

AÇORES: ARQUIPÉLAGO “ARRISCA” ERRADICAÇÃO DA HEPATITE C E NOVAS ABORDAGENS AOS CAD E NSP



A Arrisca - Associação Regional de Reabilitação e Integração Sociocultural dos Açores -, organizou, no dia 27 de janeiro, no concelho da Ribeira Grande, o seu segundo encontro, subordinado ao tema “Erradicação da Hepatite C e abordagem aos comportamentos aditivos e novas substâncias psicoativas”. O evento contou com as participações, entre outros atores, de Rui Tato Marinho, diretor do Programa Nacional para as Hepatites Virais, e dos espanhóis Benjamim Clement, membro da Sociedade Espanhola de Medicina de Urgências e Emergências, e Francisco Pascual, presidente da Socidrogalcohol, tendo sido moderado por Sérgio Oliveira, diretor da Revista Dependências, e comentado por Maria Antónia Duarte, diretora do Serviço de Gastroenterologia do Hospital do Divino Espírito Santo, em Ponta Delgada.

De realçar que, dos 1.211 utentes da Arrisca, apenas 291 estão atualmente rastreados à hepatite C, indicadores que se situam aquém dos que a instituição almejava aquando da apresentação do projeto “HépaerradiCar”, que visa a micro erradicação da infeção. O objetivo inicial consistia em rastrear 60% dos utentes até dezembro de 2022, mas só cerca de 25% o foram até ao momento. Dependências participou no evento e entrevistou Gil Sousa e Suzete Frias, da ARRISCA

Gil Sousa e Suzete Frias, ARRISCA

Com que principais dificuldades e barreiras se defrontam para manterem no ativo uma instituição como a ARRISCA?

Gil Sousa – As dificuldades são muitas. Desde logo, ao nível do financiamento. Como sabemos, existem muitos custos associados ao desempenho de vários profissionais, sobretudo quando falamos de uma equipa já bastante diferenciada, com psiquiatras, clínicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, monitores, trabalhadores de manutenção, auxiliares, etc. e, infelizmente, os financiamentos atualmente existentes não estão adequados a esta realidade nem aos custos que a instituição tem. Por outro lado, a modalidade de financiamento também não é adequada, uma vez que temos acordos anuais, sendo que o mais justo seria a implementação de uma modalidade plurianual, uma vez que a ARRISCA é maioritariamente financiada pelo Governo Regional dos Açores e se temos acordos que são realizados

praticamente a meio do ano, sem termos qualquer tipo de financiamento desde o início do ano, obviamente que é insustentável para a instituição, tendo em conta as obrigações legais que tem. O financiamento é uma parte dessas dificuldades, a outra tem a ver com a natureza da intervenção da instituição e com o estigma, que ainda existe de forma muito vincada sobre a toxicod dependência, que infelizmente ainda não é vista como uma doença do sistema nervoso central, obrigando a um trabalho generalizado junto da população ao nível da promoção da saúde e da literacia em saúde, e também junto das entidades governamentais e dos próprios políticos, que têm que estar mais sensíveis para adotarem outro tipo de atuação e políticas, mais ajustadas a esta realidade e franja da população que precisa de cuidados específicos e direcionados e de respostas rápidas e descentralizadas.

Suzete Frias - Acrescentaria ao que o Gil afirma que a falta de financiamento não vem apenas da falta de dinheiro. Vem da falta de visão, de estratégia e de interiorização sobre o caminho a seguir. Em Portugal, temos um modelo exemplar e que serve como referência para todo o mundo e, tristemente, os nossos políticos ainda não o interiorizaram porque não ouvem os técnicos nem olham para as evidências científicas ou para os resultados que obtivemos a partir da alteração do modelo. Quando isto estiver interiorizado, para além da aceitação da toxicod dependência como uma doença (o que não basta), creio que as dificuldades relacionadas com os recursos financeiros serão menores.

A toxicod dependência é apenas uma das valências que a ARRISCA tem...

Suzete Frias - Sim, intervimos também na doença mental e exclusão social grave, neste caso sem qualquer diagnóstico clínico, mas com um diagnóstico social. São pobres ou excluídos porque são deportados ou foram reclusos... é uma minoria, representando cerca de 2%. Nos programas para a doença mental temos dirigidos a pessoas com doença mental sem problemas de adição e os de Patologia Dual. Intervimos ainda na violência doméstica, com acompanhamento médico e psicológico individual como aplicadores do programa Psicoeducacional.

Hoje, assisti ao funcionamento de duas valências, desenvolvidas em formato de oficinas, uma de olaria e outra de carpintaria... qual é o objetivo?

Gil Sousa - Estas duas valências surgem como uma continuidade ao tratamento. Temos situações de várias pessoas que iniciam tratamento conosco na ARRISCA, mas depois temos que dar o passo seguinte ao nível da integração na comunidade e a integração através do trabalho é fundamental para atingirmos bons resultados. A carpintaria e a cerâmica surgem como resposta a isso mesmo e acabamos por ter aqui áreas diferenciadas. Inicialmente, surgiram indo ao encontro das experiências, aptidões e expectativas por parte dos utentes e pretendemos que a nossa carpintaria seja vista pela comunidade como uma carpintaria qualquer, com todo o propósito social subjacente ao projeto. Atualmente, já conseguimos chegar a um maior número de pessoas, que não ficam com qualquer receio em dirigir-se a este espaço, onde trabalhamos níveis de motivação, o sentimento de pertença, o cumprimento de normas e regras... tudo isto é fundamental para termos um projeto de vida com continuidade e sentido.

Suzete Frias - Se atentarmos à definição de saúde da OMS, constatamos que não se trata apenas da ausência de doença ou de sintomas. É um projeto de vida com sentido, portanto, estas respostas ocupacionais, para além do treino para a empregabilidade e da possibilidade de os devolver à comunidade e de os inserir no mercado de trabalho, são também um espaço de aprendizagem, de mudança de diálogo interno e de autoeficácia. E a capacidade de recuperação: eu consigo ter mão na minha vida e mudar alguma coisa. É uma forma de treinarmos outros papéis nas suas vidas. Ali não são doentes mas antes os profissionais da carpintaria e da cerâmica. Temos outra resposta, a casa de transição, onde também não são doentes mas antes os residentes de um grupo que vive junto. Temos uma equipa de futebol de rua onde não são doentes mas antes os jogadores da equipa. Experimentam vários papéis de forma a construírem a sua identidade, sendo que um dos bloqueios à recuperação é assumirem como identidade um diagnóstico (e isso é comum à toxicodependência ou à doença mental) e o nosso propósito é precisamente dar cor à sua vida e identidade e eliminar o rótulo.

Quantas pessoas têm na instituição a desempenhar este trabalho em prol da população mais vulnerável?

Suzete Frias - São 61, entre médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, monitores, motoristas, temos três unidades móveis a circular diariamente por toda a ilha de São Miguel, monitores de reabilitação, ajudantes de lar e técnicos administrativos.

Referem habitualmente a falta de conhecimento e de reconhecimento por parte dos agentes políticos face ao trabalho destas instituições... acreditam que os decisores políticos veem a instituição como um parente pobre, em vez de um parceiro indispensável à coesão social?

Suzete Frias - Tanto a ARRISCA, como o Novo Dia, a Alternativa ou outros parceiros são efetivamente parentes pobres. Aliás, diria que a saúde mental é sempre um parente pobre e, se vírmos o orçamento nacional, percebemos que lhe é destinado menos de 1%. E dentro da saúde mental ainda há um parente mais afastado, que é esta área da Aditologia. Para agravar este cenário, diria que a ARRISCA padece de um "mal": como também trabalhamos a exclusão social grave, por vezes a ARRISCA é apenas identificada pelo programa de redução de danos, destinado "àqueles que andam na rua a perturbar" e que continuam a consumir. As pessoas identificam-nos como a bica da metadona de redução de danos que os mantém a consumir e esquecem-se que, dos 1211 utentes que servimos, apenas cerca de 200 integram o programa de redução de danos. São a pontinha do iceberg e todos os outros são tratados de forma anónima, pois não andamos a pregar aos ventos sobre quem vem aqui. Certo é que, no nosso dia-a-dia, somos atendidos em repartições, departamentos de saúde, bancos ou restaurantes por pessoas que têm esta patologia, que tem que ser encarada como outra qualquer. E com ajuda podem ter uma vida estável e tão produtiva quanto alguém que não tenha esta perturbação. Portanto, o mal de que a ARRISCA padece resulta de os políticos ainda não conhecerem ou não quererem ver o nosso trabalho e o associarem apenas à redução de danos e de terem uma visão má e distorcida do que é efetivamente a redução de danos, um investimento para minimizar outros danos, que diminuí o número de overdoses, de abscessos por más injeções ou de infeções virais, para além de outras inúmeras vantagens de saúde pública e individual.

Entretanto, implementaram um projeto que visa erradicar a Hepatite C entre esta população...

Suzete Frias - Lá vamos nós novamente ao conceito de saúde da OMS: se estamos a lidar com pessoas, temos de pensar em todos os aspetos e vertentes da sua vida. A grande parte das pessoas que tratamos não tem suporte familiar. Está em exclusão. Nós somos os únicos profissionais, as únicas pessoas das suas redes e temos que adotar uma visão global.

Se estamos aqui para promover a saúde e diminuir os problemas associados aos usos de substâncias, e estando as infeções virais de mãos dadas com os consumos e tendo nós uma visão de tratamento global, também as outras comorbilidades que possam surgir deverão ser tratadas. Estamos a dar o exemplo daquilo que deveria ser norma relativamente à população geral; além de termos comportamentos de não risco e preventivos, as infeções não dependem muitas vezes do nosso comportamento. Mas convém conhecermos o nosso estatuto serológico, sermos diagnosticados e atempadamente tratados. Relativamente ao projeto, temos três objetivos principais: o primeiro consiste em erradicarmos as infeções virais nesta população, até porque atualmente existe cura; depois, o objetivo da capacitação dos profissionais; e finalmente despertar a população para inserir como norma na sua vida fazer de vez em quando o rastreio a estas doenças.

Têm atualmente capacidade para desenvolver esse trabalho de sensibilização?

Suzete Frias - Neste momento temos, para a população vulnerável e alguma da população geral, porque fomos financiados pelo stakeholder AbbVie, com o suporte do laboratório Germano de Sousa e dos Rotários, que também colaboraram connosco.



Projetos da ARRISCA distinguidos como boas práticas a nível nacional

Gil Sousa "Foi um prémio bastante importante e até surpreendente para nós. A Escola de Comércio de Lisboa distinguiu a ARRISCA na área do comércio não alimentar, fruto dos projetos ARRISCA Cerâmica e ARRISCA Carpintaria. Estiveram cá equipas a avaliar estas respostas e esse prémio significa que identificaram aqui boas práticas e trabalho de qualidade realizado ao longo dos anos. E nem sequer fizemos qualquer candidatura. Fomos informados que éramos candidatos, portanto, alguém reconheceu em nós o melhor mérito. E, obviamente, para os utentes e para as pessoas que trabalham nestas respostas, também foi muito gratificante porque veem o seu trabalho valorizado. Claro que não trabalhamos para prémios mas é sempre um reconhecimento do trabalho que têm feito nestas valências e significa que estamos a fazer as coisas bem, um trabalho diferenciador e com grande qualidade. E estes espaços pretendem concorrer com produtos de qualidade mas que têm por trás um valor social, que é a recuperação de pessoas que estiveram no "fundo do poço" e em exclusão social total e que, neste momento, produzem produtos que concorrem com outros pela qualidade".

ARRISCA



A ARRISCA - Associação Regional de Reabilitação e Integração Sociocultural dos Açores tem por missão promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências; promover a saúde mental e prevenir comportamentos de risco na comunidade em geral; promover a reabilitação e a integração pessoal, familiar e cultural em problemáticas de exclusão social em crianças/adolescentes, jovens e adultos através de uma intervenção biopsicossocial articulada e adequada às necessidades do público-alvo, bem como, promover o aperfeiçoamento científico, cultural, técnico, organizativo, ético e humano da prática em reabilitação psicossocial e integração sociocultural.

Promove os valores:

Humanismo - Reconhecer à pessoa em situação de risco social a sua plena dignidade humana, representa a aceitação incondicional de que o outro, mesmo num estado de rutura com valores fundamentais da vida em sociedade, deve ser alvo de um olhar de compreensão e empatia que lhe permita um movimento de mudança.

Cidadania - Promover processo de Inclusão/ Integração da pessoa portadora de dependência ou doença mental;

Proximidade - Contribuir para a implementação dos serviços de reabilitação, prioritariamente e sempre que possível na comunidade;

Cooperação - Trabalhar de forma integrada e potenciar o envolvimento dos parceiros regionais, nacionais e internacionais na definição das estratégias e no compromisso partilhado para alcançar as metas estabelecidas, base do nosso trabalho fundamental para potenciar respostas eficientes e eficazes.



Testemunhos de dois açorianos repatriados



Quando foram expulsos dos EUA, regressaram aos Açores, repatriados... o que sentiram?

Paulo Coelho – Foi muito difícil. Passei muito, estava muito mal. Antes, estava limpo, e quando cheguei fiquei deprimido, não tinha amor, estava longe da minha família. Chorei tanto! E para parar as dores comecei a usar droga. Foram cinco anos, até que fui para a Casa da Lagoa e limpei-me. Depois disso, não uso mais castanha nem branca, a minha vida ficou melhor, passei a ter tempo para trabalhar, para estar com a minha família, tenho uma família nova em minha casa, a minha segunda família.

Quando chegou aos Açores sentiu dificuldades na integração?

José Pacheco – Sim, muitas. Ainda hoje, todos os dias, quando acordo, levo algum tempo até perceber que já não estou na Califórnia, onde passei 20 anos da minha vida. Foi muito dolorosa para mim a separação dos meus filhos, dos meus pais e do meu irmão. Aqui vivemos em grupo numa casa, somos seis homens, temos tarefas e traba-

lhamos em união para que a nossa vida seja o melhor possível.

Hoje, trabalham na ARRISCA... o que fazem?

José Pacheco – Fazemos todo o tipo de trabalho em carpintaria... mesas, cadeiras, móveis. E sou remunerado por isso.

Paulo Coelho – Eu estou numa situação diferente... estou aqui na ARRISCA há apenas dois meses e apenas benefício RSI, 190€ por mês, e depois de pagar renda e produtos de higiene, pouco sobra. A ARRISCA paga-me a medicação. Fico com quase nada, mas tenho tudo o que preciso.

O que acham que o governo devia fazer por vocês?

José Pacheco – Gostava que existissem mais programas de integração que nos permitissem receber um ordenado e poupar dinheiro para "um dia de chuva", e para conseguir dar mais aos meus filhos. De resto, acho que estão a fazer um excelente trabalho ao colocar-nos em projetos como este da ARRISCA, da Carpintaria.



Pedro Fins *Diretor Regional da Prevenção e Combate às Dependências*

É uma honra poder presidir abertura do II Encontro- Erradicação da Hepatite c e abordagem aos comportamentos aditivos e novas substâncias Psicoativas. Este é um encontro que versa sobre o bem mais precioso que temos que é a saúde.

A realização deste encontro além da promoção da saúde junto das populações promove também a literacia em saúde sobretudo nos comportamentos aditivos em particular na toxicod dependência junto desta comunidade. Assim se combate, a vergonha e o estigma associados à doença visando acima de tudo os ganhos que a população possa vir a ter.

Ao abordar o tema da hepatite C bem como as novas substâncias psicoativas os princípios subjacentes devem estar centrados no humanismo no pragmatismo, no cidadão, na intervenção integrada, na proximidade, na qualidade e na inovação.

Se queremos erradicar Hepatite C, teremos que abordar este assunto nas várias perspetivas quer seja ao nível do encaminhamento, do tratamento do acompanhamento das pessoas com hepatite C, quer ao nível da evolução da própria doença e efetividade do tratamento em si.

A implementação dos projetos nesta área, terá como preocupação inicial a referenciação dos utentes para o despiste da doença, no entanto, no decorrer da implementação dos projetos, surge uma segunda preocupação por parte dos profissionais de saúde, tanto ou ainda mais importante do que o próprio despiste em si, passa também pela adesão aos fármacos, a manutenção do tratamento, bem como todo o acompanhamento necessário ao utente.

Este evento, revela-se de extrema importância não só no âmbito da saúde pública, mas também na aquisição de conhecimento do profissional de saúde na sua intervenção diária com o respetivo doente, bem como a partilha e discussão sobre estratégias locais a serem implementadas para a micro eliminação da Hepatite C.

Enquanto Diretor Regional de Prevenção e Combate às Dependências da Secretaria Regional da Saúde e Desporto da Região Autónoma dos Açores, reconheço a elevada importância da temática em si, até porque a Hepatite C é uma doença transversal a qualquer Região. Assim sendo, a definição de estratégias conjuntas, a implementação de projetos e trabalhos já realizados nesta área, permitirá junto das equipas de redução de riscos e minimização de danos a aprendizagem e aquisição de ferramentas para a contribuição da micro eliminação da Hepatite C. Embora na Região Autónoma dos Açores não exista um estudo específico que caracterize o número de utentes diagnosticados com Hepatite C, foi-nos possível aferir junto das Equipas de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências que cerca de 60% da população acompanhada em regime ambulatorio têm hepatite C. A Região Autónoma dos Açores, tem englobado no Serviço Regional de Saúde, através das Unidades de Saúde de Ilha, equipas de intervenção na área dos comportamentos aditivos e dependências. Nas ilhas cujas equipas não estão integradas nas Unidades de Saúde de Ilha, a intervenção na área dos comportamentos aditivos e dependências é realizada por IPSSs em parceria com a DRPCD. As equipas são multidisciplinares e intervêm quer na área do tratamento, quer na área da redução de riscos e minimização de danos.

No que diz respeito ao diagnóstico de Hepatite C nos utentes com comportamentos aditivos e dependências, o diagnóstico é realizado através de análises sanguíneas com deteção do Ac HCV (à entrada do programa, ou de um modo rotineiro para aqueles que mantêm os comportamentos de risco), sendo em caso positivo posteriormente referenciado para a consulta de Hepatologia-Gastroenterologia no Hospital de referência. Na área da Redução de Riscos, o Programa de Troca de Seringa é implementado através das equipas de intervenção nos comportamentos aditivos e dependências, bem como através de algumas instituições parceiras da DRPCD. A distribuição dos Kits do programa troca de seringas permite assim, uma proximidade entre o profissional de saúde e o utente. Importa salientar que, apesar de não existir um plano concertado de âmbito Regional, existem ações pontuais e iniciativas locais dinamizadas por entidades e instituições parceiras em prol da Saúde Pública, pelo que para a DRPCD, as entidades parceiras tornam-se assim fundamentais neste processo.

Julgo que, se definirmos uma estratégia de intervenção concertada e generalizada a todas as Regiões, que ao mesmo tempo comtemple as individualidades de cada território, e se estabelecermos várias ações conjuntas será possível erradicar a hepatite C até 2030. Se centrarmos esforços conjuntos na prevenção, no rastreio, no tratamento e nos cuidados ao utente com certeza conseguiremos contribuir para a erradicação da hepatite C no horizonte proposto. A promoção de encontros com grupos de trabalho é sem dúvida uma forma de fomentar a partilha de informação e adquirir conhecimento, tal como está acontecendo aqui.

A estratégia passa pelo despiste do Ac HCV a todos os utentes em CAD integrados nas equipas de tratamento da RAA, quer nas equipas alocadas às Unidades de Saude de Ilha (USI), quer nas equipas integradas nas IPSS como é o caso na ilha de São Miguel. Numa outra segunda fase o rastreio passaria para a população em geral através de análises clínicas com a colaboração dos MGF alocados às USIs da RAA.

