e planificação e um mero modelo de discussão. Quanto às questões processuais, foi perguntado aos participantes por onde começar a elaboração e quais as fontes de informação a utilizar; posteriormente, questões relacionadas com a elaboração do plano e outras mais transversais relacionadas com a implementação. Quanto às fontes de informação a utilizar além das que foram dadas como referências, os participantes estiveram de acordo em que se começasse por avaliar o ciclo anterior e que se começasse essa avaliação por áreas temáticas, solicitando que o plano tivesse em conta a resolução que existe sobre o estigma nacional relativamente à população com CAD, as questões de género e, relativamente ao enquadramento, que tivesse em conta a questão dos direitos humanos, bem como um enquadramento relativamente aos objetivos do desenvolvimento sustentável. Outra das perguntas era que intervenientes devem participar em cada etapa. Foi evidente a vontade de todos participarem em cada etapa, não tendo sido esquecida a questão da saúde mental, sobretudo na etapa da implementação, mas que fossem também chamadas a participar as associações representantes dos destinatários do processo. Foi consensual que a participação de todos os intervenientes na elaboração do plano terá um impacto significativo na implementação, uma vez que todos se poderão rever no mesmo. Devo referir que, neste workshop, havia participantes representantes de várias áreas para além da saúde e de ONG, como da Autoridade Nacional para a Segurança Rodoviária, escolas, faculdades, CPCJ… era bastante variado o leque de participantes e os métodos de trabalho a utilizar sugeridos foram, nos casos de familiares, a realização de inquéritos junto de associações ou de familiares dos beneficiários, fóruns de discussão direta por áreas temáticas, que fosse uma iniciativa bottom-up e que tivesse continuidade em todas as atividades posteriormente realizadas e que a articulação entre todas as áreas no sentido de preparar o trabalho de implementação ocorresse também desde logo. Foi também pedido que, na implementação do plano, não houvesse espaço para dúvidas, sendo que se constata a perceção de que há um conhecimento escasso sobre o plano enquanto instrumento de trabalho, apesar de perceberem a pertinência das atividades que estão a desenvolver mas não como as mesmas estão enquadradas no plano. Quanto à questão como conseguir a participação de todos os envolvidos neste processo de elaboração, implementação, monitorização e avaliação, foram novamente sugeridos os inquéritos aos familiares, os grupos de trabalho e a criação de momentos de diálogo. Quanto à divulgação do plano e à articulação com todas as estruturas ligadas à sua implementação, foi sugerida uma apresentação através de grupos de trabalho de modo a que todos tenham conhecimento, que haja recurso às novas tecnologias, como um website ou um chat, a realização de eventos regionais para divulgação do plano mas também para se auscultar e perceber, do ponto de vista do terreno, a monitorização do trabalho que as instituições vão realizando de uma forma mais regular e para ir dando informações sobre o plano para a população em geral, divulgando as respostas existentes.

DISCURSO DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO E DA SAÚDE, ANTÓNIO LACERDA SALES

"O governo está a finalizar a proposta de reorganização dos serviços"

"É com grande satisfação que me encontro hoje entre vós, ainda que virtualmente. Nestes tempos particularmente desafiantes que vivemos no que toca à nossa saúde pública, devo-vos uma palavra de agradecimento, reconhecimento mas também de incentivo. Uma palavra de agradecimento pelo trabalho desenvolvido pelas equipas que acompanham no terreno as populações com maiores dificuldades. Esse trabalho não parou, nem na calamidade, nem na emergência em que nos encontramos. Se o vírus não tirou férias, esta atividade crucial também não.

A capacidade de adaptação de todos vós para continuarem a prestar cuidados junto daqueles que precisam mais do que nunca de ajuda, os mais vulneráveis, com segurança e rapidez é e foi verdadeiramente notável. Obrigado por nunca deixarem o distanciamento físico tornar-se em distância social e obrigado ao SICAD por ter garantido financiamento próprio e através de entidades externas, como a Fundação Calouste Gulbenkian, para habilitar os profissionais de equipamentos de proteção individual.

Manuel Cardoso

"Duas palavras, que são fundamentalmente de agradecimento: uma primeira para dizer que estou completamente orgulhoso pela forma como correu todo o encontro. Além da quantidade, saliento a qualidade dos participantes e dos preletores. O feedback que temos tido tem sido fantástico e, portanto, queria agradecer a todos por isso. Gostaria ainda de agradecer à nossa equipa que levou por diante esta forma de comunicarmos, que esteve por trás desta organização, a Dra. Alcina e a Dra. Sónia, enquanto líderes do processo na Divisão de Informação e Comunicação e toda a equipa. Um agradecimento especial à Irene Conduto, que tem estado em permanência nas redes sociais e que permite que cada uma das nossas intervenções seja vista ao fim de cada dia por milhares de pessoas. A Lúcia merece um agradecimento especial porque esteve desde o princípio a trabalhar arduamente para que tudo isto funcionasse. E a todos os que estiveram a controlar a parte tecnológica, garantindo que tivéssemos seis salas a funcionar e emitir em simultâneo. A todos muito obrigado e havemos de estar aqui para outros encontros".

João Goulão

"Resta-me secundar estes agradecimentos a todos os participantes e às pessoas mais ligadas a esta organização. Uma palavra também para a equipa da informática, que foi inexcedível e se reinventou para que fosse possível termos este grande número de participantes. Acho que este encontro tem como corolário a alegria do reencontro e a possibilidade de termos aqui a criação de uma massa crítica que nos permita sermos mais vivos e criativos na construção deste novo plano e para a sua divulgação. É importante que consigamos elencar frases e mensagens que sejam partilháveis e com algum tipo de impacto. Penso que estamos todos na expectativa de mudanças, como ontem foram mais uma vez anunciadas pelo Sr. Secretário de Estado, esperamos que se concretizem a curto prazo e que tenhamos de facto as bases, até organizativas, sustentadas para que possamos construir o plano com o mínimo de certezas sobre o que aí vem. Isso é também fundamental para que o plano e as ações possam ser consistentes. Digo-vos com toda a franqueza: vou muito confortado, muito satisfeito pela realização deste encontro que, penso, correspondeu às expectativas que depositávamos. Para além de todos estes intervenientes e organizadores, gostaria de referir uma vez mais o empenho pessoal e a energia que o Dr. Manuel Cardoso colocou na sua efetivação. A última palavra de companheiro é para ti, de apreço pela tua capacidade de organizar, de pisar os calcanhares às pessoas e de ter às vezes um papel que eu dificilmente consigo ter quando se trata de pôr de pé organizações com esta dimensão. Até um próximo encontro e que seja possível em breve vermos a vivo e a cores, tocarmo-nos e abraçar-nos".

Uma palavra de reconhecimento pelo trabalho dos profissionais e das entidades responsáveis pelas comunidades terapêuticas. Temos bem consciência do grande esforço profissional e técnico mas também financeiro que as entidades têm vindo a suportar. Fizeram-no com sucesso e, até à data, sem qualquer caso positivo de infeção por covid-19. Sabemos bem das dificuldades acrescidas que enfrentam, ao ter de garantir o isolamento dos novos utentes em internamento.

Reconhecer também o trabalho dos profissionais das unidades de intervenção local das ARS, que apesar de todos os constrangimentos causados pela pandemia, não deixaram que os doentes ficassem sem tratamento e particularmente sem medicação e ainda se empenharam para criar formas de conseguir o acompanhamento de cada um dos utentes.

Por isso termino com uma palavra de incentivo, numa altura em que Portugal se encontra a celebrar os 20 anos da descriminalização do uso e posse para consumo de todas as drogas. O reconhecimento internacional pela política portuguesa neste âmbito é da maior relevância mas mais importante são os resultados conseguidos com a implementação da política. A descriminalização não será a única medida a permitir esses resultados.

A implementação de uma política de respostas integradas, nas quais se inclui o dispositivo da dissuasão, foi seguramente fundamental para atingir os objetivos e o sucesso que temos granjeado. E este trabalho tem que continuar.

Temos enormes e importantes desafios pela frente. Desejo que este encontro seja profícuo nas reflexões e ideias para o novo plano nacional, que virá substituir o que agora termina. Este plano terá de ser mais abrangente. Já não é apenas o jogo e medicamentos mas também os problemas da internet e da dependência de ecrã. Os desafios são cada vez maiores quando, por causa da pandemia, nos vimos obrigados a recomendar a utilização das ferramentas digitais, ao mesmo tempo que temos de promover uma relação mais saudável com estes dispositivos, sobretudo entre os mais jovens. Contamos por isso convosco para nos ajudarem neste desafio.

Da nossa parte, da parte do XXII Governo Constitucional, podem também contar connosco, nomeadamente no que diz respeito a finalizar a proposta de reorganização dos serviços, um ensejo de muitos de vós. Estamos a trabalhar nesse sentido. A pandemia também atrasou um pouco este trabalho mas esperamos ter notícias para todos muito em breve".

APENAS ALGUNS INDICADORES RELATIVOS AO CONSUMO DE ÁLCOOL E CANÁBIS PREOCUPAM...

PORTUGAL DESTACA-SE PELA POSITIVA NO ESPAD 2019

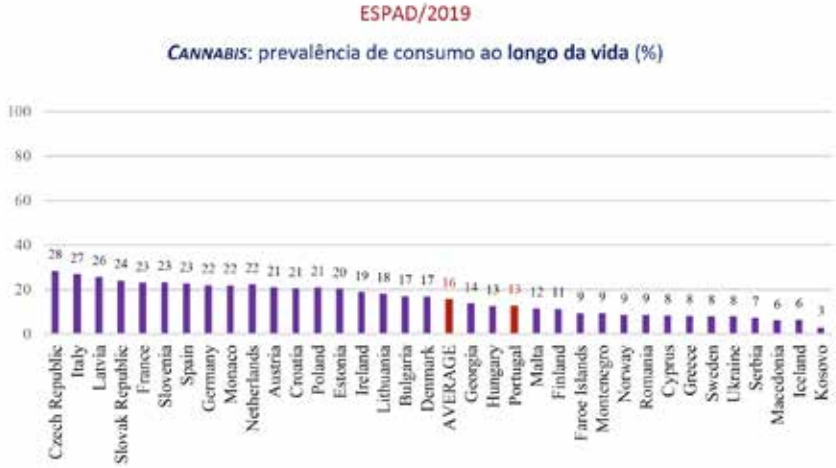
A principal conclusão da presente edição do ESPAD é que, em 2019, Portugal se destaca pela positiva na maior parte dos indicadores considerados, estando abaixo das médias europeias, ainda que pontualmente isso não se verifique, nomeadamente no que diz respeito a alguns aspetos relativos ao consumo de bebidas alcoólicas.

ÁLCOOL

Em relação ao álcool, Portugal está abaixo da média europeia no que respeita aos principais indicadores, sendo a diferença mais acentuada no caso do consumo binge nos últimos 30 dias, indicador em que Portugal apresenta o 6º valor mais baixo, com uma diferença considerável para a média europeia. Por outro lado, no que respeita à quantidade de álcool ingerido na última ocasião de consumo, Portugal regista dos valores mais altos. Vale a pena destacar também que Portugal é, a seguir a Espanha, o país com a maior percentagem (cerca de 60%) de consumidores que, na última ocasião de consumo, preferiram bebidas destiladas, por oposição a cerveja, vinho, cidra ou alcopops.
INSERIR GRÁFICOS DAS PÁGS. 2 E 3

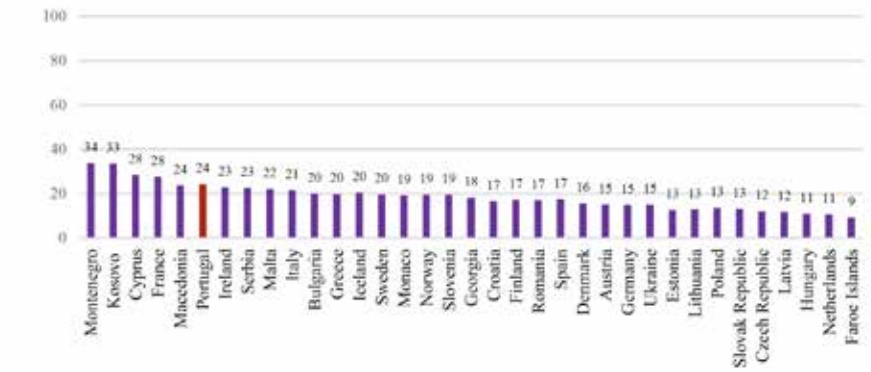
DROGAS ILÍCITAS

Relativamente às drogas ilícitas, Portugal tem prevalências de consumo abaixo da média europeia, sendo que o mesmo se verifica em relação à cannabis, a principal substância ilícita consumida em todos os países participantes. No entanto, limitando a análise aos consumidores de cannabis, Portugal é dos países com maior número de ocasiões de consumo no último ano e o país com a 5ª maior percentagem de consumidores recentes (ex aequo com a Macedónia) que apresentam um padrão de consumo considerado de alto risco (24%). Isto é, apesar de em Portugal a percentagem de jovens de 16 anos que consomem cannabis ser inferior à média europeia, aqueles que o fazem tendem a consumir de uma forma mais problemática do que se verifica na maior parte dos outros países.



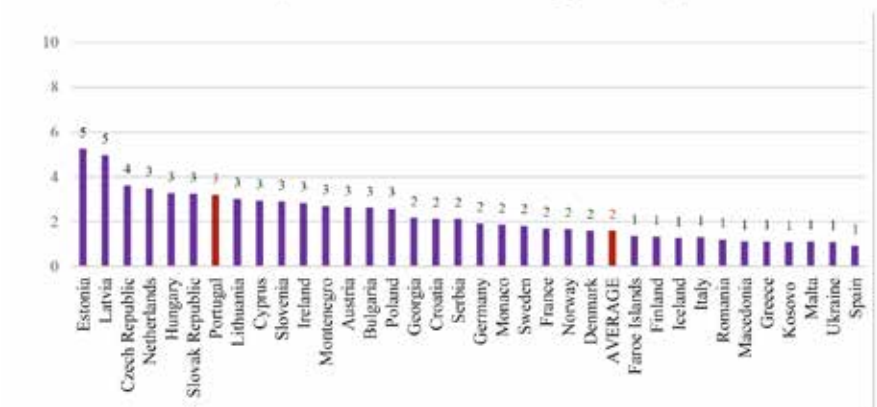
ESPAD/2019

CANNABIS: Consumidores recentes com padrões de consumo de alto risco (%)



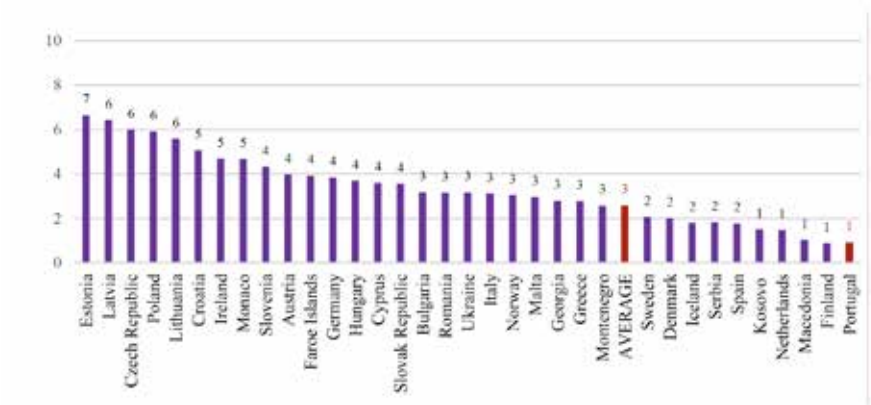
ESPAD/2019

ECSTASY: prevalência de consumo ao **longo da vida** (%)



ESPAD/2019

NSP: prevalência de consumo ao **longo da vida** (%)



OUTRAS DROGAS ILÍCITAS

Quanto às outras drogas ilícitas, a situação nacional está em linha com a média europeia no que diz respeito à experimentação de anfetaminas e metanfetaminas, ligeiramente abaixo no que concerne à experimentação de LSD e GHB e ligeiramente acima na experimentação de heroína e cocaína. Relativamente ao ecstasy e às NSP a diferença para a média europeia é mais acentuada, ainda que em sentido contrário: Portugal regista a 7ª prevalência de consumo de ecstasy mais elevada, enquanto a experimentação de NSP é a mais baixa entre todos os países (juntamente com a Finlândia) e o consumo recente o terceiro menos prevalente.

INÍCIO DOS CONSUMOS

Um dos indicadores considerados no estudo é o início dos consumos aos 13 anos ou menos, sendo que Portugal está muito próximo da média europeia, ainda que ligeiramente abaixo, no que diz respeito ao início precoce do consumo de cannabis e de tabaco tradicional (tanto na experimentação como no consumo diário). Por outro lado, no caso dos cigarros eletrónicos, o início precoce dos consumos é muito menos prevalente em Portugal. Em relação ao álcool, a percentagem de jovens portugueses de 16 anos que iniciaram o consumo de álcool aos 13 anos ou menos é consideravelmente superior à média europeia, embora a percentagem que se embriagou tão precocemente seja inferior à média europeia.

ACESSIBILIDADE

Outro dos indicadores é a perceção da acessibilidade, sendo que em Portugal a percentagem de jovens que considera ser fácil ou muito fácil adquirir tabaco, cannabis, ecstasy ou cocaína é das mais baixas entre os países participantes, enquanto a perceção da facilidade de aquisição de bebidas alcoólicas e cocaína está em linha com a média europeia, mas ainda assim ligeiramente abaixo.

JOGO A DINHEIRO

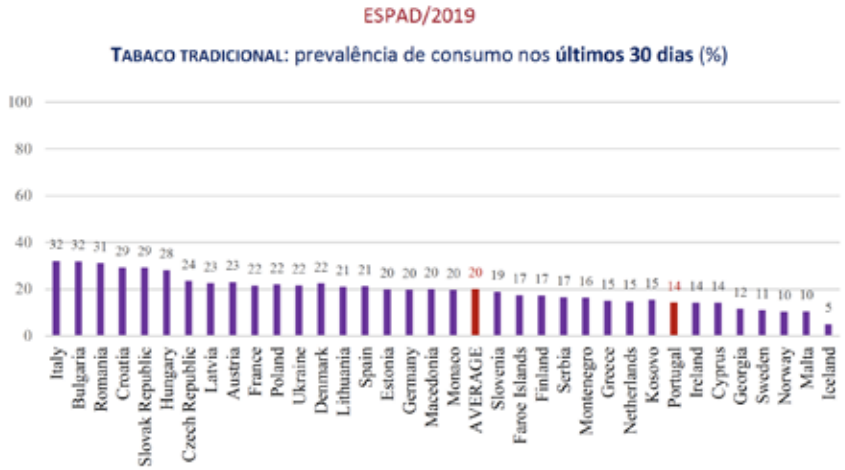
Em relação ao jogo a dinheiro, Portugal regista uma prevalência no último ano igual à média europeia (22%), embora no que respeita ao jogo online a dinheiro essa seja uma prática menos prevalente por cá (6%) do que na média dos países participantes (8%). Os jovens portugueses que jogaram a dinheiro no último ano fizeram-no sobretudo em lotarias e em apostas desportivas, numa proporção superior à média europeia. Quanto ao indicador de problemas relacionados com o jogo a dinheiro, Portugal está abaixo da média no que diz respeito ao jogo excessivo e também ao jogo problemático.

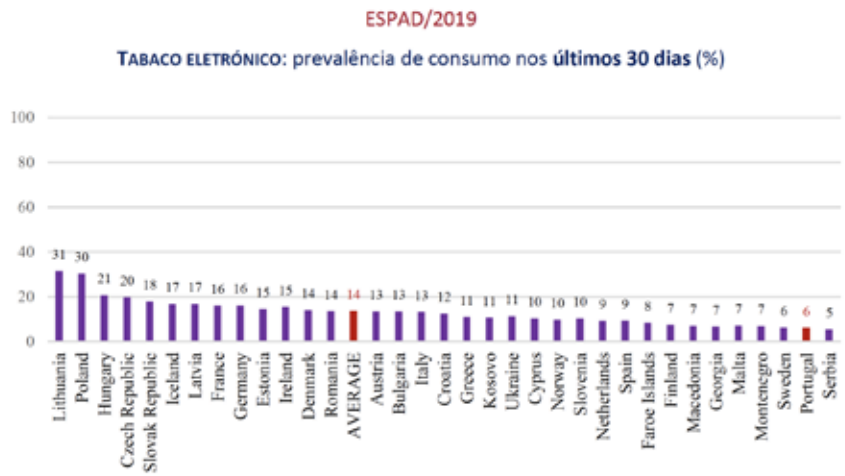
INTERNET

Quanto à Internet, a percentagem de jovens portugueses que declaram ter experienciado problemas decorrentes da utilização da Internet em redes sociais e em jogo online (52% e 24%, respetivamente) é um pouco superior à média europeia (46% e 21%, respetivamente). Portugal é também dos países onde mais jovens de 16 anos passam mais tempo diário em redes sociais ao fim-de-semana.

TABACO

Finalmente, em relação ao tabaco, Portugal apresenta prevalências de consumo bastante inferiores à média europeia, particularmente no caso dos cigarros eletrónicos. Portugal é o 7º país com menor uso diário de tabaco em geral e o 2º país com menos consumidores atuais de cigarros eletrónicos, revelando que os jovens portugueses são dos que menos aderem a este tipo de produtos.





Em suma, face à média dos 35 países participantes, Portugal destaca-se mais vezes pela positiva do que pela negativa, sendo que, em geral, o país regista uma situação no que respeita aos comportamentos aditivos aos 16 anos menos gravosa do que na maior parte dos outros países europeus que participaram no estudo. Ainda assim, há indicadores que merecem alguma preocupação, como a quantidade de álcool ingerida na última ocasião de consumo e a preferência por bebidas de maior teor alcoólico, ou o início precoce da ingestão de bebidas alcoólicas. Também no que se refere à cannabis parece haver alguns sinais preocupantes, pois, embora a prevalência de consumo seja por cá inferior à média europeia, os consumidores tendem a consumir num maior número de ocasiões e a apresentar mais padrões de consumo considerados de alto risco do que na média dos países participantes.

OF ATRIBUI MEDALHA DE HONRA A THEBAR MIRANDA, PRESIDENTE DO GRUPO AZEVEDOS

A Ordem dos Farmacêuticos atribuiu a sua Medalha de Honra ao farmacêutico Thebar Miranda, presidente do Grupo Azevedos, pela sua ação extraordinária nos planos profissional e social, com contributos decisivos para o progresso das Ciências da Saúde e, muito particularmente, no domínio da cooperação lusófona na área das Ciências Farmacêuticas.

A entrega da Medalha de Honra ocorreu no final do primeiro dia de trabalhos do Congresso Nacional dos Farmacêuticos 2020, que decorre em paralelo com o XIV Congresso Mundial dos Farmacêuticos de Língua Portuguesa.

A Medalha de Honra da Ordem dos Farmacêuticos destina-se a distinguir os farmacêuticos ou outros cidadãos, portugueses ou estrangeiros, assim como instituições que, pela sua dedicação, mérito e ação extraordinária, tenham contribuído de modo relevante para a valorização da atividade farmacêutica no seio da sociedade.

Thebar Miranda é presidente do conselho de administração do Grupo Azevedos há mais de 30 anos. A empresa assume-se hoje como um dos mais sólidos grupos farmacêuticos nacionais, que construiu uma plataforma de lançamento para negócios de futuro e criou uma sólida referência na indústria farmacêutica.

A internacionalização esteve sempre presente na visão estratégica empresarial e na perseverança de Thebar Miranda. Foram essas duas características da sua personalidade, assim como a necessidade ajudar quem precisava num território onde tudo faltava, que o levaram até África, mais precisamente a Moçambique, onde arriscou investir quando ninguém o fazia, mesmo com todas as condicionantes.

O homenageado reforçou o "grande orgulho em ser farmacêutico" e receber esta distinção da OF, num evento em que se reforçam laços de cooperação lusófona.

"A minha vida foi toda dedicada a fazer medicamentos e disponibilizá-los às populações. Se não fosse a minha formação, o meu espírito e a minha cultura farmacêutica, nada teria conseguido fazer", afirmou.

Segundo a Bastonária Ana Paula Martins, "É por termos Farmacêuticos desta craveira que somos uma classe fundamental para Portugal. Dr. Thebar Miranda tem na sua história, mil histórias que nos honram. De superior humildade, de contributos coerentes, com uma visão global, humanista. Na persistência do silêncio uma Imensidão de saber. A Ordem dos Farmacêuticos deve-lhe muito pelo seu contributo no Conselho da Cooperação com os Países da Lusofonia. Portugal deve-lhe muito pelo industrial que nunca desistiu, e felizmente temos vários, apesar das dificuldades e da pouca atenção que os decisores políticos dão a este cluster fundamental à saúde e à Economia.

Já viu muito e já viveu muito. O bastante para nos inspirar no caminho e o suficiente para continuar no seu trabalho cá e na Lusofonia a ser um farol. Os farmacêuticos são assim há seculos. Nada os derrotará. Vivem para além da espuma dos dias. Obrigada Dr. Thebar Miranda", disse.

A história dos AZEVEDOS compreende mais de dois séculos consolidando uma trajetória totalmente dedicada ao serviço da medicina. Atualmente, a estrutura está centrada em cinco áreas de intervenção (R&D, produção, marketing e vendas, logística e internacional) garantindo uma abordagem completa em toda a cadeia do mercado farmacêutico.

Como opção estratégica, a atividade foi dividida em segmentos, com vista à produção de um grupo de empresas e unidades funcionais correspondentes de uma forma especializada e com elevados padrões de competitividade.

Na área industrial e no seu âmbito de Acão, Sofarimex (Grupo Azevedos) é o primeiro produtor português de medicamentos, especializado em pequenas e médias séries, fornecendo um universo qualificado de clientes, sendo que mais de 75% da sua produção atual destina-se à exportação, principalmente na Europa.

AZEVEDOS comercializa uma vasta gama de produtos que garantem disponibilidade em medicamentos com prescrição médica, sem prescrição médica e especialidades hospitalares.

Desde o início da década de 90 que os AZEVEDOS procuram a internacionalização como um objetivo estratégico para o seu desenvolvimento. Através de modelos de licenciamento de exportação ou de investimento direto, a sua presença estende-se a mais de 40 mercados internacionais: Europa, Médio Oriente, Africa, Asia e todo o continente americano.

No investimento direto, a empresa MEDIS encontra-se particularmente destacada como um operador de referência no mercado moçambicano.

Um passo decisivo para a evolução do Grupo AZEVEDOS foi sem dúvida o seu compromisso em R&D. Como resultado da investigação e pesquisa contínua de conhecimento para explorar novas oportunidades, esta área relevante de intervenção resulta em encontrar novas perspetivas, a única forma que permite uma melhoria constante em produtos e serviços com a marca AZEVEDOS.

ESTRUTURA ÚNICA, REFORÇO FINANCEIRO E DE PROFISSIONAIS E MAIS VERBAS PARA A REDUÇÃO DE DANOS

PCP APRESENTA PROPOSTAS PARA OS CAD

No âmbito da apreciação na especialidade do Orçamento do Estado para 2021 o Grupo Parlamentar do Partido Comunista Português apresentou propostas na área dos comportamentos aditivos e dependências com o objetivo de reforçar a capacidade de resposta pública. Foram quatro as propostas apresentadas pelos proponentes Bruno Dias, João Dias, João Oliveira, Jerónimo de Sousa, Alma Rivera, Duarte Alves, Diana Ferreira, Ana Mesquita, António Filipe e Paula Santos e que Dependências descreve, apontando as respetivas notas justificativas alinhadas pelo PCP.

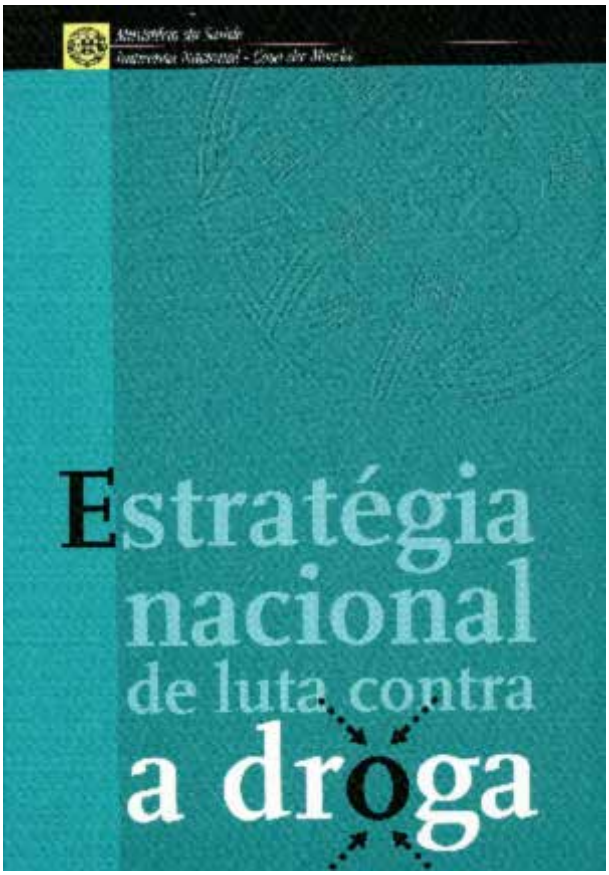
Estrutura única para os Comportamentos Aditivos e Dependências

Numa das quatro propostas apresentadas, o PCP defende a criação de uma estrutura única para os CAD, indo de encontro aos anseios dos profissionais. Pode ler-se no documento que "em 2021, o Governo habilita o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) para a criação de uma entidade com autonomia administrativa e financeira que agregue todas as respostas, serviços e valências que intervêm na área dos comportamentos aditivos e dependências nas vertentes da prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção. Para cumprimento do disposto no número anterior, o SICAD dispõe de um reforço orçamental de € 1 000 000, proveniente do Ministério das Finanças. As Administrações Regionais de Saúde transferem para a nova entidade os meios necessários, designadamente verbas, instalações e equipamentos, bem como os trabalhadores afetos às Divisões de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Até à conclusão do processo de instalação e entrada em funcionamento da entidade referida, o acompanhamento e intervenção nos comportamentos aditivos e dependências é assegurado pelas atuais estruturas, designadamente SICAD e Administrações Regionais de Saúde".

O PCP propõe, assim, a criação de uma entidade com autonomia administrativa e financeira que preencha o vazio deixado na intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências (CAD) com a extinção do Instituto da Droga e Toxicodependência (IDT). A extinção deste organismo constituiu um retrocesso na estratégia de prevenção e tratamento nos comportamentos aditivos e nas dependências que aquele organismo desenvolvia com resultados reconhecidos no plano nacional e internacional. A fragmentação da resposta, resultante da extinção do IDT e da criação das DICAD por ARS, não é caminho a seguir, pelo que se impõe a sua reversão. Com esta proposta, o PCP pretende contribuir para a recuperação e reforço da estratégia nacional de Coordenação, Planeamento, Investigação e Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências, sendo assegurado o investimento nos instrumentos e nos meios adequados à intervenção neste âmbito.

Reforço de profissionais de saúde nas Unidades de Intervenção Local em Comportamentos Aditivos e Dependências

Outra proposta do PCP visa o reforço dos profissionais ao serviço das UIL, estruturas entretanto depauperadas, quer ao nível dos recursos, quer da capacidade de resposta, desde a extinção do IDT. Pode ler-se na proposta que "até 1 de abril de 2021 são contratados de 100 profissionais de saúde com contrato de trabalho em funções públicas em especial médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes técnicos, para as unidades de intervenção local em comportamentos aditivos e dependências integradas nas Administrações Regionais de Saúde, em particular os Centros de Respostas Integradas, as Unidades de Desabituação, as Comunidades Terapêuticas e as Unidades de Alcoologia. A responsabilidade pela abertura dos concursos e provimento das vagas previstas no número anterior é da responsabilidade das Administrações Regionais de Saúde. As Administrações Regionais de Saúde ficam dispensadas de obter autorizações dos membros do Governo para a utilização de verbas necessárias às contratações referidas no presente artigo. A Administração Central do Sistema de Saúde, IP fica autorizada a transferir as verbas necessárias às contratações previstas no presente artigo. Para provimento das vagas previstas no presente artigo admite-se ainda o recurso às reservas de recrutamento feitas a partir das listas de ordenação final de candidatos admitidos a procedimentos concursais anteriores".



De acordo com os deputados do PCP, "existem inúmeras carências de profissionais de saúde nas Unidades de Intervenção Local nos Comportamentos Aditivos e Dependências. A desestruturação da organização da intervenção pública na área dos comportamentos aditivos e nas dependências, passando a intervenção nas áreas da prevenção, da redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção para as Administrações Regionais de Saúde, levou à desmotivação dos profissionais e consequentemente à sua saída. Os Centros de Respostas Integradas devem ser estruturas locais, de cariz operativo e de administração, de âmbito territorial, dispondo de equipas técnicas especializadas para as áreas de intervenção da prevenção, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção. Por isso devem ser dotados de estruturas e recursos humanos ajustados que permitam dar resposta às necessidades identificadas para cada território. Mas também nas Unidades de Alcoologia e nas Unidades de Desabituação a carência de profissionais tem sido manifesta, ao ponto de haver encerramento de camas ou das próprias unidades, ainda que temporário".

Os proponentes alertam ainda que "têm-nos sido relatadas dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, sobretudo no tratamento de pessoas com dependências e comportamentos aditivos, agravadas no atual contexto de pandemia, daí propormos que a contratação de 100 profissionais de saúde, com o objetivo de reforçar as equipas técnicas especializadas dos Centros de Respostas Integradas e restantes Unidades de Intervenção Local".

Transferência de 1 milhão para o SICAD

A terceira proposta do PCP aponta para a transferência de verbas do Ministério da Finanças no montante de um milhão de euros para o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, destinada à criação de uma entidade com autonomia administrativa e financeira que agregue todas as respostas, serviços e valências que intervêm na área dos comportamentos aditivos e dependências.

Transferência de um milhão para reforço dos programas de redução de riscos e minimização de danos

Por fim, o PCP pretende ainda que seja transferida para o SICAD a verba de um milhão de euros, destinada ao reforço dos programas de redução de danos. O partido justifica esta medida com "o contexto de pandemia que marca a atualidade tem profundos impactos na vida da população com comportamentos aditivos e dependências. É uma população extremamente vulnerável, pelo que é fundamental assegurar as estruturas de apoio, nomeadamente no âmbito da intervenção da redução de riscos e minimização de danos. Neste sentido propomos a atribuição de 1 milhão de euros para reforçar os programas de redução de riscos e de danos e assegurar a presença na rua de equipas de apoio junto desta população".

ENTREVISTA COM JOÃO FERREIRA, DEPUTADO EUROPEU

“É NECESSÁRIO O REFORÇO DE MEIOS E PROFISSIONAIS E A SUA ADEQUADA REMUNERAÇÃO. E É URGENTE UM REFORÇO ORÇAMENTAL”

É inegável que o grupo parlamentar do Partido Comunista Português tem sido dos mais ativos, ao longo dos últimos anos, não apenas a denunciar a fragilidade das respostas em CAD após a extinção do IDT mas igualmente a apresentar propostas concretas que visam a melhoria de um modelo que já foi consagrado como um exemplo a seguir a nível mundial. Têm sido várias as visitas realizadas por deputados daquele grupo a várias estruturas de CAD e, recentemente, no âmbito da apreciação na especialidade do Orçamento do Estado para 2021, o Grupo Parlamentar do PCP apresentou propostas na área dos comportamentos aditivos e dependências com o objetivo de reforçar a capacidade de resposta pública, nomeadamente a criação de uma entidade com autonomia administrativa e financeira que agregue todas as respostas, serviços e valências que intervêm na área dos comportamentos aditivos e dependências nas vertentes da prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção, que permita dar coerência à intervenção nesta área e ponha fim aos espartilho de serviços; a contratação de 100 trabalhadores para os centros de respostas integradas, unidades de alcoologia e de desabituação, para reforçar a resposta dos serviços públicos; e o reforço do financiamento em mais 1 milhão de euros para os programas de redução de riscos e minimização de danos. Sobre esta iniciativa e outras perspetivas na área dos CAD, Dependências entrevistou João Ferreira…

Desde a tomada de decisão política que resultou na extinção do IDT e consequente espartilhamento e desqualificação das respostas, o PCP tem vindo a adotar uma postura crítica, mas igualmente construtiva, apresentando medidas concretas que visam requalificar um modelo de intervenção que já foi um modelo à escala mundial. Como encara o arrastamento no tempo de todo este processo?

João Ferreira (JF) – Em primeiro lugar, quero agradecer a oportunidade de me dirigir a todos os profissionais que intervêm em matéria de comportamentos aditivos e áreas conexas, a quem o País deve um grande empenhamento e abnegação, ao longo dos anos, fazendo frente a tantas dificuldades e, agora, a esta grave situação sanitária, económica e social. Relativamente à questão colocada, creio que a decisão do PSD/CDS de desmantelar em 2011 a resposta integrada do País em matéria de toxicodependências, com a extinção do IDT, foi profundamente errada e negativa e só aconteceu devido ao preconceito desse governo contra o serviço público e em benefício de uma tendencial privatização das suas valências. Foi então abandonado o “modelo português”, que tinha ganho prestígio mundial e era seguido em muitos países e organizações internacionais. O modelo assentava na legislação humanista do ano 2000 e na intervenção do IDT, que conseguiram uma efetiva regressão do consumo de drogas ilícitas e uma sensível melhoria em aspetos conexos, acabando assim com a situação de flagelo nacional herdada dos governos anteriores, nomeadamente dos governos PSD-Cavaco Silva. Desde 2011, à medida

Num dia dedicado às matérias da toxicodependência e comportamentos aditivos João Ferreira reuniu com João Goulão para se inteirar dos problemas que afetam o país.

que os problemas se foram agravando, apesar da resistência dos profissionais e do SICAD, várias propostas, designadamente do PCP, procuraram travar a evolução negativa. Foram aprovadas na Assembleia da República, após 2015, resoluções políticas e normativos orçamentais para refundar uma estrutura integrada pública e nacional de resposta às toxicodependências, mas o que se constata é que os governos do PS, devido às suas contradições e cedências, não cumpriram e continuam a adiar as medidas necessárias. É uma situação em que um Presidente da República que esteja ao serviço do povo e do País deve intervir, para que se concretizem as decisões.

Desde essa altura (extinção do IDT), o país não voltou a ter uma verdadeira estrutura coordenadora, agregadora e dotada de autonomia administrativa e financeira para gerir a área dos comportamentos aditivos e as dependências, algo que também gerou uma insatisfação generalizada entre a comunidade de profissionais que contribuíram para a construção do modelo português. Que efeitos considera ter gerado este processo e que solução poderia ser adotada no imediato?

JF – Este processo conduziu à desarticulação de respostas e, por vezes, à sua ineficácia em tempo útil. Neste quadro epidémico, tudo se tem agravado. Há utentes que abandonam tratamentos e regista-se a paralisação de alguns serviços, faltam recursos e meios humanos, que em certos casos estão desaproveitados, insatisfeitos e até desmoralizados. No imediato, é necessário iniciar o processo de refundação de um serviço nacional público e integrado de resposta às dependências e comportamentos aditivos. Para isso e para melhorar a intervenção é necessário o reforço de meios e profissionais e a sua adequada remuneração. E é urgente um reforço orçamental.

Enquanto deputado europeu já testemunhou algum tipo de reações por parte dos seus congéneres face à degradação do modelo de intervenção português?

JF – Esta é uma área de responsabilidade nacional, em que a intervenção da UE é complementar da ação dos Estados. Infelizmente, não são frequentes os debates no Parlamento Europeu sobre esta temática. Apesar disso, em 2017, tomei iniciativa de questionar a Comissão Europeia sobre o desinvestimento/subfinanciamento das áreas relacionadas com a prevenção, no quadro mais geral da degradação do "modelo português", realidade indissociável do conteúdo e impactos dos programas de intervenção UE-FMI. Defendi também um aumento do financiamento ao Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência e um reforço das verbas da UE destinadas à prevenção e informação.

É comum ouvir-se, no seio dos profissionais de CAD, que atualmente não é apelativo nem compensatório trabalhar nesta área e, na verdade, a estrutura perdeu muitos dos profissionais que tinha e a necessária regeneração não se tem observado, havendo até obstáculos à contratação. Que sugestões apresenta o PCP neste domínio?

JF – Quanto à carência de profissionais, que é vital suprir, uma das propostas que o PCP apresentou, no âmbito da discussão do Orçamento de Estado para 2021, foi a contratação urgente de médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes técnicos para as diversas unidades de intervenção nesta área. Por outro lado, coloca-se a questão do aumento dos salários, melhorias ao nível dos subsídios, dos horários, a valorização das carreiras, a defesa e consagração de direitos através da contratação coletiva. Há ainda medidas de carácter mais geral, do reforço dos serviços públicos a uma maior justiça fiscal. A lista é extensa, e uma boa parte das medidas passa por um OE que responda ao País e não aos ditames dos interesses económicos ou aos condicionalismos impostos pela UE. Também o Presidente da República deve exercer a sua magistratura de influência no sentido de contribuir para resolver estes problemas.

Sendo os comportamentos aditivos e as dependências problemáticas multifatoriais e que têm na origem muitos problemas sociais, que tipo de medidas deveriam ser implementadas no imediato no sentido de minimizar os efeitos mais nefastos entre estas populações?

JF – A gravidade da situação económica e social constitui o caldo de cultura para o agravamento das dependências e comportamentos aditivos. É uma situação que exige respostas de emergência a montante - aumento de salários para todos os trabalhadores, de reformas, pensões e prestações sociais, reforço dos serviços públicos, combate à precariedade e ao desemprego, apoio real às micro e pequenas empresas, investimento público, reforço da produção nacional, controlo público de empresas estratégicas, apoio à cultura, desporto e associativismo. São decisivas as respostas em saúde pública, na prevenção e combate ao vírus, mas também nos cuidados primários, nas restantes dimensões dos cuidados hospitalares e nos paliativos. Em matéria de dependências, é fundamental o aumento de recursos e a melhoria de respostas na prevenção e tratamento, no controlo de riscos e danos e na reinserção social, numa intervenção integrada, como temos defendido.

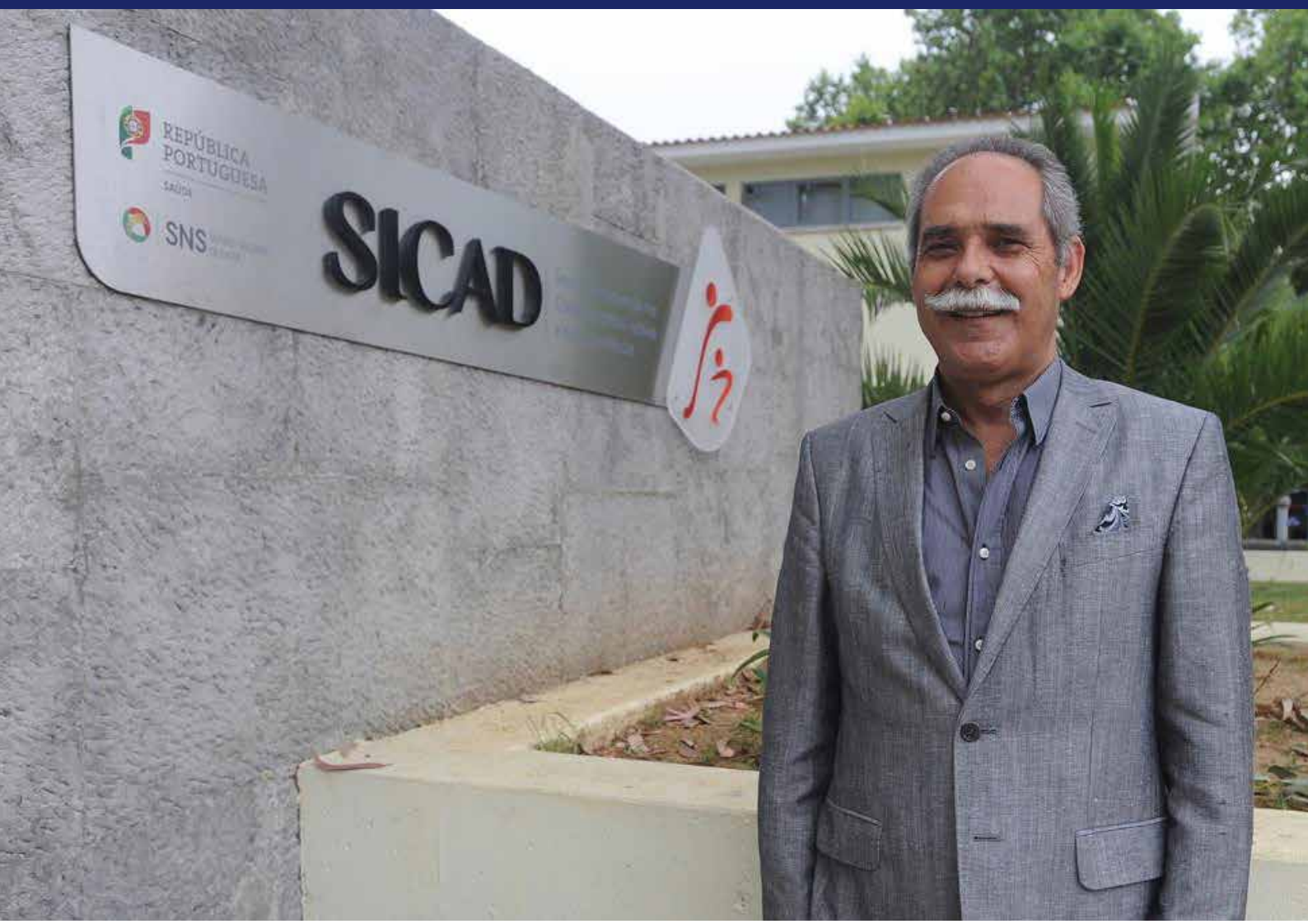
Como é sabido, neste contexto de pandemia, foram vários os serviços dedicados aos comportamentos aditivos e as dependências que encerraram ou viram as suas respostas limitadas, elevando-se neste âmbito o trabalho desempenhado pelas equipas de redução de danos, também elas bastante depauperadas ao nível financeiro e de outros recursos. Em que medida seria justo rever os modelos de concurso e de financiamento destas estruturas?

JF – realidade está identificada na pergunta. Nesse sentido, o que temos defendido é a contratação urgente de trabalhadores e a agilização dos respetivos concursos, que não podem tornar-se manobra dilatória do problema, e propusemos no OE 2021 a transferência para o SICAD de um milhão de euros dirigidos, no imediato, aos programas de redução de riscos e minimização de danos, no quadro da resposta integrada e reforçada.

João Ferreira em visita ao Centro das Taipas, "Esta é uma estrutura ímpar cujos profissionais dedicados merecem aplausos, mas sobretudo reconhecimento profissional e o reforço dos meios com que trabalham"

EM TEMPOS DIFÍCEIS, FNAS COMEÇA A PROJETAR O IV CICLO

FNAS ABORDOU IMPACTOS DA COVID19 NA SUA REUNIÃO ANUAL DE 2020



A Reunião Anual do Fórum Nacional Álcool e Saúde (FNAS) realizou-se necessariamente com recurso ao ecrã, abordando as intercorrências entre a Covid19 e o consumo de álcool, nomeadamente dos consumos durante a pandemia, mas também da sua relação com a evolução da infeção e os diversos impactos na sociedade portuguesa. O evento decorreu no dia 2 de novembro e contemplou ainda assuntos como os números do álcool e condução. A entrega dos prémios do concurso de cartazes fez, igualmente, parte do programa.

Na abertura, o Presidente do FNAS, João Goulão, manifestou apreço a todas as organizações: estatais, de saúde, da área social, das autarquias, da ação comunitária, forças de segurança, e de proximidade, pelo apoio às populações que se pretende servir, nomeadamente aos mais vulneráveis e aos mais frágeis. Relevou, igualmente, o que tem sido possível fazer em relação aos dependentes alcoólicos que passaram, e ainda passam, momentos complicados, o que motivou alguma reflexão e recomendações por parte do SICAD, destacando a síndrome de privação alcoólica aguda, muito presente no confinamento, como uma ameaça grave para a vida.

De seguida, o Secretário-Geral do FNAS, Manuel Cardoso, reconhecendo que a pandemia veio perturbar atividades que podiam ter sido desenvolvidas, no âmbito deste fórum, referiu a importância de fazer um ponto da situação do trabalho feito, agora que se está no último ano do atual Plano Nacional, e se trabalha já na construção do novo. Terminou a sua intervenção, referindo os projetos financiados pela Comissão Europeia, onde Portugal está envolvido.

Quanto aos impactos da Covid19, foram salientados, entre outros, os seguintes aspetos: quanto ao consumo de álcool, os mais jovens (entre os 18 e os 24 anos) diminuíram o seu consumo, enquanto as mulheres o mantiveram. A percentagem de pessoas que aumentou o consumo de álcool foi menor. No que diz respeito à saúde mental, o novo coronavírus trouxe uma mudança radical na nossa forma de funcionar e de gerir as emoções, os medos e dúvidas intensificaram-se, o que agravou a situação no nosso país, que tem uma alta prevalência de doenças mentais mais comuns, como depressão e ansiedade.

No setor vitivinícola, que garante mais de duzentos mil postos de trabalho, o impacto económico da Covid19 foi negativo tanto no mercado interno - onde as empresas que dependiam da distribuição, dirigidas a híper e supermercados, conseguiram aguentar as vendas, mas as que dependiam sobretudo do canal Horeca, consumo não doméstico, entraram em profunda crise - como no das exportações, onde as quebras no primeiro semestre de 2020 se deveram, sobretudo, ao segundo trimestre, em que a pandemia sanitária começou a afetar drasticamente os países da Europa. No setor cervejeiro, que garante mais de oitenta mil postos de trabalho, assistiu-se a uma queda de 15% na produção total, a uma queda de 20% no consumo do mercado interno, e a uma subida de 4% nas exportações. O impacto em toda a cadeia de valor – empresas de restauração e bebidas, alojamentos hoteleiros, e bares e discotecas – provocou despedimentos em 16% das empresas, das quais 30%, assumem que não vão conseguir manter os postos de trabalho até ao final do ano.

Nesta reunião foram divulgados os premiados no concurso anual de cartazes, que distingue dois estudantes de medicina, uma iniciativa conjunta da ANEM - Associação Nacional de Estudantes de Medicina e da CNAF – Confederação Nacional das Associações de Família. Ficou ainda a saber-se que, em 2021, será lançada a Newsletter FNAS em formato digital, com periodicidade bimestral.

Dependências acompanhou o evento e entrevistou Manuel Cardoso…

Manuel Cardoso

Estamos no final do ano que encerra o terceiro ciclo do FNAS e, no último encontro, face à suspensão das atividades de monitorização, falou-se na necessidade de redirecionar prioridades... Que novas prioridades são essas?

Manuel Cardoso (MC) – Francamente, não colocaria as coisas nesse ponto… Quando falamos neste momento em redirecionar prioridades não estamos propriamente a dizer que as prioridades que foram identificadas num primeiro momento não terão que continuar… queremos mais dizer que temos que repensar. O ciclo termina com o ciclo do plano nacional e o novo plano de ação terá que definir novas metas, novos desafios e novas orientações e, quando falamos em prioridades, é a isso que nos referimos, que precisamos de rever tudo, fim de ciclo significa isso mesmo. Infelizmente, não conseguimos ainda ter o início do próximo ciclo, ao contrário do que normalmente sucede, em que conseguimos ir trabalhando o final de um ciclo e o início de outro. Também é verdade que existem alguns desafios que teremos que abordar com naturalidade, como as questões de género em termos de álcool e outros comportamentos que não foram abordados da mesma forma. No caso concreto do álcool, há várias matérias, fundamentalmente no âmbito da oferta, que não foram suficientemente trabalhadas e que precisam de sê-lo. Também as questões da prevenção precisam de ser revisitadas e o FNAS enquadra-se, de certo modo, numa consciencialização da comunidade em geral, mas também da científica, da administração pública, das ONG e dos operadores económicos para identificar problemas e tentar que todos estejam no mesmo barco para os tentar resolver. E esses problemas são o uso nocivo do álcool. Claramente, não estamos a fazer qualquer campanha contra o consumo ou o uso do álcool, mas sim contra o uso nocivo. Porém, naturalmente, quanto maior for o consumo maiores serão também os casos de uso nocivo e mais sentiremos o problema.

Durante este encontro, foi possível observar que 26% dos compromissos estão suspensos, sendo que 11% consideram não existir condições para a retoma da atividade. O que poderá isso representar?

MC – Há muitos compromissos que são realizados presencialmente. O compromisso de uma associação de pais ou de outras entidades cuja intervenção é feita sobretudo presencialmente, por exemplo junto das escolas, não tem condições para, neste momento, continuar a ser realizado. As condições de contenção que existem atualmente não são favoráveis a exercícios como formações ou outros tipos de intervenção que requeiram presença física. O mesmo se passa com o Dia da Defesa Nacional… Não queremos criar condições que favoreçam a disseminação da infeção e essas são as razões fundamentais.

Há cerca de 15 anos a UE definiu cinco prioridades no seio de uma estratégia para o álcool e saúde mas, na verdade, pouco se ouve atualmente e pouco se vê em matéria de ações conjuntas… não seria de esperar uma ação mais envolvente entre os estados?

MC – Realmente, em 2006, a Comissão Europeia teve um forte incremento na ideia de ter uma estratégia, que era na prática uma comunicação aos estados-membros, com esses cinco pontos, que, por incrível que pareça, foi consensualizada entre operadores económicos, ONG e estados-membros. Houve mesmo a criação de um Fórum Álcool e Saúde em termos europeus, e havia um comité dos estados-membros, onde estes se sentavam para apresentar medidas. A partir de 2012, por mais tentativas que os estados-membros tivessem feito no sentido de haver uma reformulação da estratégia, a comissão tem vindo a desviar-se das questões do social e do álcool para um âmbito mais geral, das doenças não transmissíveis num primeiro momento, agora dos objetivos para o desenvolvimento sustentável, que contemplam estas áreas de uma forma minimal. Tentámos que houvesse uma estratégia em 2012, não houve; há a estratégia da OMS mas a UE não tem mais nada; mesmo assim, conseguimos que fosse criada a Joint Action RARHA, que se desenvolveu durante três anos e não foi possível criar uma nova joint action para manter os estados-membros unidos; foram postos em cima da mesa concursos para projetos contratualizados com entidades na área do álcool e, felizmente, conseguimos que os estados-membros pudessem ser parceiros nesses contratos mas o programa saúde que está em cima da mesa para os próximos anos já tem zero de álcool. Portanto, tem sido um esboroar de tudo o que era intervenção na área do álcool em termos de Comissão Europeia.

A pedido do governo, em 2003, o Professor Rui Tato Marinho elaborou um parecer médico que sugeria a redução do limite da taxa legal de álcool na condução para 0,2, face aos dados existentes, e que acabou por não ser considerado. Taxar o nível de álcool, faz algum sentido?

MC – Havendo um plano nacional para os comportamentos aditivos, deveríamos procurar perceber por que não existe uma ligação do mesmo ao Plano Nacional de Saúde. Não se percebe como, tendo participado na elaboração do anterior Plano Nacional de Saúde, depois não haja nada relacionado com comportamentos aditivos. E precisava de fazer parte. Por outro lado, é importante perceber qual é o papel da saúde pública nacional, aqui vista como área do saber. Precisamos de perceber que competências lhes demos para acompanharem o plano nacional, para serem os gestores de um plano nacional nas suas áreas de intervenção… não sei quais são. Não posso dizer que é um problema de saúde pública e, depois, não empoderar aqueles que têm o dever de gerir essa saúde pública ao longo do território com know-how e capacidades para fazerem essa intervenção. Em relação à forma como começou a pergunta, colocar em 0,2 a taxa para todos os cidadãos pode ser uma boa medida mas, honestamente, a taxa de alcoolémia de 1,2 mata 100 vezes mais do que uma taxa abaixo de 0,5… a minha grande preocupação tem que ser a existência de pessoas a conduzir com taxas acima de 1,2. Enquanto não conseguir ser absolutamente drástico nestas situações não vale a pena vir para o 0,2 ou para o 0. Isso é o menos. É evidente que a diferença entre o risco do 0,2 ou do 0,5 para recém encartados ou para profissionais pode ser pertinente porque há a junção de dois riscos. Mas não me parece fazer sentido estar a fazer um grande esforço para ter uma lei de 0,2 quando não consigo fazer cumprir uma lei de 1,2… é absolutamente inaceitável ter tantas mortes e ser tão condescendente com quem o faz. Quando tivermos mortes na estrada ou acidentes apenas provocados por quem tem taxa de alcoolémia entre os 0 e os 0,5, aí desço para o 0… até lá é o mesmo que me pedirem para mudar a lei de venda de bebidas alcoólicas para menores de 20 quando não consigo fazer cumprir a lei atual.

Apesar de 17% dos compromissos terem já sido finalizados (antes da pandemia) e de 54% se manterem em funcionamento com ou sem adaptações, face ao questionário aplicado junto dos parceiros, percebe-se que 21% dos compromissos necessitarão de adaptações e 15% dos compromissos não deverão ter continuidade. Que avaliação faz da situação atual em termos globais?

MC – Honestamente, nos tempos que corremos, a avaliação que faço é claramente positiva. A primeira questão é que os compromissos não são algo que se classifique como tendo um princípio, meio e fim ou que tenha que ser feito agora… Uma coisa é fazer um encontro ou passar um panfleto e esses são os tais 15, que acabarão agora. A maior parte dos compromissos pressupõe continuidade. São projetos que podem ter continuidade, qualquer que seja o ciclo. São intervenções mais do tipo preventivo ou formativo, que não se esgotam num determinado tempo e que podem ter continuidade, assim as entidades pretendam dar-lhe esse cariz. Os 21% que carecem de readaptação têm a ver fundamentalmente com o momento que vivemos. Da mesma forma que nos readaptamos para fazer um encontro de profissionais CAD ou para fazermos esta entrevista, em muitas destas circunstâncias tem que a ver este tipo de adaptação.

Num vasto conjunto de parceiros, alguns membros do Fórum parecem revelar uma menor ação e dinâmica… é também uma questão a avaliar no futuro?

MC - Os membros do Fórum, na grande maioria, são, na minha opinião, suficientemente ativos. O Secretariado, até à situação de pandemia, também criou alguma dinâmica para que estivessem mais ativos, nomeadamente através dos encontros de partilha e da divulgação dos compromissos. Mas os momentos de maior discussão, nomeadamente em torno dos documentos e objetivos, são mais afastados no tempo… Temos o mesmo problema, por exemplo, em relação ao plano nacional. Conseguimos preparar um plano de ação com 150 entidades mas há que perceber que muitas tiveram alterações quanto aos responsáveis pelas várias áreas e, para além disso, mesmo quando têm os mesmos responsáveis, o momento de criação é diferente do momento de continuidade, muito mais lento nos processos e menos envolvente e estimulante do que os momentos de criatividade. O Secretariado tem desenvolvido um trabalho fantástico ao não deixar adormecer os parceiros, não só na elaboração e continuação dos seus projetos mas igualmente na partilha da informação, na avaliação e desempenho dos projetos. Não invalida que, no processo, haja um ou outro parceiro menos ativo ou menos dinâmico, do mesmo modo que vamos identificando áreas em que nos movemos em que sentimos que deveríamos ter algum parceiro que apresentasse compromissos e pudesse trabalhar essa área. E tentamos ir à procura desses parceiros… Mas é desta dinâmica, de conseguir envolver e estar ativo que o Fórum também se faz. Existirão sempre uns mais ativos, outros menos, necessidade de estímulo… mas é importante que, mesmo quando não há a ideia do compromisso assinado, a participação nas próprias reuniões é sempre objeto de uma maior motivação e consciencialização para o problema.

O IV ciclo do FNAS terá início em 2022, o próximo ano, vai ser uma espécie de ano sabático… Isto será uma forma de repensar a estratégia e a renovação que se espera no futuro?

MC – A ideia é basicamente essa e temos duas razões para o fazer: o Fórum acompanha os ciclos do plano nacional e a ideia é que acompanhe os seus planos de ação. Na verdade, neste momento, estamos a tentar desenhar um plano nacional que acompanhe o que foi definido como o plano nacional de saúde em termos temporais, portanto, a ideia não é ser sequer oito anos mas nove ou dez, em suma, 2021-2030. A problemática não é ter planos de ação a cinco ou três anos… as coisas evoluem de forma tão rápida que, provavelmente, teremos de reavaliar e repensar a cada três anos. Também teremos que considerar a estratégia europeia para as ilícitas, cujo horizonte é 2025. Mas, com pena nossa, não conseguimos fazer a contratação e será difícil implementar o inquérito à população geral em 2020, como estava previsto, o que implica que não tenhamos com a mesma clareza que gostaríamos a avaliação do cumprimento do plano 2013-2020. Ora, se estamos a fazer atualmente uma avaliação externa e ainda não temos orientações resultantes da mesma para projetarmos para o novo plano nacional, é natural que não consigamos ter um novo ciclo ou um novo plano nacional a começar a 1 de janeiro de 2021. A maior parte dos compromissos é de continuidade e a maior parte dos objetivos não se esgota a 31 de dezembro de 2020, nem as tarefas e serviços terminam. Todo o trabalho vai continuar. O ano sabático é um pouco isso: é sentirmos que estamos sem ter ainda a orientação e o plano, portanto, a aposta é utilizarmos o ano, desde logo, acabando com a pandemia e voltando a encontrar-nos e trabalhar em conjunto; depois, com a avaliação externa que já teremos, preparar um novo plano, fazer uma avaliação dos compromissos e terminar o ciclo desse modo, fechando cada um dos compromissos para podermos projetar novos compromissos e o novo ciclo FNAS com a definição de novas metas.

Face à ausência desses indicadores, será já possível adiantar algo quanto ao novo plano nacional?

MC – É uma discussão e um crescimento que se faz com os parceiros… Há algumas coisas que vamos percebendo que vão surgindo, como as questões de género e as do ecrã, que terão que ser incorporadas com rigor, as questões do jogo terão que ser mais valorizadas, as questões das ilícitas e do álcool não podem ficar para trás… a reorganização dos serviços não é

propriamente uma questão do plano nacional mas a rede de referenciação precisa de avançar… precisamos de ter tudo isso em marcha. Vamos ter um encontro de profissionais daqui a 15 dias e, nessa altura, gostaria de tentar perceber com eles como nos vamos orientar. Em termos pragmáticos, tivemos algumas dificuldades em fazer o acompanhamento e monitorização do plano atual e do plano de ação com algumas das medidas. Apesar de as medidas não serem tantas como parecem, a abrangência quanto ao que pretendemos fazer é tão global que, por vezes, assusta e gostaríamos de ouvir os parceiros. Tenho tido algumas questões em relação à própria estrutura, sendo que não consigo conceber fazer um plano que não envolva o ciclo de vida, os contextos, os vários tipos de intervenção ou os vários objetos de adição.

Em que medida poderemos também esperar uma maior ótica de proximidade, através de um maior envolvimento do poder local nestas problemáticas associadas aos CAD?

MC – Nunca tivemos dúvidas da pertinência desse envolvimento. Aliás, a grande mais valia da estratégia, ao falar da subsidiariedade e da intervenção enquanto valor tem a ver com essa capacidade e os planos municipais foram disso paradigma, enquanto intervenção ao nível local. Acontece também que um plano que seja universal, feito do mesmo modo, acaba por não atingir as franjas que eventualmente deveria atingir. Para obviar isso, criámos o Plano Operacional de Respostas Integradas. O sítio em que os municípios têm realmente que fazer a sua intervenção tem que ser, não unicamente, mas muito por essa perspetiva. Hoje, os próprios ACES têm que fazer o plano local de saúde e, nesse plano, têm que estar integradas as questões relacionadas com os CAD. O casamento entre o plano nacional e os planos feitos nos ACES, enquanto planos locais de saúde, na sua integração com os municípios, é que têm de ser da máxima abrangência e entrosamento. Provavelmente, nem todos os agrupamentos de centros de saúde terão isso mas esse terá de ser o caminho. O município tem de ser absolutamente envolvido. Tentamos fazê-lo com as CDT, que ainda são distritais e temos tentado fazê-lo ao abrigo do PORI, que não é a única resposta porque, mesmo assim, não conseguimos financiar todos os projetos, mas o PORI prevê intervenções não financiadas, só com as forças vivias locais. OS CRI, na sua interação com os ACES, terão de identificar as problemáticas nos seus territórios para depois encontrarem formas de os solucionar. Não vale a pena, na minha perspetiva, fazer grandes campanhas de prevenção universal numa freguesia ou concelho onde não há problemas. E se num concelho há problemas de álcool, noutro de ilícitas, noutro de novas substâncias e noutro de jogo, temos de trabalhar de maneira diferente em cada um. Tem de ser pela identificação do problema e a forma de tentar resolvê-lo é que temos de trabalhar. Trabalharmos isso, inclusivamente, num primeiro momento, em relação às questões da prevenção, que precisam de levar um refreshment neste novo momento, porque estamos a perder-nos um pouco…

Que pontos fortes e fracos apontaria ao FNAS?

MC – Aquilo que são vantagens acabam por transformar-se eventualmente em desvantagens. A grande vantagem é conseguirmos ter um espaço de partilha de opinião, de discussão de problemas e, apesar de tudo, de conseguir consensos. Não conseguimos mudar mentalidades mas vamos conseguindo alguns consensos. Onde falha eventualmente, ao mesmo tempo, o que é bom e mau? Sendo um espaço de partilha de saberes e de discussão, não é um órgão que possa emitir pareceres decisivos, da mesma maneira que o Conselho Nacional não o é, o que também nos permite evoluir pelo menos, para estes parceiros mais integrados, para a consciencialização daquilo que deve ser uma política na área do álcool e do seu uso nocivo. Por não ter essa capacidade decisória, não conseguimos que, mesmos as medidas, já difíceis de conseguir consensualizar a nível do FNAS, sejam transpostas para uma decisão política. Porque essa componente da decisão política tem todo um procedimento a seguir que acaba por emperrar todos os processos. E com muita dificuldade conseguimos ter medidas perfeitamente assertivas, legislativas ser for caso disso. Num primeiro momento, conseguimos consensualizar uma lei para a venda de álcool a menores e mais algumas regras que foram consensualizadas em sede de FNAS, depois, em sede de Conselho de Ministros, num primeiro momento, nem o alargamento aos 18 anos para todos… houve outras medidas que tínhamos proposto ficaram na gaveta, outras foram, e bem, acrescentadas, outras foram sub-repticiamente colocadas de fora… conseguir fazer uma alteração agora, mesmo em relação à publicidade, é extremamente complicado, mesmo tendo consensos. A própria aplicação da lei, por muito que estejamos todos consciencializados e cientes que não pode ser vendida bebida ou facultada alcoólica a menores de 18 anos, o que temos é devastador. Não conseguimos fiscalizar ou o que se faz é mínimo, não conseguimos fazer com que os operadores económicos de venda a retalho tenham um comportamento assertivo em relação a isto e damos sempre a desculpa que os jovens conseguem fazer isto e aquilo por fora… Se cada um fizer bem a sua parte…

PRÉMIOS ANEM/CNAF/SICAD

1º PRÉMIO

2º PRÉMIO

HARM REDUCTION SETTINGS: UMA OPORTUNIDADE NA INTERVENÇÃO EM VHC

A Gilead Sciences Europe organizou, no dia 30 de outubro, o webinar sobre boas práticas "Harm Reduction Settings", evento inserido no SLTC Summit 2020. O evento contou com preleções da britânica Rachel Halford (The Hepatitis C Trust), do canadiano Chris Fraser (Cool Aid Community Health Care), da norueguesa Kjersti Ulstein (Prindsen Mottakssenter) e da belga Tessa Windelinckx (The Antwerp Free Clinic) e resultou num momento informativo e interativo em que foram exploradas as novas fronteiras da gestão e tratamento da Hepatite C, especialmente nos contextos da redução de riscos, onde foram apresentados modelos de boas práticas. Houve ainda lugar a uma discussão sobre a integração de intervenções específicas nos modelos dedicados à Hepatite C e futuras estratégias que visam o atingimento da meta definida pela OMS para a eliminação do VHC até 2030.

No final do evento, foram apresentadas infografias reveladoras de boas práticas de programas de eliminação da Hepatite C, que Dependências replica.

A moderação do evento coube a Rachel Fraser, que foi igualmente a autora da primeira preleção. Na introdução, começou por apresentar uma definição universal de redução de riscos, apresentando contextos de intervenção e serviços desenvolvidos, revelando a existência uma elevada prevalência de VHC nestes contextos: "Apurámos que, em 179 países (de 206) no mundo, nas cerca de 15,6 M de pessoas que injetam drogas, existe uma prevalência de VHC de 52,3%". Rachel justificaria assim a importância dos serviços de redução de riscos para se atingir os objetivos relacionados com a eliminação do VHC: "Sem este tipo de intervenções nunca conseguiremos eliminar e a evidência confirma que as mortes e prevalências diminuem com as intervenções de redução de riscos". Como prioridades, a autora salientou uma boa cobertura dos programas de troca de seringas e a otimização dos tratamentos de substituição com doses que vão de encontro das necessidades dos utentes. Rachel alertou ainda que "a reinfeção deve ser minimizada mas não temida, enquanto trabalhamos no sentido da eliminação", salientando a importância de se combinarem intervenções de redução de riscos e intervenções comportamentais na abordagem a estas pessoas reinfectadas.

A preletora falou ainda na existência de múltiplas barreiras, como a desinformação sobre VHC, a falta de confiança, o estigma social. Referiu ainda um desafio pertinente para os profissionais da redução de riscos, que lidam diariamente com utentes cujas prioridades vão muito além do acesso a estas estruturas e a outras de saúde. Para Rachel Halford, a solução passa por educar e treinar cada vez mais o staff.

De seguida, a preletora fez um périplo pelos impactos da Covid-19 nos serviços de redução de riscos, salientando a dificuldade de acesso. Alertou ainda para o facto de os sintomas da Covid poderem ser confundidos com o síndrome de abstinência e para o potencial surgimento de overdoses como consequência deste fator mas igualmente de uma maior dificuldade de acesso às terapêuticas de substituição. Recordou ainda que, na maior parte dos territórios, os testes VHC em equipas e contextos de redução de riscos encerraram, sendo que o acesso a outros serviços de redução de riscos, como a troca de seringas ou as terapêuticas de substituição ficou muito limitado, o que poderá vir a representar reinfeções e casos positivos não diagnosticados, aumentos de consumos de ilícitas e overdoses. "Atualmente, muitos serviços funcionam apenas virtualmente ou por telefone, numa área em que a presença física é fundamental", afirmou.

Como oportunidades de intervenção, Rachel enumerou uma série de vertentes a priorizar, como o empoderamento dos pares e do seu papel enquanto interventores, o papel da telemedicina, a entrega ao domicílio de produtos, serviços e terapêuticas relacionadas com a redução de riscos, a criação de clínicas virtuais e o conceito de mobile outreach – one step clinics.

Em conclusão, e citando o canadiano Chris Fraser, "a redução de riscos, face à postura de primeira linha, de proximidade e de comunicação, mostrou-se uma vez mais muito bem posicionada para enfrentar fenómenos de vária índole, como aconteceu e está a acontecer com a Covid-19".

Rapid, prison-based, test-and-treat HCV elimination programme

Andrew Ustianowski, Manchester, UK

A redesigned pathway developed by Health Innovation Manchester and piloted in Styal Prison, Cheshire, UK. It offered a rapid test-and-treat programme for new arrivals between March and October 2019.[1]

79,293
prison population in the UK[2]

1500
new entrants into Styal Prison every year[1]

Aim: To increase uptake of HCV testing and reduce the time taken to initiate treatment

Why is the model needed?[1]

- Despite the high rate of HCV infection in prisons, testing and treatment rates remain low
- Existing test-and-treat pathways can take weeks to diagnose an individual and months to commence treatment
- As many prison stays are only a few months, many individuals leave prisons untreated

What is the model and how does it work?[1]

Old pathway

- First 24 hours in a 'reception area' upon arrival
- Initial healthcare check within 24 hours, no opt-out HCV test
- Formal healthcare check, with opt-out HCV test using dried blood spot testing (results in ~2 weeks)
- Results communicated and referral to specialists in-reach hepatitis team
- Patient reviewed by specialist and baseline investigations sent
- Patient starts HCV treatment

2 WEEKS · 6 WEEKS · 2-3 MONTHS

New pathway

- First 24 hours in a 'reception area' upon arrival
- Full healthcare check, including opt-out rapid HCV test using Cepheid® HCV GeneXpert testing (results in 1–2 hours)
- Results communicated and counselling provided if needed, whilst still in the 'reception area'
- Online multidisciplinary team start patient on pangenotypic regimen
- Patient reviewed by specialist within 5 days

24 HOURS · 5 DAYS

Interventions used to enhance HCV testing, linkage to care and treatment

- Prison-based, opt-out, rapid point-of-care HCV testing provided upon entry, along with counselling if necessary
- Pangenotypic regimens allow fast-tracked treatment initiation
- Online multidisciplinary team allows for shorter delays in result communication and treatment initiation

Outcomes[1]

	% of entrants tested at entry to prison:	% of those who were HCV-positive:	% of those who initiated treatment:	Time from testing to treatment initiation:
Old pathway	38.6%	51.0%	17.9%	62 days
New pathway	69.6%	9.6%	93.8%	6 days

- >96% of individuals in this prison were tested and treated during their custodial sentence
- 79% of patients reported being aware of their results within 24 hours
- 100% of patients specified that it was 'important' / 'very important' that they initiated treatment within 5 days

Establishing opt-out, rapid point-of-care testing at entry to prison is a feasible HCV microelimination model which can result in increased testing, increased treatment and shorter delays in initiating treatment in a prison setting

1. Ustianowski A, et al. EASL 2020. Poster #SAT280; 2. GOV.UK. Prison population figures: 2020. Population bulletin: weekly 11 September 2020. Available at: https://www.gov.uk/government/statistics/prison-population-figures-2020 (accessed September 2020)

SLTC Summit

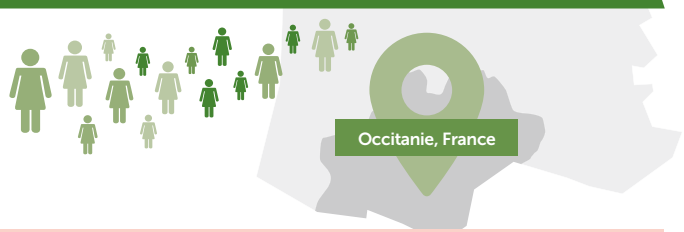
This meeting has been organised and funded by Gilead Sciences Europe Ltd.
Date of preparation: September 2020. IHQ-HCV-2020-09-0092. © Gilead Sciences Europe Ltd

GILEAD Creating Possible

Management of HCV infection in Béziers penitentiary, Occitanie, France

Dominique Larrey, Montpellier, France

A collaborative initiative to increase uptake of viral hepatitis screening, simplify the assessment pathway and improve treatment rates within Béziers penitentiary, France



886
new inmates in Béziers penitentiary in 2019

Aim: To support global HCV elimination goals through the screening and treatment of a high prevalence incarcerated population

Why is the model needed?

HCV
5.6% anti-HCV prevalence in Béziers penitentiary in 2019

The prison system represents an ideal opportunity to engage with populations who may otherwise be difficult to engage in healthcare services

What is the model and how does it work?

Universal screening for HCV, HBV and HIV offered at first entry into Béziers penitentiary

- Anti-HCV+ → Quantitative HCV RNA ± HCV genotype
- HBsAg+ Anti-HBc+ → Quantitative HBV DNA Anti-HDV

Liver fibrosis assessment by elastography and/or biological markers (FIB-4)

HCV RNA+ patients started on DAA therapy

DAA treatment provided daily inside the healthcare unit alongside other medications to ensure adequate adherence and confidentiality of treatment

- Prison healthcare team provide BBV screening
- Nurse performs FibroScan®
- Hepatologist assesses patient data, provides education, prescribes treatment and conducts follow up
- Prison GP can prescribe treatment in consultation with hepatologist

Interventions used to enhance HCV testing, linkage to care and treatment

- Prison-based HCV testing, counselling and treatment
- Non-invasive liver disease assessment using transient elastography and/or biological markers (FIB-4)

Outcomes

2019

- **80%** New inmates screened for HCV (709/886)
- **93%** Anti-HCV+ with confirmatory HCV RNA test (37/40)
- **83%** HCV RNA+ and started on treatment (10/12)

100% SVR (10/10)

1 January–31 July 2020
(including COVID-19 period March–June)

- **77%** New inmates screened for HCV (292/377)
- **100%** Anti-HCV+ with confirmatory HCV RNA test (13/13)
- **100%** HCV RNA+ and started on treatment (8/8)

88% SVR (7/8)*

*1 relapse outside the penitentiary system

A simplified model of care can lead to effective and efficient treatment of HCV within the penitentiary setting

Larrey D, personal communication

Acknowledgments: Dr Philippe Gouiry

BBV: blood-borne virus; DAA: direct-acting antiviral; FIB-4: fibrosis-4; HBc: hepatitis B core antigen; HBsAg: hepatitis B surface antigen; SVR: sustained virological response

SLTC Summit

This meeting has been organised and funded by Gilead Sciences Europe Ltd.
Date of preparation: October 2020. IHQ-HCV-2020-09-0096 © Gilead Sciences Europe Ltd

GILEAD Creating Possible

Nurse-led, statewide programme for HCV in prisons in Victoria, Australia

Lucy McDonald, Victoria, Australia

The Victorian Statewide Hepatitis Program (SHP) was developed at St Vincent's Hospital in Melbourne, Australia in 2015

This decentralised nurse-led model of care provides HCV treatment and care to people in prisons across all 14 adult prison sites in Victoria

~8000
people in prisons in Victoria

The average prison sentence in Australia is less than 1 year, and the rate of reincarceration is high, leading to overlapping networks for HCV transmission

Aim: To contribute to HCV elimination by providing treatment to high-risk populations such as people in prisons and those with a history of injecting drug use

Why is the model needed?

HCV seroprevalence is:

>20% among people in prisons

<50% among people in prisons who inject drugs

Prior to 2016, only **~20 patients** received HCV treatment in prisons in Victoria

Multiple barriers from previous standards of care:

Limited local access to clinicians and a need for hospital-based specialist review

Frequent transfers between prisons interrupting care due to partitioning of health services and budget

People on short prison sentences often left untreated

What is the model and how does it work?

Universal opt-in screening for viral hepatitis offered at reception upon first entry into prison and at every transfer between prison sites by local prison healthcare team

↓

Those who screen positive or self-report a previous HCV diagnosis are referred to the SHP at their local prison for clinical assessment by the programme nurse

↓

Assessment includes liver fibrosis assessment performed with an APRI score and/or liver elastography

↓

Non-cirrhotic or compensated cirrhosis without significant comorbidities → Patient undergoes a paper-based consultation with a hepatologist

Evidence of decompensated cirrhosis and/or significant comorbidities → Patient requires a telemedicine or face-to-face assessment with a hepatologist

↓

Patient is started on DAA therapy

Key success factors of model

- **State-sponsored** by the Department of Justice and Community Safety, State Government of Victoria
- **Nurse-led**, delivering care locally to each prison (2 full-time and 1 part-time nurse specialist)
- Supporting **hepatologists** (3 part-time) providing face-to-face or telemedicine consultations
- **Portable testing** equipment and protocol-driven assessment and management
- Pharmaceutical benefit scheme provides **centralised therapy distribution** to prisons
- **Centralised medical record** allows easy and remote access to patient records (J-Care*)

Key interventions

- Auto-referral from the medical reception assessment
- Reflex HCV RNA pathology testing (including screening for STIs, HBV and HIV)
- Link with Hepatitis Victoria (a not-for-profit organisation) educational support programmes
- Targeted HCV education for people in prisons, correctional officers and healthcare staff
- Adverts shown on in-prison tv channels to help reduce stigma and encourage people to get screened

Outcomes

Increased access to HCV care:

<20% of patients required specialist input

>80% of people entering prisons had never pursued specialist HCV care in the community

Large number of people initiated treatment:

>3600 people were assessed by the SHP between August 2015–December 2019

↓

>2300 people commenced HCV treatment

High SVR12 rates:

>95%

A statewide, nurse-led model of care is effective in providing care and treatment to people in custody in large numbers

McDonald L, personal communication. *Provided by the Department of Justice
APRI: aspartate aminotransferase to platelet ratio index; DAA: direct–acting antiviral; STI: sexually transmitted infection; SVR12: sustained virological response 12 weeks after end of treatment

SLTC Summit

This meeting has been organised and funded by Gilead Sciences Europe Ltd.
Date of preparation: October 2020. IHQ-HCV-2020-09-0094. © Gilead Sciences Europe Ltd

GILEAD Creating Possible

ABBVIE PROMOVE WEBINAR DEDICADO À HEPATITE C

A DESCENTRALIZAÇÃO DAS CONSULTAS E O CONTRIBUTO DAS ONG

O Legado do Prémio Nobel da Medicina: Eliminação da Hepatite C até 2030 foi o tema do webinar realizado no dia 4 de novembro e que contou com as participações de Rui Tato Marinho, Guilherme Macedo, Cristina Valente, Paula Peixe e Filipe Calinas. A sessão, que contou com o apoio da Abbvie, decorreu no âmbito da atribuição do Prémio Nobel da Medicina a três cientistas pela descoberta do VHC. Assim sendo, o legado desta descoberta tem como ponto alto o desenvolvimento da cura para a doença e acarreta uma enorme responsabilidade: a eliminação da hepatite C até 2030, de acordo com os objetivos da Organização Mundial de Saúde. Neste sentido, um grupo de especialistas reuniu-se no webinar com o objetivo de partilhar alguns projetos que estão a ser desenvolvidos e implementados em Portugal, mesmo durante a pandemia de COVID-19, e sublinhar a importância de os replicar para que os objetivos da OMS sejam atingidos, através do compromisso de todos os intervenientes no sentido de rastrear, diagnosticar e tratar as pessoas que vivem com hepatite C.

Dependências acompanhou o evento e replica a sessão final, em que os preletores responderam a questões realizadas pelos participantes… A começar pela celebração de protocolos entre os hospitais e ONG para a implementação de consultas descentralizadas (fora dos hospitais), da telemedicina e a questão dos financiamentos inerentes…

Rui Tato Marinho – Em relação ao financiamento, notei que estas entidades, nomeadamente a Crescer, que conheço melhor, têm uma capacidade de fundraising muito grande. Neste momento, existem bolsas e fundos europeus e nacionais canalizados para este tema da maior relevância social, que até sabemos constituir uma prioridade para o nosso Presidente da República, Marcelo Rebelo de Sousa.

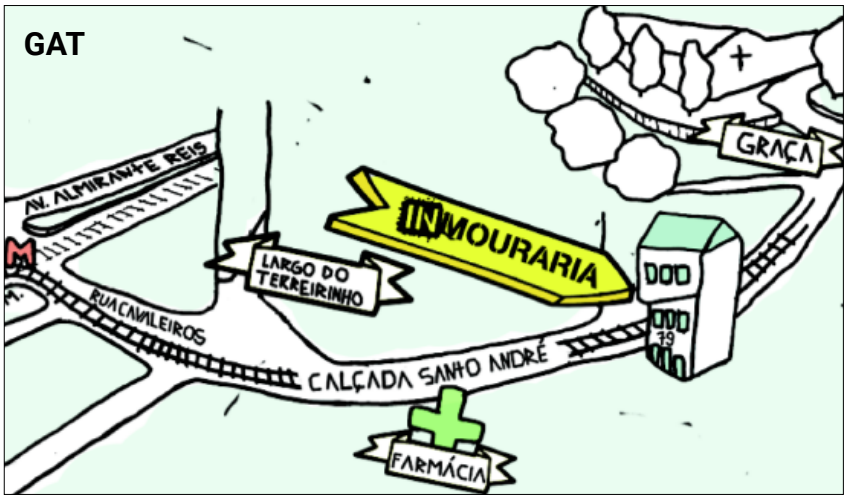
Em relação à telemedicina, não consigo conceber um ato médico que não tenha, pelo menos, uma primeira consulta ou uma promessa de uma consulta presencial a curto prazo. Refiro que à grande maioria das consultas que estamos a realizar não são "Telemedicina", são telefonemas em que não vemos o doente, onde por exemplo pode não ser possível confirmar a identidade.

Nada substitui a relação médico doente, uma relação humana intemporal, porque não património da humanidade?

Todos nós que temos 20 a 30 anos de experiência, acumulámos histórias de vida como aquelas em que colocamos a mão no abdómen da pessoa e descobrimos algo que não esperávamos…temos que continuar a ser médicos, pois é isso que faz a diferença. A relação médico-doente implica outros condimentos. Mas as teleconsultas e o uso dos meios de comunicação eletrónicos vieram para ficar, com múltiplas vantagens, como é patente.

Em relação à instituição, já passei por várias administrações, algumas claramente mais facilitadoras do que outras - e isto tem a ver com experiências pessoais, algumas até traumáticas do ponto de vista administrativo – porque não há um fio condutor a nível central, que permita que este projeto de aproximação social seja um projeto nacional.

Já foi, com outras secretarias de estado, como a liderada pelo Professor Fernando Araújo, que ia muito ao terreno, mas, atualmente, tudo isto depende da geografia e demografia local…de qualquer modo, não nos podemos esquecer dos condicionantes do estado de Pandemia Mundial e Emergência nacional.



Filipe Calinas – Relativamente às dificuldades para implementar uma consulta descentralizada, no caso no InMouraria, devo dizer que não tive muitas dificuldades, bastou dar a minha cobertura e a idoneidade do serviço a que pertenço para fazer algo que, no fundo, resultou da iniciativa de uma ONG, o GAT, que tem grande implantação em termos de prática de negociações com as entidades públicas e que foi muito bem recebido pela presidente do conselho de administração do meu centro hospitalar. Ou seja, acho que tem mais a ver com vontades e disponibilidades dos indivíduos envolvidos do que com as instituições. Ajudou, também, a prévia eistência de um protocolo de atuação firmado entre o GAT e o centro hospitalar para outros cuidados, nomeadamente relacionados com o VIH. Esse terá sido o primeiro passo e histórico quanto ao início do protocolo mas este foi mais distintivo. Penso que os hospitais terão tudo a ganhar com estas ações. Estas consultas podem ser valoradas por melhorarem o desempenho. O contrato programa, que é feito com a ARS e ACSS pode ser valorizado e, se o problema está relacionado com os custos da medicação, creio que também não deverá resultar daí muito receio, na medida em que sabemos que o preço compreensivo atribuído à medicação ultrapassa o seu custo. A implementação destes projetos passa por sensibilizar quem dirige os respetivos hospitais e, aí, estarão mais à vontade as ONG do que propriamente os médicos e serviços.

Obstáculos e apoios à viabilização de uma consulta numa carrinha, fora do hospital e a aventura da telemedicina… A ONG a potenciar o trabalho do médico?

Paula Peixe – Continuo a achar-me uma pessoa privilegiada porque tive a sorte de a Ares do Pinha, a ONG com que qual trabalho já ter previamente consultas organizadas, disponibilizando serviços médicos com regularidade a toda a população que serve. Por isso, fui apenas mais um elemento que se integrou na equipa e só tive que modificar o meu gabinete, que passou a ser dentro da carrinha, obviamente com limitações e que exigem alguma relação de intimidade que temos que respeitar. Nesse aspeto, foi relativamente simples para mim e creio que poderá ser decalcado para todos, desde que consigamos perceber como devemos atuar perante cidadãos que são um pouco diferentes de nós no dia-a-dia. Relativamente ao nosso hospital, todos abraçaram o projeto com enorme gosto. Houve pessoas determinantes, como a Comissão de Farmácia e Terapêutica, a nossa diretora clínica do Egas Moniz, Dra. Isabel Aldir, mas também o laboratório, que aceitou de imediato que a recolha fosse feita fora, a secretária, que se prontifica fora de horas a encontrar todos os doentes que nos são referenciados… Relativamente à telemedicina, devo dizer que tenho alguma dificuldade em fazer as consultas telefónicas que tenho estado a realizar durante estes seis meses. Ao longo deste período, fiz consultas presenciais, nomeadamente todas as primeiras consultas, podendo eventualmente as subsequentes ser diferentes. Neste momento de pandemia é extremamente importante o acesso à teleconsulta mas, assim que for possível, voltarei novamente para a rua. Continuarei a privilegiar a presença com os doentes, que é o que tenho feito ao longo de todo este tempo e creio que é o que sei fazer melhor.

NOVOS CASOS DE INFEÇÃO POR VIH DIMINUEM

"O CONHECIMENTO DA DIMENSÃO E CARACTERÍSTICAS DA SUBPOPULAÇÃO QUE VIVE COM INFEÇÃO POR VIH NÃO DIAGNOSTICADA É DA MAIOR IMPORTÂNCIA PARA ADEQUAÇÃO DAS INICIATIVAS DIRIGIDAS AO DIAGNÓSTICO E À PREVENÇÃO"

O número de novos casos de infeção por VIH voltou a descer em 2019, mantendo-se a tendência de decréscimo que já se verificava desde o ano 2000. De acordo com o relatório "Infeção VIH e SIDA em Portugal – 2020", produzido pela Direção-Geral da Saúde (DGS) e pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2019 foram diagnosticados 778 novos casos de infeção por VIH, menos 331 casos do que no ano de 2018.

Além da redução no número anual de novos diagnósticos de infeção, este ano destaca-se também uma percentagem de diagnósticos tardios inferior a 50%. O relatório indica a percentagem de diagnósticos tardios passou de 54,4% em 2018 para 49,7%, o que demonstra o esforço que tem sido feito para diagnosticar mais e mais precocemente.

A maioria (69,3%) dos novos casos de infeção por VIH registaram-se em homens (2,3 casos por cada caso comunicado em mulheres) e a mediana das idades à data do diagnóstico foi de 38 anos. Em 24,1% dos novos casos, os indivíduos tinham idade igual ou inferior a 50 anos.

Embora a transmissão heterossexual se mantenha como a mais frequente, os casos em Homens que têm Sexo com Homens (HSH) constituíram a maioria dos novos diagnósticos em homens (56,7%).

No que diz respeito à área de residência, 50,4% dos indivíduos residiam na Área Metropolitana de Lisboa (13,7 casos/105 habitantes) e a região do Algarve apresentou a segunda taxa mais elevada de diagnósticos (13,5 casos/105 habitantes).

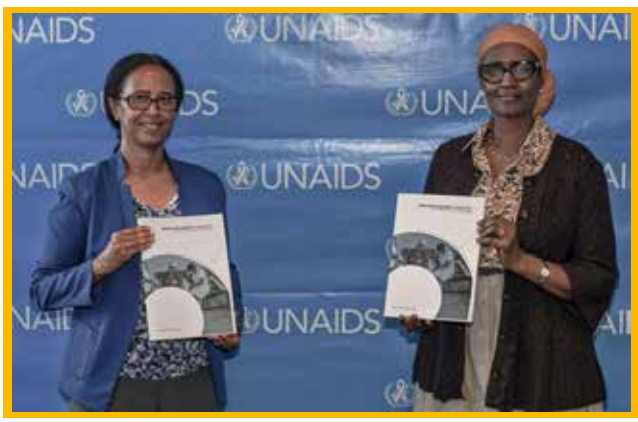
No período em análise, não foi notificado nenhum caso de transmissão de VIH em crianças.

Relativamente aos óbitos, foram comunicados 197 óbitos em doentes infetados por VIH durante o ano de 2019, sendo que em 46,2% destes casos as pessoas já tinham atingido o estádio SIDA.

Analisando os dados acumulados, até 31 de dezembro de 2019 foram identificados em Portugal 61.433 casos de infeção por VIH, dos quais 22.835 atingiram o estádio de SIDA.

Entre 2009 e 2018 registou-se uma redução de 47% no número de novos casos de infeção por VIH e de 65% em novos casos de SIDA.

Para a obtenção de melhores resultados com impacto no diagnóstico precoce, importa reforçar e manter as respostas comunitárias, estimular o alargamento da realização do teste rápido nas farmácias comunitárias a outras regiões do país, divulgar as diferentes opções para a realização do rastreio, incluindo a disponibilidade do autoteste e promover a literacia da população e dos profissionais de saúde. Iniciativas como a "Cidades na via rápida para acabar com a epidemia de VIH" são fundamentais na prossecução dos objetivos traçados.



"O fracasso coletivo em investir o suficiente em respostas ao HIV abrangentes, baseadas em direitos e centradas nas pessoas tem um preço terrível", disse Winnie Byanyima, Diretora Executiva do UNAIDS, acima à direita, ao lado de Medhin Tsehaiu, Diretor do Quênia, UNAIDS , durante o lançamento de "Prevalecer contra as pandemias, colocando as pessoas no centro". Nairobi, Quênia, 26 de novembro de 2020. Crédito: UNAIDS / A. Karumba

DIA MUNDIAL DA SIDA 2020 – "SOLIDARIEDADE GLOBAL, RESPONSABILIDADE PARTILHADA"

Maria José Santos
Coordenadora do Programa Regional para a Infeção VIH/Sida da ARSN, I.P.

Entre 2009 e 2018 observou-se uma redução de 47% no número de novos casos de infeção por VIH e de 65% em novos casos de SIDA. Apesar desta diminuição considerável da incidência da infeção por VIH em Portugal, existem populações com maior vulnerabilidade à infeção e que continuam a apresentar indicadores preocupantes. Portugal tem apresentado das mais elevadas taxas de novos casos de infeção VIH e SIDA da Europa ocidental.

De progressão lenta e assintomática durante grande parte da sua história natural, a infeção por VIH tem características que favorecem a existência de uma subpopulação infetada, mas não diagnosticada e que, para além dos impactos negativos que o diagnóstico tardio tem para a saúde individual, inadvertidamente contribui para a disseminação da infeção.

Em 2018, na região Norte, a incidência da infeção foi de 6.6/100.000 habitantes, tendo sido a segunda região do país onde se registou o maior número de novos casos de infeção notificados (237). A infeção ocorreu predominantemente em indivíduos assintomáticos (84.2%), do sexo masculino (75%), entre os 20 e os 39 anos de idade (47.4%). As características clínicas dos novos casos indicam que a maioria ocorreu por transmissão sexual (93.5%) e, destes, 38.5% correspondem a homens que têm sexo com homens (HSH). Dos 203 doentes em que foi possível obter o valor CD4, verifica-se que 44% apresentavam, na altura do diagnóstico, critério de diagnóstico tardio (valores de CD4 <350) e, destes, 56.5% estavam numa fase avançada da doença, com valores CD4 <200.

De acordo com os dados oficiais, Portugal já terá atingido as metas propostas pela ONUSIDA, dos 90 90 90. No entanto o desafio mantém-se, considerando a proporção de diagnósticos tardios, a aposta na disponibilização de meios preventivos e na implementação de respostas de redução de riscos e minimização de danos, assim como na promoção do rastreio da infeção e na referenciação das pessoas com resultados reativos para os cuidados hospitalares. Estes são os eixos prioritários da resposta nacional e regional à infeção.

A estratégia Porto Cidade Sem Sida, deriva da iniciativa das Fast Track Cities, assinada em 2014, em Paris. Define como principal objetivo acabar com a SIDA, como problema de saúde pública, até 2030, com a liderança dos Municípios e com a participação de parceiros locais, regionais e nacionais, pretendendo dar uma resposta adequada à sua cidade, através da abordagem das causas de risco, das vulnerabilidades e da transmissão deste vírus, colocando as pessoas no centro das respostas.

Porquê as Cidades? A elevada densidade populacional, conjugada com as demais características urbanas, tais como migrações, desigualdades socioeconómicas, desemprego, entre outros fatores, acabam por resultar numa elevada e crescente proporção de pessoas que aí reside com a infeção VIH (e outras Infeções Sexualmente Transmissíveis, Tuberculose, Hepatites Víricas, entre outras).

Porquê o Porto? Os casos notificados na cidade do Porto apresentam valores sempre superiores aos verificados na região Norte, em média cerca de 3.9 vezes, sendo também superior aos verificados em Portugal Continental.

Através de um Plano de Ação da cidade, construído de forma participada por todos os parceiros, é possível, conhecer melhor os determinantes da infeção na cidade, e desenvolver todos os esforços e estratégias inovadoras, de aproximação a populações mais vulneráveis à infeção. Assim, como contribuir para aumentar o conhecimento, junto de profissionais e população em geral, sobre as estratégias de prevenção, agora disponíveis, como sejam a Profilaxia Pré-exposição (PREP) e Pós-exposição (PPE). Também a mensagem chave, de que um doente em tratamento eficaz, não transmite a infeção (I=I), é uma forma de reduzir o estigma e a discriminação, ainda associado a esta infeção.

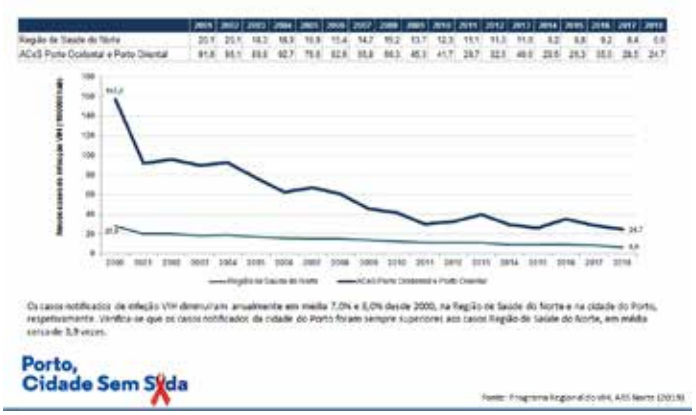
Foi neste contexto que foi realizado, no passado dia 30 de novembro, um Webinar, em que foi possível, apresentar o Perfil epidemiológico da cidade, apresentar os resultados do importante trabalho realizado, pelas organizações de base comunitária, assim como, promover uma ampla discussão sobre o impacto da COVID-19, nas respostas e na acessibilidade dos doentes em diferentes níveis de cuidados, nomeadamente, nos centros hospitalares da cidade, nos Agrupamentos de Centros de Saúde, no Centro de Aconselhamento e Diagnóstico do Porto e na Divisão de Comportamentos Aditivos da região.

Pretendemos atingir os nossos objetivos, com o envolvimento de todos, num trabalho em rede e com as pessoas alvo de intervenção no centro das respostas, considerando o lema do Dia Mundial de Luta Contra a Sida "Solidariedade Global, Responsabilidade Partilhada" a melhor forma de intervenção.

Na Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN) a coordenação do Programa Regional para a Infeção VIH/Sida, é da responsabilidade do Departamento de Saúde Pública.

O referido Programa intervém em quatro grandes eixos: Mais e Melhor Conhecimento /Aumentar a Taxa de Rastreio - Não Perder oportunidades/Distribuição de Material de Prevenção/Formação aos Profissionais de Saúde.

Evolução dos Novos Casos de Infeção por VIH
por 100.000 habitantes, Região Norte e Cidade do Porto, 2000 - 2018



HIV E COVID-19: AS COMUNIDADES SÃO ESSENCIAIS PARA RESPOSTAS ÀS PANDEMIAS

Este ano, o tema do Dia Mundial da Luta conta a Sida é "Solidariedade global, responsabilidade compartilhada".

Todos os anos, em 1º de Dezembro, o mundo comemora o Dia Mundial de Luta contra a sida. Pessoas de todo o mundo unem-se para mostrar apoio às pessoas vivendo com HIV, àquelas afetadas pelo vírus e para recordar aqueles que perderam as suas vidas devido à Sida. Em 2020, a atenção do mundo tem sido centrada pela pandemia da Covid-19 na saúde e na forma como as pandemias afetam vidas e meios de subsistência. A Covid-19 mostra, mais uma vez, como a saúde está interligada com outras questões críticas, tais como a redução da desigualdade, dos direitos humanos, da igualdade de género, da proteção social e do crescimento económico. Este ano, o tema do Dia Mundial da Luta conta a Sida é "Solidariedade global, responsabilidade compartilhada".

Os serviços de HIV foram perturbados e há indícios de que as restrições relacionadas à Covid-19 estão a ter um impacto desproporcionado nas nossas comunidades mais vulneráveis

MORTES

Quando a Covid-19 atingiu pela primeira vez as costas africanas, houve preocupações reais de que mais de 500 mil pessoas pudessem morrer de causas relacionadas à Sida na África Subsaariana entre 2020 e 2021.

Medidas inovadoras do continente, respostas comunitárias e adesão às diretrizes da Organização Mundial de Saúde para manter os serviços essenciais no meio da pandemia, entre outros, mitigaram esse impacto.

Contudo, os serviços de HIV foram perturbados e há indícios de que as restrições relacionadas à Covid-19 estão a ter um impacto desproporcionado nas nossas comunidades mais vulneráveis no âmbito mundial.

O relatório da Onusida "Relatório do Dia Mundial da Sida, Predominando Contra as Pandemias, Colocando as Pessoas no Centro" nota quase nenhum declínio no número de pessoas vivendo com HIV que recebem terapia antirretroviral em 25 países, revisto desde abril de 2020, quando foram implementados "lockdowns" em todo o mundo.

Em Joanesburgo, na África do Sul, homens desinfetam mãos como medida de combate à Covid-19

TRATAMENTO

Alguns países africanos como a Botsuana até expandiram a cobertura de tratamento. Ainda assim, a cobertura de tratamento caiu noutros países como na Serra Leoa e na África do Sul, enquanto que se verificou uma queda geral na despistagem do HIV em toda a região. A pandemia está assim a minar os esforços para diagnosticar novas infeções pelo HIV e iniciar o tratamento de pessoas recém-diagnosticadas.

Isto também se aplica aos testes e tratamentos para mulheres grávidas. O Lesoto e a Uganda estão entre os países que se recuperaram rapidamente, mas a Etiópia, o Quénia e a África do Sul - onde se verificaram confinamentos contínuos - registaram interrupções contínuas.

No âmbito mundial, o progresso no sentido dos objetivos de ensaio e tratamento 90-90-90 até 2020 tem sido um ponto relativamente brilhante. No final do ano passado, 81% das pessoas que viviam com o HIV conheciam o seu estado de seropositividade; entre essas pessoas, 82% estavam em tratamento - mais de 25 milhões de pessoas - e 88% das pessoas em tratamento tinham atingido a supressão viral.

Médico Santinho Carvalho atende paciente com HIV no Hospital de Macomia, em Cabo Delgado, Moçambique

Em Moçambique, 77% das pessoas vivendo com HIV conheciam o seu estado de seropositividade; entre essas pessoas, 60% estavam em tratamento - mais de 1,2 milhões de pessoas - e 45% das pessoas em tratamento tinham alcançado a supressão viral. As mortes relacionadas com a Sida diminuíram em 20% entre 2010 e 2019. As novas infeções por HIV entre adultos caíram apenas 9% entre 2010 e 2019 e permanecem persistentemente elevadas, com 130 mil novas infeções em 2019.

BOM CAMINHO

O desafio da Covid-19 não precisa fazer descarrilar os nossos esforços. Podemos voltar ao bom caminho, utilizando as lições aprendidas com a resposta à Sida. O governo e os seus parceiros se mobilizaram para defender o nosso progresso, para proteger pessoas que vivem com o HIV e outros grupos vulneráveis e para barrar a pandemia do novo coronavírus.

Isso inclui a eficácia das respostas centradas nas pessoas que começam por adaptar os serviços para chegar aqueles que mais precisam deles. Significa uma abordagem holística para enfrentar os desafios mais vastos enfrentados pelas pessoas que vivem com o HIV, bem como pelas pessoas em alto risco de infeção pelo HIV.

Quando as comunidades lideram a conceção e prestação de tais serviços, minimizamos os obstáculos ao sucesso. Tais respostas também ajudam a abordar as desigualdades de género e outros fatores societais e estruturais que afetam a vulnerabilidade ao HIV.

INVESTIMENTOS

Mas mesmo tendo a Covid-19 interrompido os serviços relacionados ao HIV, a pandemia sublinhou a natureza transformadora dos investimentos em HIV e o papel essencial que as comunidades desempenham na resposta às pandemias.

A pandemia demonstrou que ninguém está seguro até que todos estejam seguros. Deixar as pessoas para trás não é uma opção se quisermos ser bem-sucedidos. Eliminar o estigma e a discriminação, colocar as pessoas no centro e fundamentar as nossas respostas nos direitos humanos e nas abordagens que respondem às questões de género são essenciais para acabar com a colisão de pandemias entre HIV e a Covid-19.

Há muitas lições que aprendemos da nossa resposta ao HIV que podem ser usadas na nossa luta contra a Covid-19, a começar por garantir que colocamos as respostas da comunidade em primeiro lugar quando construímos novamente e melhor.

SECRETÁRIO-GERAL DA ONU ANTÓNIO GUTERRES

Em mensagem sobre a data, o secretário-geral da ONU, António Guterres, lembra que "apesar dos sucessos significativos, a emergência da Aids ainda não acabou."

O HIV ainda infecta 1,7 milhão de pessoas a cada ano e mata cerca de 690 mil. E desigualdades significam que aqueles que são menos capazes de defender seus direitos ainda são os mais afetados.

António Guterres afirma que "a Covid-19 tem sido uma chamada de atenção para o mundo", mostrando que "desigualdades na saúde afetam a todos" e "ninguém está seguro a menos que todos estejam seguros."

Segundo o secretário-geral, a resposta ao HIV tem muito a ensinar no combate à Covid-19. A comunidade internacional sabe, por exemplo, que é preciso eliminar o estigma e a discriminação, colocar as pessoas no centro da resposta e fundamentar as respostas em direitos humanos e abordagens sensíveis ao gênero.

Igualdade

Guterres diz que "a riqueza não deve determinar se as pessoas recebem os cuidados de saúde de que precisam" e a vacina contra o novo coronavírus e os tratamentos para o HIV precisam "ser acessíveis e disponíveis para todos, em todos os lugares."

O chefe da ONU termina lembrando que a saúde é um direito humano e a cobertura universal de saúde deve ser uma prioridade.

Neste dia mundial, Guterres pede que o mundo reconheça que "para superar a Covid-19 e acabar com a Aids, o mundo deve ser solidário e compartilhar responsabilidades."

Hospital de Macomia na província de Cabo Delgado.

MODELO PORTUGUÊS DE RESPOSTA AOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS A CAMINHO DO COLAPSO.

O funcionamento das organizações públicas e privadas que atuam no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências (CAD) encontra-se fortemente condicionado. O "prometido" organismo único para definir, implementar e gerir uma estratégia nacional para a organização dos serviços públicos e privados que atuam nesta área tem sofrido sucessivos atrasos, com consequências negativas evidentes ao nível da (des)articulação dos vários serviços, das diferenças existentes em função da localização geográfica ao nível da referenciação e encaminhamento para a prestação de cuidados e do desinvestimento constante que se tem verificado quer na rede pública, quer na rede privada (seja na prevenção, no tratamento, na reinserção ou na redução de danos).

Relativamente ao desinvestimento é notória a diminuição de profissionais do serviço público a trabalhar na área dos CAD desde 2012, que em alguns locais chegou atingir uma redução de mais de 25%, com consequências gravíssimas na capacidade de resposta destes serviços que, quando se espera que seja aumentada, se assiste a uma diminuição da mesma. Com esta diminuição assiste-se ao aumento das listas de espera, no impedimento das pessoas acederem a estes serviços para poderem ser referenciadas e posteriormente encaminhadas, de acordo com as suas necessidades, para as respetivas redes de tratamento, de reinserção social ou de programas de redução de danos. Acresce que a falta de uma normal e qualificada atividade dos serviços públicos para as adições compromete a complementaridade com as organizações privadas que se têm constituído parceiros essenciais para uma política nacional para as adições.

Também no setor privado se verifica um desinvestimento alarmante nas várias áreas de atuação, gerando problemas de precariedade e incerteza nos profissionais, nomeadamente nas áreas da prevenção e redução de riscos, com impacto nos serviços e no apoio prestados aos respetivos utentes, uma vez que se adia a decisão de assumir estes projetos como respostas de continuidade à semelhança de outras respostas existentes.

Ainda na área do desinvestimento, desta vez em relação à rede privada de tratamento, nomeadamente as Comunidades Terapêuticas (CT), verifica-se um atrazo de 12 anos na atualização das convenções que servem para estipular o custo do tratamento e consequente financiamento para que as pessoas com problemas ao nível das dependências possam integrar estas estruturas. Apesar de estar previsto uma atualização anual destas convenções, desde 2008 que esta tal não acontece. Tendo em conta o aumento das exigências a que estas organizações estão sujeitas, com impacto direto nos custos com pessoal, com equipamentos e com toda a estrutura de apoio aos residentes, facilmente se percebe que estas organizações comecem a sentir dificuldades em manter a capacidade de resposta, estando mesmo algumas em risco de fechar.

Com estes argumentos tornam-se evidentes as grandes lacunas existentes nas redes públicas e privadas de apoio às pessoas com CAD, que põem em risco o "famoso" modelo português reconhecido mundialmente, mas que agora se encontra desmembrado e subfinanciado. São evidencias destes argumentos a ausência de um organismo único, agregador e gerador de diálogo entre os vários interlocutores que atuam nesta área, com o propósito de, em conjunto, criarem respostas adequadas e ajustadas às reais necessidades das pessoas que necessitam destes serviços, quer pela ausência de um modelo de financiamento adequado às exigências a que estas organizações estão sujeitas para prestarem serviços de elevada qualidade.

Toda esta situação foi/é agravada pela pandemia que atravessamos. As Unidades de tratamento e as Unidades de internamento públicas para as adições encontram-se limitadas pela situação pandémica e pelas medidas de contenção e segurança para utentes e profissionais, pela diminuição da capacidade de resposta que resulta da diminuição de recursos humanos e pelas limitações estruturais dos edifícios onde estão instaladas. É por via de um esforço enorme e de uma dedicação à causa dos profissionais em atividade que tem sido possível manter um funcionamento, embora reduzido, os serviços que reabriram ao público a partir do princípio de junho, tendo algumas unidades de internamento reaberto apenas no dia 13 de outubro, com limitação no número de camas a 50%. Claro que estas limitações nos serviços públicos afetam diretamente a rede privada nas várias áreas de atuação, tal como referido anteriormente.

Desde o início da pandemia que as organizações privadas têm desenvolvidos enormes esforços para manter as suas respostas em funcionamento, apesar do forte aumento das despesas, acentuada diminuição da receita e, muitas vezes, sem qualquer tipo de apoio extra por parte do estado. Apesar das dificuldades sentidas por estas organizações, praticamente todas se mantiveram a funcionar a 100%, procurando dar continuidade com a maior qualidade e dignidade possível ao apoio prestado aos seus utentes, recorrendo ao sacrifício das respetivas equipas e a uma gestão económica quase insustentável. Acresce referir que, também ao nível das orientações e procedimentos emanados pela DGS para lidar com a pandemia, as organizações privadas acabam por não ver refletidas as suas especificidades e as necessidades dos seus utentes, chegando estas orientações por vezes a serem encaradas como irrealistas.

Pelo exposto, consideramos urgente a tomada de decisão e implementação de ações, nomeadamente:

- Criação de um organismo único para definir, implementar e gerir uma estratégia nacional para a organização dos serviços públicos e privados que atuam nos CAD;
- Dotar a rede pública de estruturas e profissionais suficientes e capazes de responder aos desafios que são colocados atualmente;
- Envolver as organizações públicas e privadas no desenho e implementação deste organismo;
- Garantir a manutenção, sustentabilidade e dignificação dos serviços de RRMD pelas especificidades que apresentam na construção de respostas-programa de carácter contínuo e sistemático (quebra com o modelo de "projeto");
- Atualizar o preço das convenções contratualizadas com o SICAD para as CT, tendo como ponto de referência o custo atual efetivo do tratamento residencial;
- Reconhecer a especificidade das CT enquanto modelo de tratamento com metodologias e atividades próprias de uma abordagem bio-psico-social, diferenciando-as de outras áreas da saúde como clínicas, hospitais ou centros de cuidados continuados;
- Disponibilizar um financiamento extra de emergência para responder aos problemas de (in)sustentabilidade financeira que as organizações privadas enfrentam, em resultado do encerramento parcial dos serviços públicos e do aumento das exigências nas admissões provocadas pela atual pandemia;
- Elaboração de um conjunto de procedimentos e orientações para lidar com a pandemia, que tenham em conta as especificidades e necessidades das pessoas que recorrem aos serviços destas organizações.

Assim os Signatários deste documento em representação da Sociedade Civil vêm pedir uma resolução urgente dos problemas apresentados, mantendo total disponibilidade para, em conjunto, encontrar soluções adequadas e ajustadas a cada situação identificada.

LINHA
COVID LARES

707 20 70 70

Apoio e informação aos lares de idosos no âmbito da pandemia

- *24 horas por dia | 7 dias por semana*
- *Disponível em todo o país*
- *Esclarece dúvidas e procedimentos*
- *Agiliza o contacto com as autoridades competentes*

REPÚBLICA PORTUGUESA
TRABALHO, SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL

SANTA CASA
Misericórdia de Lisboa

ABC
ALGARVE BIOMEDICAL CENTER

ViiV Healthcare

OLÁ VIH/SIDA

ATENÇÃO. NÓS NÃO VAMOS DESISTIR. POR MAIS QUE NOS DESAFIES, VOLTAREMOS MAIS FORTES. MAIS DETERMINADOS EM TRAZER AVANÇOS NA CIÊNCIA E PARCERIAS PARA LUTAR CONTRA TI E CONTRA O QUE TU REPRESENTAS, E, UM DIA, VAMOS ERRADICAR-TE DE VEZ.

ATÉ ESSE DIA,
SOMOS VIIV HEALTHCARE

ESTAMOS AQUI ATÉ TU NÃO ESTARES.

PM-PT-HVU-ADVR-190001 data de preparação: março 2019

Creating Possible

Há mais de 30 anos que a Gilead procura inovar, **transformar e simplificar tratamentos para doenças potencialmente fatais. Esta procura incessante pela inovação tem permitido que alcancemos avanços científicos e clínicos que se julgavam impossíveis.** A Gilead é uma empresa biofarmacêutica, com um portefólio pioneiro e um *pipeline* de tecnologias de saúde em constante expansão.

O nosso compromisso vai para além da ciência. Inovamos com o objetivo de eliminar barreiras e dar acesso aos cuidados de saúde às pessoas que mais necessitam.

Estamos comprometidos com um mundo melhor e mais saudável para todos.

Gilead Sciences, Lda.
Atrium Saldanha, Praça Duque de Saldanha, nº 1 - 8º A e 8,
1050-094 Lisboa - Portugal | Tel.: 21 792 87 90
Data preparação: setembro 2020 | PT-GIL-2020-08-0002

GILEAD
Creating Possible