

dependências



Fernando Barata, Presidente do Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão:

“Existe uma relação estreita, cientificamente comprovada, entre tabaco e cancro do pulmão. Sabemos que 75 a 80 por cento dos cancros que diagnosticamos hoje tiveram como factor potenciador para o seu aparecimento o tabaco”

**Guilherme Macedo:
“A sexualidade e a saúde do fígado”**

**Patologia dual:
Contra o estigma,
integrar...**

O álcool e nós



Os dados sobre o alcoolismo são por demais evidentes para que continuemos a esquecer que esta é a patologia aditiva mais importante da nossa ignorada história. Não sei por que razão esta substância passou sempre ao lado da preocupação dos “senhores do mundo”. Talvez pelo seu carácter cultural e social e a grande aceitação de que sempre gozou, sempre tenha permitido considerar normal e natural o seu consumo.

Bem sei e não vou ignorar que quando falamos de substâncias psicoativas, surge logo a ideia que falamos das drogas ilegais como a heroína e cocaína, passamos ao lado do tabaco e da nicotina, e esquecemos o álcool e o etanol, porque estas últimas nunca foram uma preocupação da sociedade.

Não sei por que nunca se falou da história do álcool, das suas origens e razões, também não sei se isso traria alguma luz para o debate nos dias de hoje, ou qualquer outra, que possa explicar algum silêncio sobre as consequências do consumo nocivo do álcool. O que sei é que hoje estamos perante um conjunto de saberes, de estudos técnicos e científicos que nos mostram uma outra realidade infelizmente muitas vezes deliberadamente ignorada.

Estou a falar de uma substância que, consumida abusivamente, é responsável por uma altíssima percentagem dos acidentes de viação. Podemos mesmo afirmar que é a primeira causa de morte entre os jovens.

Não se pode ignorar que o excessivo consumo de álcool produz acidez no estômago, vômito, diar-

reia, baixa da temperatura corporal, sede, dor de cabeça, desidratação, falta de coordenação, lentidão dos reflexos, vertigens e mesmo visão dupla e perda do equilíbrio. E se as doses ingeridas forem muito elevadas, caso de intoxicação etílica aguda, pode surgir depressão respiratória, coma etílico e eventualmente a morte.

O consumo crónico de álcool produz alterações diversas em diferentes órgãos vitais, como a deterioração e atrofia, anemia, diminuição das defesas imunitárias, alterações cardíacas, hepatite, cirrose, gastrite, úlceras, irritabilidade, insónia, delírios e demência.

O consumo habitual na mulher grávida pode dar lugar à síndrome alcoólica-fetal, caracterizado por malformações no feto, baixo coeficiente intelectual, etc.

O álcool provoca tolerância e um alto grau de dependência, tanto física como psicológica, a instabilidade e o absentismo laboral, o aumento de acidentes, os comportamentos criminosos, alterações da ordem e até o suicídio.

Por estas e por outras, continuo preocupado com os falsos profetas que pretendem ignorar a evidência científica propondo como moeda de troca as velhas crenças do passado, sustentadas com milhares de anos de histórias mal e injustificadamente contadas. Confesso que de tanto ouvir, ver e ler sobre a definição do álcool, tabaco e drogas fiquei com os ouvidos de um cego e com os olhos de um surdo.

Sérgio Oliveira, director

Entrevista com Fernando Barata, Presidente do Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão:

O fumo do tabaco é o principal factor de risco do cancro do pulmão

Fernando Barata, Presidente do Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão, Director do Serviço de Pneumologia B do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Hospital Geral e vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Pneumologia, em entrevista á revista dependências falou sobre os objetivos do grupo de estudos, dos ensaios clínicos e avanços nos últimos anos na oncologia pulmonar, falou da investigação científica e no contributo dos profissionais de saúde na mudança do paradigma do que era e do que é o problema do cancro do pulmão. Fernando Barata transpira confiança, face aos avanços da medicina e tem a convicção de que dentro de alguns anos estaremos em condições de voltar a falar de uma doença que jamais será o que era...

Quais são os factores de risco para o cancro do pulmão?

Fernando Barata (FB) – Claramente, o principal factor de risco, já identificado há várias décadas, é o tabaco. Existe uma relação estreita, cientificamente comprovada, entre tabaco e cancro do pulmão. Sabemos que 75 a 80 por cento dos cancros que diagnosticamos hoje tiveram como factor potenciador para o seu aparecimento o tabaco. Outros factores são muitas vezes apontados, como seja a poluição, alterações ambientais outdoor ou indoor, o fumo passivo em pessoas que convivem com grandes fumadores e determinadas áreas de exposição, como sucede com mineiros relativamente ao radão... Mas, definitivamente, não podemos afastar-nos da relação tabaco cancro do pulmão.

No entanto, também existem muitas pessoas que contraem cancro do pulmão apesar de nunca terem fumado...

Como se explica isso?

FB – É verdade. Falamos de cerca de 20 a 25 por cento de pessoas que nunca fumaram e, apesar disso, diagnosticamos-lhe um cancro do pulmão. Na génese dessa neoplasia estará possivelmente a exposição passiva, apontando-se igualmente factores genéticos, alguma predisposição familiar e os tais factores ambientais.

Em que medida poderia o rastreio ajudar a prevenir o cancro do pulmão?

FB – Sim, o rastreio traduziria um avanço importante. O problema residirá em saber que rastreio. Durante anos, foi-se tentando fazer o rastreio através do raio-X do tórax e da citologia da expectoração. Os resultados, no que concerne aos objectivos dos rastreios, que visam uma diminuição da mortalidade, foram negativos. Então, já no início deste milénio, foi realizado um grande estudo nos EUA em indivíduos fumadores ou não fumadores com mais de 55 anos, submetidos voluntariamente a um esquema de rastreio com TAC de baixa dosagem versus a raio-X. Resultados publicados no New England, em 2010 e 2011, confirmaram que esta TAC de baixa dosagem existe uma diminuição em 20 por cento da mortalidade. Pela primeira vez, estamos perante um método de rastreio capaz de



reduzir a mortalidade por cancro do pulmão. O problema reside no facto de se tratar do estudo, feito em mais de 52 mil indivíduos nos EUA, mais dispendioso de sempre que, muito facilmente se percebe que implica toda uma estrutura de recursos humanos, técnicos e equipamentos, o que levou a que se realizasse uma série de estudos na Europa no sentido de melhor se apurar a periodicidade do rastreio, a população que deve ser seleccionada para rastreio e o que fazer face a um dos achados mais frequentes, os nódulos pulmonares. Muitos de nós, se fizermos TACs, encontramos nódulos pulmonares e, quando verificamos, 90 por cento desses nódulos não são qualquer tumor. É pois necessário apurar o método de rastreio. Nos EUA, algumas seguradoras e empresas privadas já aceitam que, no seguro dos seus clientes, possa constar o rastreio do cancro do pulmão.

O diagnóstico precoce parece pressupor uma intervenção complementar do médico de família... No entanto, algo tem falado a esse nível, uma vez que a maioria das pessoas que contraem cancro do pulmão é diagnosticada já numa fase avançada...

FB – Talvez o principal factor se deva às características do próprio tumor... O cancro do pulmão é, durante grande fase do seu desenvolvimento, silencioso e assintomático e, como tal, não podemos culpabilizar ninguém. Depois, existe a fase em que se torna sintomático, em que surge a tosse a expectoração com sangue, uma falta de ar ou dor torácica. Muitas vezes, esses primeiros sintomas são atribuídos a uma bronquite que a pessoa já tem, ao facto de ser fumador ou a outra causa respiratória e, só depois da não resolução desta situação, é que um raio-X ou uma TAC vem manifestar a existência de uma massa ou de um nódulo, em suma um tumor, e o utente é referenciado para os nossos serviços. Mais de 60 por cento dos tumores que nos chegam estão, efectivamente, numa fase já avançada.

Existem diversos ou apenas um tipo de cancro do pulmão?

FB – Existem diversos tipos de cancro do pulmão. E, cada vez mais, se torna necessário que, da parte de quem faz a avaliação histológica ou microscópica das biopsias, nos digam que tipo de cancro do pulmão temos em cada caso. Durante muito tempo, perdurou a divisão clássica entre cancro do pulmão de pequenas células e não pequenas células, sendo que as pequenas células representariam 15 por cento. Mas nas não pequenas células afigura-se hoje necessário sabermos mais. Tratar-se-á de um adenocarcinoma, de um carcinoma epidermóide, de um adenoescamoso, de um carcinoma de grandes células...? Isto é importante para a decisão sobre a melhor terapêutica porque existem fármacos muito direccionados para determinadas alterações histológicas, enquanto outros não exercem qualquer efeito terapêutico noutras alterações histológicas. Por isso, existem vários tipos de cancro e é necessário que a anatomia patológica nos diga exactamente que tipo de cancro tem aquele doente específico.

Como avalia actualmente a eficácia do tratamento?

FB – Creio que estamos no bom caminho. Nos últimos 10 ou 15 anos, temos observado avanços significativos relacionados com a descoberta dos chamados marcadores biológicos,

O Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão (GECGP) surgiu há 11 anos como resultado da necessidade de juntar esforços na promoção do conhecimento em Oncologia Pulmonar. Junta oncologistas, cirurgiões torácicos, radioterapeutas, pneumologistas, imagiologistas, patologistas e outros.

Tem por objectivo, dinamizar o desenvolvimento de unidades de oncologia com interesse no cancro do pulmão; promover a ligação e a troca de opiniões entre as pessoas com interesse particular no cancro do pulmão; facilitar e incentivar a troca de experiências e fomentar a investigação em oncologia pulmonar, criando estruturas de apoio à investigação básica e à investigação clínica.

São dos grupos mais activos em Portugal..Realizaram cinco ensaios clínicos multidisciplinares e vários estudos observacionais. Editam semestralmente a revista onde partilham publicações originais, estudos e casos clínicos. Abordam questões temáticas como o cancro do pulmão no não fumador, no idoso ou o cancro do pulmão e a mulher. Anualmente realizam duas reuniões plenárias onde apresentam e discutem temas de grande actualidade. Estão presentes nas múltiplas mesas redondas, simpósiums e congressos com temáticas relacionadas com o cancro do pulmão. Atribuem bolsas no domínio do apoio à investigação e da formação no estrangeiro. Colaboram com a Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas quer na elaboração da rede de referência quer mais recentemente nas normas de orientação terapêutica.

para os quais conseguimos encontrar terapêuticas específicas, também conhecidas como terapêuticas alvo. No entanto, embora já conheçamos cerca de 60 por cento dos marcadores biológicos, só para cerca de 20 por cento dos doentes com marcadores biológicos positivos temos uma terapêutica específica. Por isso, tem que haver a conjugação entre o doente apresentar um marcador biológico e termos uma terapêutica para o mesmo. Nesses doentes, estamos a conseguir duplicar e triplicar, mesmo em fases avançadas da doença, a sobrevivência mediana. Em 2000, tínhamos uma sobrevivência de 10 a 12 meses em média e, hoje, conseguimos, em muitos desses doentes, quer com estas terapêuticas alvo, quer com novas terapêuticas direccionadas pela histologia de que falei anteriormente, duplicar para 24 meses e mais a sobrevivência mediana. E todos os dias estão em franca expansão novas moléculas, muito dirigidas a alvos específicos, que também estão a ser cada vez mais identificados. Em relação aos 15 a 20 por cento de doentes que hoje se mantêm vivos cinco anos após o diagnóstico de cancro do pulmão, estou convicto que, dentro de dez anos, se voltarmos a conversar, lhe poderei dizer que esse valor é substancialmente maior.

Quer dizer que, face aos avanços da medicina, a esperança de cura destes doentes aumentou significativamente?

FB – Sim, aumentou na oncologia em geral. Aumentou noutras neoplasias, como o cancro da mama, da próstata, do cólon... verificaram-se avanços extraordinários e estão igualmente a dar-se avanços importantes ao nível do cancro do pulmão. Por isso afirmo que, dentro de dez anos, estaremos possivelmente a falar, não de 15 nem de 20 por cento mas de 30 por cento ou mais de doentes com sobrevivência aos cinco anos.

Existem resultados das campanhas antitabágicas reflectidos na questão do cancro do pulmão?

FB – Sim, existem... Não sendo uma área totalmente conquistada, tem revelado grande desenvolvimento. De facto, as consultas de cessação tabágica, promovidas ao nível do SNS, bem como as acções desenvolvidas por instituições e fundações que se dedicam a esta ligação tabaco cancro, à prevenção do início do consumo ou à cessação têm conduzido nomeadamente a sermos um dos países europeus com menor incidência de fumadores. A estratégia global para tratar o cancro do pulmão passa essencialmente por três medidas: prevenção – evitar que novos fumadores surjam e procurar que aqueles que têm o hábito deixem de fumar; rastreio – que está em desenvolvimento e promete novidades nos próximos anos; e no tratamento – em que existem igualmente avanços. Da conjugação destas três medidas, acredito que conseguiremos ter uma menor incidência de cancro do pulmão e, naqueles indivíduos em que diagnosticamos cancro do pulmão, conseguiremos ter uma terapêutica eficaz e com qualidade de vida associada.

Habitualmente, fala-se do doente que padece de uma doença muito complicada... Em que medida fará igualmente sentido falar-se e abordar-se também a família?

FB – De facto, quando falamos em conferências ou mesmo quando abordamos o doente, focalizamo-nos muito neste e esquecemos muitas vezes toda a componente social e familiar, que se reveste de uma importância extraordinária. E tanto mais é im-

portante na fase aguda como na fase sobrevivente. Cada vez mais é necessário – e temos esse cuidado através de uma equipa que trabalha connosco, composta por psicóloga, assistente social, nutricionista, etc. – olharmos para esta perspectiva global da família e da sociedade. É frequente encontramos doentes que nos chegam com um elevado pessimismo, desânimo, com pouco apoio familiar e social e, apesar de tentarmos que isso se modifique, muitas vezes não o conseguimos, o que acaba por condicionar a própria evolução por muito que façamos tudo o que está ao nosso alcance. Ao passo que encontramos outros que são guerreiros na sua atitude perante o diagnóstico e que beneficiam de uma estrutura familiar e social forte, que conseguimos levar muito mais longe e com uma qualidade de vida muito superior.

Acredita que haverá um dia cura para o cancro do pulmão?

FB – ...Não sei se iremos conseguir a cura de todos os doentes que nos cheguem com cancro do pulmão nos próximos 30 ou 40 anos... Mas acredito que iremos alcançar ganhos muito importantes na sobrevida desses doentes e que iremos conseguir taxas de sobrevida aos cinco anos na ordem dos 50 a 70 por cento dentro de algumas décadas, tal como se está já a conseguir noutras doenças oncológicas. E estou em crer que a imunoterapia, não sei se isolada ou em conjunto com outras terapêuticas, será nos próximos anos uma mais-valia no tratamento do doente com cancro do pulmão.

No último congresso do Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão afirmou que surgem 4 mil novos casos anuais em Portugal... O que está a falhar?

FB – Se calhar, nalguma parte, estará ainda a falhar a nossa luta antitabágica... Verificaram-se avanços mas gostaríamos que o panorama fosse melhor. A realidade é que nos debatemos com este crescente número de cancros diagnosticados por ano. É verdade que também estamos todos a viver muito mais e, como li há pouco tempo, para uma pessoa que comece a viver 85 a 90 anos, a probabilidade de ter um cancro é de um para dois. E a possibilidade de ter um cancro do pulmão também aparece nessa real proporção. Tudo isto associado ainda a um não completo controlo dos factores de risco estará associado a esses números. Apesar de tudo, volto a frisar que estamos perante uma das mais baixas taxas da Europa.

Em 2000, tínhamos uma sobrevivência de 10 a 12 meses em média e, hoje, conseguimos, em muitos desses doentes, quer com estas terapêuticas alvo, quer com novas terapêuticas direccionadas pela histologia de que falei anteriormente, duplicar para 24 meses e mais a sobrevivência mediana.



Cuidados de Saúde e o Poder Local



Nas políticas de saúde da presente legislatura, tivemos a demorada reforma dos cuidados de saúde primários e a centralização de algumas áreas hospitalares. E, agora, no final de mandato, ainda ouvimos os decisores políticos debaterem a devolução de mais competências para as autarquias com a governação local dos cuidados de saúde.

Esta proposta de medida descentralizada surge na linha de outras já tomadas. Não será nova para algumas autarquias, principalmente as do interior, que o digam os autarcas do distrito de Vila Real e de Bragança. Mal estariam os cidadãos doentes desses territórios se as Câmaras não apoiassem determinados serviços, principalmente os de transporte. Além desse apoio, existem já no terreno algumas parcerias entre as autarquias e os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) com Unidades Móveis de Saúde na prestação de cuidados de proximidade ao cidadão.

Mas ao abordar a governação dos cuidados de saúde primários pelas autarquias devemos ter bem presente as diferentes realidades territoriais. O País apesar de pequeno, tem áreas geodemográficas distintas quer de norte para sul, quer do litoral para o interior. Mais, a população concentra-se cada vez mais nas zonas urbanas ou seja, nas cidades capitais dos distritos. O mesmo se pode dizer em relação às regiões autónomas da Madeira e dos Açores.

Perante essas realidades, pedir às autarquias mais governação política na saúde, não deverá ser visto pelos autarcas como mais um problema mas sim como mais um desafio gestonário. Os autarcas são pela proximidade aos seus cidadãos e pela acessibilidade destes aos mesmos, os decisores políticos melhor informados sobre os problemas, as necessidades e os recursos existentes. Os autarcas perante as responsabilidades que assumem com os seus munícipes devem, no exercício político das suas funções, encontrar permanentemente soluções locais em todas as áreas de governação. Assim, a saúde nos munícipes acaba por ser uma área crucial, que dada a importância que representa nas comunidades, a sua governação deve ser cada vez mais local, principalmente ao nível dos cuidados de saúde primários. Realço, apenas, que como aconteceu nas escolas, as autarquias não se devem intrometer nas questões técnicas e deontológicas das profissões reguladas.

As realidades locais como referi são muito diferentes consoante a territorialidade. As autarquias dos meios urbanos detêm na área da saúde soluções de acessibilidade e de respostas que as dos meios semiurbanos e rurais, pelas suas características geográficas e demográficas acabam por ter com muitas limitações. Por exemplo no interior, em termos de cuidados primários, as respostas são asseguradas pelas diversas unidades funcionais dos ACeS, mas apenas em horário diurno. As respostas noturnas, em fins-de-semana e feriados são asseguradas com deslocações para áreas de saúde de referência, consoante as áreas geográficas. Na maioria das situações esses destinos ficam a distâncias consideráveis que necessitam de transporte, por vezes inexistente e com custos elevados. Existem regiões que pela sua interioridade, só dispõem de transportes em tempo escolar. Fora desse período, o munícipe fica apenas com o apoio da rede de comunicações. Em casos urgentes procuram a linha 112, que responde com os atrasos inerentes às condições temporais e geográficas.

O poder central ao decidir transferir as suas competências de gestão na área de saúde dos cuidados primários para as autarquias, deve ter bem presente as diferenças para que nas participações financeiras, essas desigualdades sejam compensadas, sob pena de agravarem os problemas e as necessidades já existentes.

A sexualidade e a saúde do fígado



Porquê sexualidade e saúde do fígado?

Guilherme Macedo (GM) – Porque quer uma quer outra se entroncam completamente nos comportamentos dos homens e das mulheres e, quando pretendemos falar da qualidade da saúde do fígado, estamos sobretudo a falar da medida em que os nossos comportamentos do quotidiano interferem na função do fígado. Há vários vícios comportamentais, desde situações simples como a nutrição, a prevenção da transmissão de doenças por via sexual... Existem vários aspectos que podem condicionar a saúde do fígado. Falámos nisso durante o dia, bem como nos efeitos de alguns medicamentos que se tomam em relação à sexualidade, bem como em relação a outras coisas que afectam negativamente quer a sexualidade, quer o próprio fígado e, portanto, a sexualidade é um pretexto para falar da qualidade da saúde do fígado. Obviamente, um pretexto não inocente porque temos a completa noção de que, para se obter uma sexualidade responsável e sadia, é fundamental ter um fígado sadio. Portanto, há uma reciprocidade

imensa entre aquilo que podemos esperar de um fígado são para uma sexualidade sã.

No caso de doença hepática... sexualidade como factor de risco ou oportunidade?

GM – A sexualidade tem que ser integrada num todo do indivíduo que tem uma patologia hepática. A sexualidade nunca é vista como um inimigo, sendo nesse aspecto uma oportunidade; quando esta oportunidade cria mecanismos de agressão ao fígado, então, obviamente, será pejorativa. É fundamental para nós, que lidamos diariamente com os doentes do fígado, termos a percepção de que a dimensão sexual, que afecta os nossos doentes, o seu agregado e as suas famílias, seja uma preocupação presente no nosso espírito. Pelo contrário, as pessoas que abordam e tratam as patologias relacionadas com a sexualidade, como os psicólogos e os psiquiatras, devem ter presente que o fígado é um órgão que está subjacente a isto. O principal órgão sexual é o cérebro mas a verdade é que talvez o principal órgão que condiciona uma boa sexualidade será o fígado.

Daí que a abordagem tenha que ser necessariamente multidisciplinar e até transdisciplinar, como aqui se comprova através da presença de profissionais de várias especialidades...

GM – Sim, mais transdisciplinar... Por isso, tivemos a preocupação de trazer a este simpósio os diferentes protagonistas que, não falando linguagem diferente, falam pelo menos uma linguagem com símbolos para os quais os outros ainda não estão totalmente identificados. Portanto, a oportunidade de unir essa linguagem parece-me um belíssimo contributo para melhorar a qualidade de vida dos nossos doentes.

Embora saibamos que a gastroenterologia e a hepatologia não se resumem à patologia com maior mediatismo nos últimos tempos, a Hepatite C, o que significa para si, en-



quanto profissional, esta nova luz traduzida pelos recentes tratamentos disponibilizados em Portugal?

GM – Confesso que não temos tempo para parar no sucesso a que isto correspondeu... Não podemos perder um minuto a olhar para o esforço que foi feito, para os anos de combate, para tudo o que se tentou promover junto da tutela e da indústria para que se conseguisse chegar a esta negociação. Isso já é passado! O nosso grande objectivo é agora estarmos no terreno e conseguirmos cumprir com designios altamente ambiciosos, nomeadamente o de tentar erradicar esta doença. Muito mais importante do que a glorificação face ao que conseguimos é o trabalho tremendo que temos pela frente, com milhares de doentes para identificar e tratar.

Mas que país e sistema de saúde é este em que os próprios médicos têm que fazer lobby para disporem de feramentas, já existentes e com eficácia comprovada, para tratarem os seus utentes e evitarem mortes?

GM – Sinceramente, acho que faz parte da consciência cívica e ética do médico ser protagonista neste aspecto. O que nos chocava era o facto de, enquanto protagonistas, estarmos excluídos deste processo. Essa desconfiança, que existia superiormente, foi vencida e convencida e colocou-nos no sítio devido, que corresponde a sermos os principais advogados dos nossos doentes. Estamos em posição privilegiada para podermos atendê-los, sabemos do que necessitam e ir de encontro às suas expectativas.

No entanto, parece que os portugueses ainda não são todos iguais... Hoje, falou-se aqui no contexto prisional, em que, ao que parece, o tratamento ainda não é disponibilizado...

GM – Sim, é evidente que ainda existem assimetrias... O que sabemos é que estamos a desbravar todos os caminhos para as assimetrias serem ultrapassadas. Mas conseguiremos, seguramente, resolver esses problemas.

Mas como é possível entender que exista tratamento, por exemplo, para o VIH em cidadãos reclusos e o mesmo não se verifica para portadores de VHC?

GM – Na nossa opinião, por múltiplas razões, os portadores do vírus da Hepatite C foram sempre muito mais estigmatizados. Penso que esta maior comodidade psicológica e segurança que temos com os novos medicamentos, embora caros, também contribuirá para inflectir essa posição. Estaremos todos muito mais à

vontade para diagnosticar e, sobretudo, para iniciar os tratamentos.

Em que medida traduzirão estes 13 mil portadores de VHC a realidade do nosso país?

GM – Curiosamente, quando estes números vieram a público houve muitos médicos que consideraram tratar-se de um número excessivo de doentes com necessidade de tratamento imediato... A minha opinião pessoal e aquilo que os peritos vão percebendo é que, de facto, esse número traduz uma sub-estimativa. A nossa expectativa é que, se formos às pessoas e aos grupos etários certos, encontraremos bem mais doentes para tratar. O que não constituirá problema porque também haverá mais oportunidade para que, em termos negociais, seja possível obter os medicamentos a uma oneração mais baixa, de forma a que consigamos tratar toda a gente.

Será necessário rastrear e diagnosticar toda a população ou bastará incidir sobre os grupos considerados de risco?

GM – O ideal seria identificar todas as pessoas. Não interessa, porque é excessivamente caro, fazer o rastreio a toda a população, mas convém percebermos que existem grupos que tiveram oportunidades de contacto com o vírus da Hepatite C. É evidente que existem os grupos convencionais, como os ex-toxicodependentes ou toxicodependentes activos, pessoas que fizeram transfusões, pessoas que fizeram tratamentos médicos na altura em que não havia utensílios descartáveis, o que já significa muita população, mas sobretudo aquele grupo etário de pessoas com mais de 45 anos, porque tiveram muitas oportunidades epidemiológicas para contactarem com o vírus. Não será extremamente difícil atingir essas pessoas.

Como avalia o estado da arte desta especialidade em Portugal?

GM – Se há área em que a medicina portuguesa está mais desenvolvida em termos assistenciais, investigacionais e tecnológicos é esta. Está muito a par daquilo que se faz melhor no mundo e temos a segurança e até a humildade de podermos dizê-lo tranquilamente porque não representa uma tentativa de nos colarmos aos principais centros no mundo. Em rigor, a nossa medicina em termos de gastroenterologia e hepatologia está de facto ao nível das melhores do mundo, como tem sido repetidamente reconhecido internacionalmente.



II Congresso Ibero Brasileiro de Patologia Dual e Comportamentos Aditivos:

Patologia dual e comportamentos aditivos: contra o estigma, integrar...

A Associação Portuguesa de Patologia Dual (APPD) e a Unidade de Patologia Dual de Coimbra, em colaboração com a Sociedade Espanhola de Patologia Dual (SEPD) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), organizaram, entre os dias 5 e 7 de Março, o II Congresso Ibero Brasileiro de Patologia Dual e Comportamentos Aditivos. O evento, que decorreu em Coimbra sob o lema "Patologia dual: integrar as adições na saúde mental", incluiu também a realização do V Congresso Nacional de Patologia Dual e Comportamentos Aditivos. Dependências marcou presença no evento e entrevistou alguns dos profissionais presentes

Célia Franco, presidente da APPD



Que balanço faz deste encontro que congregou saberes de distintas proveniências, como Portugal, Espanha, Itália, Brasil e África?

CF – Penso que é um congresso muito bom porque, do ponto de vista científico, está ao mais alto nível tendo sido muito gratificante. As pessoas trouxeram comunicações e experiências muito boas e que se complementam.

Levantaram-se e discutiram-se muitas questões ao longo do programa, entre as quais o que é isso da droga...

CF – Não há droga! Como disse Luís Patrício, existem substâncias. Estas substâncias numas pessoas têm uns efeitos noutras têm outros. que, numas pessoas farão pior do que noutras, há Os organismos e corpos são diferentes, que reagem de formas diferentes, há pessoas que desenvolvem doença e temos que tratar as doenças e os doentes.

O que distingue em suma comorbilidade psiquiátrica e patologia dual?

CF – A patologia dual integra tudo, ou seja, no fundo acreditamos que os consumos, a esquizofrenia ou a doença bipolar são provavelmente manifestações clínicas de uma entidade que é co-

mun e subjacente a que chegaremos daqui a alguns anos. Por isso não é uma comorbilidade como ter uma doença de fígado e um consumo de substâncias que não têm entre si nenhuma relação subjacente mas é muito mais do que isso. Provavelmente, estamos a falar sobre os mesmos mecanismos neurobiológicos ou da mesma doença com manifestações diferentes.

Seguindo esse raciocínio de que não existem drogas, não deveriam existir doentes discriminados...

CF – Não deviam existir mas existem doentes discriminados! Existem doentes que, porque por acaso fazem consumos de substâncias, às vezes nem sequer têm os mesmos direitos dos outros doentes mentais. Um exemplo é o caso dos jovens com primeiro episódio psicótico que consomem substâncias e acabam por não ser orientados para consultas de psiquiatria por serem diagnosticadas como psicoses induzidas por substâncias.

Pelo que é possível constatar a partir deste encontro, a patologia dual está para ficar e durar...

CF – A patologia dual irá terminar quando terminarem as categorias em psiquiatria... quando as doenças psiquiátricas começam a ser vistas como um continuum e dimensional e, aí, poderemos eventualmente falar na doença do sistema opióide, do sistema dopamínico... Enquanto houver categorias, terá que existir uma que inclua esta entidade.

Sendo uma entidade que intervém maioritariamente junto dos doentes e das famílias, por que não integra no seu seio estes públicos?

CF – Já integrou... No ano passado, começámos a aceitar como sócios familiares ou doentes e este ano incentivámos a criação da Associação Nacional de Doentes Adictos e Duais, que já está formalizada e tem um peso e importância muito grande no sentido de, por um lado, diminuir o estigma e, por outro, proporcionar que as pessoas façam as suas exigências em termos de atenção e cuidados. Considero que terão que ser duas associações formalmente separadas, porque nós somos profissionais, temos responsabilidades deontológicas e devemos dissociar ciência com exigências de cidadania. Preocupamo-nos com a vertente científica, eles têm que se preocupar com a cidadania.

Durante estes três dias de congresso destacaria algum tema em particular?

CF – Todos os temas são fascinantes. Em Coimbra, estamos muito interessados nos primeiros surtos psicóticos e há um tema que tem vindo a adquirir um relevo importante, a perturbação de hiperactividade e défice de atenção do adulto. O que verificamos na clínica é que, cerca de 10 por cento dos doentes, se tivessem sido tratados atempadamente quando eram crianças, provavelmente não teriam chegado à situação de doença que têm hoje.



Como vê a patologia dual em Portugal?

Nestor Szerman – Muito bem! A Dra. Célia Franco está a encetar um trabalho fantástico para desenvolver este novo conceito de patologia dual, que consiste na integração das patologias mentais num único conceito. Até há pouco tempo, essas patologias estavam dissociadas. Podemos dissociar o fígado do rim mas não podemos dissociar o cérebro, um órgão único que apresenta distintas expressões sintomáticas. Relativamente ao que a Dra. Célia Franco disse, gostaria de acrescentar que temos sistemas neurobiológicos no cérebro, como o sistema opióide, canabinóide ou o nicotínico, que não existem para que nos droguemos ou para que fumemos tabaco... Existem porque têm a ver com a nossa sobrevivência enquanto indivíduos e espécie. Se estes sistemas fracassam e são disfuncionais dão lugar a distintas manifestações psicopatológicas, o que designamos como patologia dual. Trata-se de um conceito que está a tornar-se cada vez mais conhecido em Portugal graças ao trabalho da Associação Portuguesa de Patologia Dual, que entretanto se expandiu e começa a marcar a sua influência também no Brasil. Portugal acaba de conquistar uma importante presença científica no Brasil, país em que este conceito não se encontrava desenvolvido. E foi a partir de Portugal que tal se verificou.

Afinal, que papel é este, o do profissional de saúde, que não se esgota no tratar, mas ainda tem que fazer lobby para acabar com o estigma em torno de uma doença e do doente?

Antônio Geraldo da Silva (AS) – Na verdade, esse papel faz parte da função médica, que é cuidar, e cuidar é igual a tratar. Para fazer um tratamento, é extremamente importante que tenhamos a adesão do paciente. Quando este tem um estigma relacionado à doença, isso atrapalha muito. Tomando como exemplo a depressão: de 100 doentes que iniciam o tratamento, apenas 80 sobram após 30 dias; em 60 dias, menos de 40% continuam. Uma das maiores causas das falhas na adesão é, precisamente, o preconceito. O preconceito de levar uma receita, que é diferente das outras, para comprar o medicamento; o preconceito de a pessoa se achar diferente e de ter de realizar uma ação nova todos os dias, que é tomar medicamentos; o preconceito relacionado ao fato de as outras pessoas acharem que você é louco ou está louco porque vai ao psiquiatra; o preconceito que existe sobre os próprios medicamentos, que as pessoas acreditam que irão modificar as suas mentes. Na verdade, mudam as mentes, mas para o normal, para o bom. A própria indústria Hollywoodiana faz propaganda ruim das doenças mentais. Eles não tomam como exemplos pessoas com problemas que se trataram e ficaram bem, e

“Dados de fases finais de três estudos que foram divulgados no Congresso Europeu de Psiquiatria demonstram que pacientes tratados com o nalmefeno, conseguiram diminuir o consumo total de álcool em cerca de 66% em média, após seis meses”



“Um estudo que envolveu cerca de 2 mil pacientes com dependência alcoólica indica que o nalmefeno foi «superior» ao placebo na redução no número de dias de consumo excessivo e no consumo mensal de álcool após seis meses”.

sim pessoas que tomaram medicamentos e ficaram com defeitos ou distúrbios. Tudo isto contribui para que os pacientes tenham ou não continuem o tratamento, o que é muito ruim. Então, o médico, ao fazer esse trabalho, está apenas desempenhando o seu papel de orientação à sociedade para obter um melhor retorno nos tratamentos. Cerca de 20 a 25% da população tem, teve ou terá um quadro depressivo ao longo da vida. Se a pessoa teve este quadro e não tratou, terá 50% de chances de reincidir, 70% para um terceiro episódio e 90% para um quarto. Quanto mais precocemente tratar, melhor. Quanto maior for a adesão, menor a probabilidade de surgir um segundo.

Isto faz-nos pensar numa obrigação dos governos e da própria sociedade civil...

AS – Exatamente. Os governos economizariam milhões se fizessem campanhas sobre isto. Quem pode realizar campanhas nacionais, capazes de atingir todo o país? Só o governo. Falamos em consequências gravíssimas, imensuráveis e irreparáveis, como o absentismo, a ausência de produtividade, os gastos em saúde, as perdas familiares e sociais. Precisamos urgentemente de campanhas públicas e todos nós temos que nos comprometer, divulgando informações sobre as doenças e as possibilidades de tratamento, oferecendo uma qualidade de vida muito melhor aos nossos pacientes.

Que percentagem de sucesso poderemos projectar para casos relacionados com problemas de saúde mental diagnosticados precocemente e com uma adesão satisfatória ao tratamento por parte do paciente?

AS – Reunindo esses dois fatores, o percentual de sucesso é muito alto. Diante da atual realidade no tratamento em psiquiatria, é possível que a pessoa volte à sua rotina. Tenho vários pacientes médicos, engenheiros ou políticos que estão trabalhando e levam uma vida normal. Claro que eles têm de seguir determinadas ações, que resultam num bom tratamento.

O que, presumo, não se resumirá a farmacoterapia...

AS – Não. Trata-se de um conjunto de ações. Na verdade, tratamos o ser humano e não a doença, o que faz uma grande diferença. Temos de ensinar ao paciente estratégias que o protejam da doença, para que ele não se restrinja à medicação. E existe um conjunto de estratégias a que chamamos gestão do tratamento, que não se trata de um tratamento psiquiátrico apenas, mas antes de uma gestão em saúde mental, em que devemos ensinar à pessoa hábitos saudáveis como a atividade física diária e outros que,

além de beneficiarem o tratamento, aumentam a sua qualidade de vida e previnem recaídas. Em alguns quadros, obtêm-se melhores respostas quando o paciente está inserido na sociedade, trabalhando, produzindo, namorando. Não podemos restringi-lo a uma redoma como a sua casa.

Quer dizer que os tradicionais hospitais psiquiátricos são uma realidade ultrapassada?

AS – O hospital psiquiátrico especializado é extremamente importante, como uma unidade especializada em cardiologia, ortopedia ou outra qualquer. É muito melhor levar a sua mulher para ter um filho em uma maternidade do que em um hospital geral, que atende a todas as solicitações. Quando falamos no psiquiátrico especializado, não nos referimos a asilos ou depósitos de gente. Essa foi outra época, vivida nos séculos XVII e XVIII. Hoje, o momento é outro. Preciso de um hospital onde eu possa internar a minha mãe ou a minha filha, que eu amo. E não é internar para prender ou para tirar de casa, mas sim para oferecer um bom tratamento. E isso nós temos.

Num país como o Brasil, com alta incidência de consumo de álcool mas também uma preocupante dependência de crack, os desafios para a saúde mental devem ser enormes...

AS – Nós temos a maior incidência de consumo de álcool: entre 18 e 20 milhões de pessoas abusam da substância, o que é muito grave. Em relação ao crack, temos cerca de três milhões de usuários, o que representa uma gravíssima epidemia. Mas como isso aconteceu? Falta de campanhas públicas. Não se trabalharam orientações adequadas para evitar que o problema chegasse às atuais proporções. Estamos diante de um problema de saúde pública e o governo não sabe o que fazer porque, em vez de trabalhar com tecnicismo, trabalha com ideologia, desenvolvendo ações sem qualquer fundamento científico, que não foram testadas nem aproveitadas em outros países. Claro que, deste modo, não alcançamos eficácia. Vejamos o exemplo da Prefeitura de São Paulo, que ofereceu emprego aos consumidores de crack: a ação resultou numa bolsa-crack e a pedra, que custava R\$ 1, passou para R\$ 15. Resultou na manutenção do tráfico e não ajudou os pacientes. Ajudar o paciente é fazer um programa de tratamento que é tão importante quanto um transplante hepático. E o governo brasileiro não está preparado para trabalhar com alta complexidade em psiquiatria, até porque não possui técnicos adequadamente formados para isso. Os técnicos são formados ideologicamente, e não do ponto de vista científico.

Como avalia a infraestruturação do Brasil para responder aos problemas de saúde mental?

AS – Há cerca de 20 anos, foram criados os chamados CAPS, Centros de Atenção Psicossocial. Não temos sequer dois mil em todo o Brasil, e estamos fazendo mais do mesmo. Na maioria dos CAPS não temos a valência psiquiátrica, nem sequer médicos o tempo inteiro. Mas como é que o governo do Brasil diz que o seu sistema de saúde é bom e, no entanto, contrata planos de saúde e parceiros privados? É o mesmo que convidar as pessoas a não utilizarem o serviço público. É um cinismo sem tamanho!

A Associação Brasileira de Psiquiatria é auscultada pelos decisores políticos quando da tomada de decisões na área da saúde mental?

AS – Não. Temos as chamadas Diretrizes para as Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil, feitas em 2006 pelos maiores cientistas brasileiros na área das políticas públicas da saúde e revistas em setembro do ano passado. Nós oferecemos gratuitamente essa assessoria para o governo Federal e Estadual, mas não fomos chamados.

Ainda no ano passado, havia uma discussão alargada sobre o tratamento compulsivo de pacientes com problemas de saúde mental e dependentes de drogas... Como está essa situação?

AS – Temos uma lei sobre a internação voluntária, involuntária e compulsiva. O ponto comum entre estes três tipos é a obrigatoriedade de indicação médica. A diferença entre a involuntária e a compulsiva reside no fato de, na primeira, a decisão ser fundamentada pelo médico com concordância da família, o que é comunicado à Promotoria Pública. Na compulsiva, existe uma indicação médica. Nem o paciente nem a familiar a quer, mas o juiz assim determina. Quando, em São Paulo, foi inaugurada uma estrutura como o Cratod, o Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas, o que menos aconteceu foi internamento compulsivo. O Centro ficou lotado de pacientes e familiares unicamente porque eles descobriram que existia um lugar que oferecia tratamento, ou seja, vários pacientes que não tinham a necessidade de tratamento compulsivo procuravam o local apenas porque queriam se tratar. É um artifício que temos na lei, mas que nem nós, médicos, nem um juiz, gosta de usar. Mas, quando é necessário, temos de usar. Em determinadas circunstâncias, a pessoa coloca a si própria, o seu patrimônio ou outros em risco.

Fala-se neste encontro em patologia dual e em consumos associados a problemas de saúde mental, mas existe um problema associado ao tratamento destes quadros: nunca se sabe se é o consumo que despoleta a patologia mental ou o contrário... Em que medida resultarão daqui indefinições para a abordagem?

AS – Não podemos usar o nunca. Existem casos claros em que a pessoa está normal, usa drogas e, a partir daí, desenvolve um quadro psiquiátrico. Mas também sabemos que várias doenças mentais levam ao uso de drogas para serem sanadas. É o caso de uma fobia social em que a pessoa tem medo, por exemplo, de falar em público e recorre ao consumo de álcool para enfrentar a situação. Não tarda muito, a pessoa torna-se alcoólica, necessitando do consumo para realizar o seu trabalho. Neste caso, fica claro o que aconteceu primeiro. O mesmo se dá com as psicoses por uso de drogas. O diagnóstico é, obviamente, importante, porque define o futuro. Mas existem outros suportes como, por exemplo, a história familiar.

Como vê a hipótese de utilização da cannabis em tratamentos de determinados problemas de saúde mental, uma questão muito em voga não só na Europa como também na América do Sul?

AS – Trata-se unicamente de uma questão comercial, é puro capitalismo. Ninguém está projetando nada além de uma oportunidade de negócio. Repare que gastamos milhões de dólares no Brasil na luta antitabagismo, com o intuito de combater doenças não psiquiátricas, como o cancro do pulmão. Sabemos que o tabagismo atrapalha o tratamento psiquiátrico, porque aumenta o metabolismo hepático de alguns medicamentos. Reduzimos de 48 para 12 o percentual tabagista da população brasileira. Que sentido fará agora liberalizar a cannabis? Mais ainda em um momento em que foi proibida a venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos.

E onde entrarão as liberdades individuais? Não poderei eu escolher o que pretendo consumir?

AS – Você pode fazer escolhas livres desde que não atinja a liberdade do outro. Desde que isso não represente ônus para o Estado. Desde que não cometa o absurdo de entender que pode e deve usar cannabis, entrar em psicose e ocupar a cama hospitalar de tratamento de outras pessoas que nunca usaram e estão à espera para serem tratadas. O mesmo se aplica ao tabagismo. Claro que as liberdades individuais devem existir, mas devem ser acompanhadas de uma informação muito clara quanto às implicações. De um lado, temos os interesses de quem vende determinados produtos: grandes indústrias, como as que vendiam cigarros a 48% dos brasileiros e que, atualmente, vendem a apenas para 12%. O que farão agora? Quem mais terá interesse em entrar com um produto como a cannabis no mercado? Repare que, em alguns locais dos EUA onde essas substâncias são vendidas, as pessoas que as usam não são aceitas porque revelam uma diminuição da capacidade de trabalho, do raciocínio e da produção. Os restaurantes que vendem álcool contratam alcoólicos? É capitalismo puro. Além dos males físicos, estamos falando de uma substância que causa doenças mentais graves e irreversíveis.

“Quase sete por cento das mortes são devidas ao álcool e 200 causas de doenças relacionadas com o álcool revelam bem a importância desta temática”



Tânia Silva Médica Interna de Psiquiatria



Apresentou um estudo que retratava casos clínicos de alguns doentes com predominância de alcoolismo associado a doença depressiva...

Tânia Silva (TS) – Eram todos doentes alcoólicos e tinham vários diagnósticos. Não só de doença depressiva, que constituía o diagnóstico principal, mas também perturbação da personalidade e perturbação de ansiedade, uma reação de ajustamento. Eram diversos diagnósticos...

Com recurso ao Selincro, atingiu um elevado valor de abstinência... Em que medida poderemos falar numa terapêutica revolucionária para o alcoolismo?

TS – As evidências permitem-nos concluir efetivamente resultados muito bons. Não só na abstinência – porque não podemos pensar exclusivamente na abstinência total – mas também na redução do consumo. E noutra vertente que devemos sempre ponderar, que é o ponto de vista funcional do doente. Este é um doente apático, amotivado, triste, que não vai ter exatamente o mesmo funcionamento que tinha anteriormente na família e no trabalho e que, com onalmeveno¹, parece que nesses aspectos melhorámos. Paralelamente, a progressão que observámos ao longo do tempo não foi negativa em nenhum doente. Apontou sempre para a manutenção ou redução dos consumos anteriores.

Que fatores devemos ter em consideração quando comparamos consumos continuados com consumos em contexto recreativo?

TS – O consumo continuado pressupõe, provavelmente, um volume muito maior e uma gestão muito mais difícil para a pessoa na sua vida. Já pressupõe que tenha hábitos e rotinas relacionadas com o consumo alcoólico, o que não acontece tanto num consumo episódico. Mas este último também se reveste de especial importância por ser elevadíssimo, com mais de 60 gr de álcool consumidas...

Este continua a ser um doente estigmatizado?

TS – Sem dúvida! Um doente que se saiba que tenha patologia aditiva vai inspirar muito menos confiança... Mas pode realmente ser tratado e posteriormente viver como qualquer pessoa.

Referiu um aspecto que parece revelar uma recente espécie de “alteração genética” do médico, a questão do preço... Começa a verificar-se que o médico se vê forçado a incorporar a questão económica no seu ADN...

TS – Nos dias de hoje, é muito difícil promovermos a adesão terapêutica quando o fármaco é caro. Na verdade, fazendo uma avaliação global, não é caro dado o altíssimo impacto que o álcool tem na saúde e na nossa vida. Mas temos que ponderar esse aspeto: se o doente vai comprar o fármaco ao final do mês... O problema é que não existe comparticipação...

Em que medida resultará a relação qualidade preço deste fármaco para o erário público e para a saúde pública?

TS – Sem dúvida que os benefícios são evidentes. Estamos perante uma doença do sistema opióide crónica, com um impacto socioeconómico muito importante. Quase sete por cento das mortes são devidas ao álcool e 200 causas de doenças relacionadas com o álcool revelam bem a importância desta temática. Realmente, este tratamento devia ser participado numa margem muito larga, até porque estamos a considerar pessoas que têm uma vida desestruturada e com recursos financeiros muito mais baixos do que a média. Sem dúvida que o país só beneficiaria em participar este medicamento! Somos o 11º maior consumidor de álcool do mundo! Com um acesso mais generalizado e facilitado a este tipo de tratamento, o estado evitaria não só consultas de gastroenterologia e hepatologia como internamentos muito prolongados e outras intervenções como aqueles que se verificam em casos de insuficiência hepática.

Em termos de saúde, o que deverá ser eleito como preocupação fundamental: o consumo per si ou o abuso de álcool?

TS – O que está em causa é realmente o consumo abusivo, algo muito difícil de definir num país em que a cultura impele muito as pessoas a consumirem. Desmembrarmos o consumo de álcool num país como Portugal é realmente muito difícil e, mesmo para o consumidor, o que se pretende atualmente é uma redução do consumo. A abstinência é extremamente difícil.

O que poderão fazer os seus colegas médicos de família no sentido de diagnosticar e promover a adesão do doente alcoólico à terapêutica?

TS – Eles são a primeira linha. O colega médico de família consegue intervir numa primeira fase e, quando se verificam determinados quadros como por exemplo uma perturbação psiquiátrica, o que resulta num diagnóstico de patologia dual, deverá referenciar para nós.

“Este tratamento devia ser participado numa margem muito larga, até porque estamos a considerar pessoas que têm uma vida desestruturada e com recursos financeiros muito mais baixos do que a média. Sem dúvida que o país só beneficiaria em participar este medicamento”

“Novas drogas” reportadas pelo Sistema de Alerta Rápido da UE

No ano passado, foram detectadas, em média, na União Europeia, duas novas substâncias psicoativas (NSP ou “novas drogas”) por semana, segundo informações recentemente divulgadas pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCDDA). No total, o Sistema de Alerta Rápido da UE recebeu 101 notificações de novas substâncias em 2014 (81 em 2013), mantendo-se, assim, a tendência para o aumento do número de substâncias notificadas num único ano. A agência monitoriza agora mais de 450 substâncias, mais de metade das quais identificadas apenas nos últimos três anos.

A data de publicação do relatório coincide com a abertura da 58.ª sessão da Comissão de Estupefacientes (CND) das Nações Unidas, na cidade de Viena, em que o EMCDDA participa juntamente com a delegação da UE. O relatório baseia-se numa análise das informações relativas aos 28 Estados-Membros da UE, Turquia e Noruega recolhidas pelo Sistema de Alerta Rápido.

Em 2014, a lista de substâncias notificadas revela novamente dois grupos predominantes, as catinonas sintéticas (31 substâncias) e os canabinóides sintéticos (30 substâncias), vendidos respectivamente como substitutos legais das drogas estimulantes e da cannabis. Actualmente, estes são os dois maiores grupos monitorizados pelo Sistema de Alerta Rápido e, em conjunto, representam quase dois terços das novas drogas notificadas em 2014.

Os dados mais recentes relativos às apreensões sugerem um crescimento do mercado das novas substâncias psicoativas, demonstrando que, entre 2008 e 2013, o número de apreensões aumentou sete vezes a nível europeu. Em 2013, foram notificadas na Europa quase 47 000 apreensões, correspondentes a mais de 3,1 toneladas destas substâncias, figurando os canabinóides sintéticos em primeiro lugar (21 000 apreensões; 1,6 toneladas) e as catinonas sintéticas em segundo (11 000 apreensões; 1,1 toneladas). Muitas das novas substâncias psicoativas são produzidas a granel por empresas químicas estabelecidas fora da Europa e depois transportadas por via aérea para a Europa, onde são processadas, embaladas e vendidas aos consumidores.

Além de monitorizar as novas drogas que entram no mercado, o Sistema de Alerta Rápido identifica os indícios de riscos graves e acciona as respostas necessárias. Em 2014, a presença de riscos graves, que exigiam medidas urgentes, levou à emissão de 16 alertas de saúde pública e o Comité Científico alargado do Observatório realizou seis avaliações de risco.

Entre as preocupações de saúde pública destacadas no relatório figuram os novos opiáceos sintéticos - muitas vezes de grande potência e vendidos como heroína a consumidores desprevenidos -, que apresentam elevados riscos de overdose. Três dos cin-

“Muitas das novas substâncias psicoativas são produzidas a granel por empresas químicas estabelecidas fora da Europa e depois transportadas por via aérea para a Europa, onde são processadas, embaladas e vendidas aos consumidores”

co opiáceos notificados em 2014 eram fentanils, uma família de drogas que já causou centenas de mortes na Europa e nos EUA.

O Director do Observatório, Wolfgang Götz, alerta que “as novas substâncias psicoativas podem passar rapidamente da obscuridade a uma notoriedade dramática e causar enormes danos. Os dados hoje apresentados indicam que o crescimento do mercado destas substâncias continuará a colocar sérios desafios à saúde pública e à política na área da droga, nos próximos anos. Esses desafios decorrem da rapidez com que as substâncias surgem, da facilidade com que são vendidas e da falta de informação sobre os efeitos e danos que causam. A existência de sistemas sólidos de alerta rápido a nível nacional e regional será fundamental para que os danos sejam detectados precocemente e as respostas necessárias de saúde pública accionadas sem demora».



Socidrogalcohol apuesta fuerte por la prevención

* Mireia Pascual

El pasado 12, 13 y 14 de marzo Logroño (La Rioja) fue sede, por primera vez en la historia de Socidrogalcohol, de las XLII Jornadas Nacionales de esta sociedad científica. Un año más, profesionales de todo el territorio español y algún invitado internacional, se reunían para ponerse al día en cuanto a los últimos conocimientos e investigaciones del campo de las adicciones. En esta ocasión cerca de 600 profesionales asistieron al Rioja Forum para seguir actualizados en su trabajo diario.

Este año se ha querido apostar fuerte por la prevención y por el factor multidisciplinar de la enfermedad adictiva. El doctor Francisco Pascual, vicepresidente de la sociedad científica, indicó que "las adicciones no son exclusivamente un problema médico". Y que las connotaciones sociales y psicológicas en los pacientes adictos representan una parte importante, tanto en el origen como en las consecuencias de la enfermedad. Esto es lo que principalmente caracteriza a Socidrogalcohol y la diferencia de otras sociedades científicas, el hecho de ser multidisciplinar en cuanto a sus miembros. En los eventos que organiza asisten desde médicos y psiquiatras a psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales, así como otras profesiones que de un modo u otro pueden estar comprometidas con el trabajo que se desempeña desde la sociedad.

Un elemento nuevo con respecto a otras ediciones, fue el espacio destinado a tratar el tema de los medios de comunicación y las adicciones. Durante la tarde del jueves dos mesas trataron este tema. Empezaron con un repaso histórico al tratamiento que la prensa daba de este problema, que en un inicio era considerado vicio. Se habló del auge del consumo en la revolución industrial y de cómo algunos médicos de reconocido prestigio como Freixa, Bogani o Pérez Martorell, fueron pioneros a la hora de defender la adicción como una enfermedad. Los profesionales de las adicciones que participaron en la mesa titulada '¿Qué esperan los medios de los profesionales de las adicciones y viceversa?' remarcaron que la prensa suele destacar lo anecdótico y suele remarcar las cifras cuando detrás de ellas existen personas. El doctor Pascual aseguró no entender por qué los famosos afectados por las adicciones son noticiables y en cambio los alcohólicos que vemos todos los días no.

Josep Guardia, psiquiatra del Hospital Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, defendió el papel de los medios de comunicación como "fundamental para reducir o incrementar la epidemia de las adicciones". Habló de la importante interacción comunicativa entre los medios y los profesionales y remarcó que sería conveniente que los periodistas en temas de salud tuvieran una mayor especialización en adicciones. Guardia aseguró que a lo largo de los años se han producido avances pero que aún no son suficientes y puso como ejemplo las imágenes que acompañan a las informaciones sobre adicciones en televisión: "Las imágenes a veces dicen todo lo contrario al mensaje que estamos transmitiendo". Y añadió: "La información no es neutra y hay que consultar a los expertos antes de publicar para poder transmitir una correcta información de salud entre la población".

Por su parte, Javier Alonso, decano del Colegio de Periodistas de La Rioja, en defensa de la profesión periodística, habló de los 12.000 puestos de trabajo perdidos en España, lo que ha supuesto menos recursos personales para informar a la población. Y aseguró que aunque esto no es una justificación para la merma de la calidad de las informaciones, sí que influye, porque hay más trabajo a repartir entre menos periodistas. Sin embargo, ambas partes coincidieron en que el periodismo tiene una función social próxima a la que tienen los profesionales de las adicciones.

Josep Dalmau, responsable de prensa del gabinete de comunicación de Socidrogalcohol, mostró estadísticas en las que se demostraba de forma clara que el uso de fuentes expertas en las informaciones ha ido incrementando en la última década, reduciendo así o complementando a las fuentes de carácter judicial o policial.

Por su parte Alipio Gutiérrez, presidente de la Asociación Nacional de Informadores de la Salud y Mireia Pascual, editora de la revista online InDependientes, hablaron de la perspectiva más digital del periodismo actual. Gutiérrez trajo imponentes datos como que un 93'5% de la población española usa internet todas las semanas y que España es el país de Europa que más smartphones utiliza. "La mayor credibilidad se le da hoy a internet", aseguró, "y esto es peligroso porque en internet existe mucha infoxicación", es decir, informaciones poco o nada contrastadas que pueden ser un verdadero peligro para la salud. La periodista Pascual habló de cómo separar las buenas y malas informaciones sobre adicciones en la red y destacó la importancia de las redes sociales para llegar a la población o como vía de comunicación entre los propios profesionales.





La preocupación de Socidrogalcohol por mejorar la comunicación con los medios y contribuir a la mejora de las informaciones, ha hecho que de este encuentro surja un borrador de Documento de Consenso, que pretende servir de guía en un futuro para tratar de forma rigurosa las informaciones sobre salud relacionadas con esta temática.

AVANCES EN INVESTIGACIÓN

Iván Montoya, del National Institute of Drug Abuse, NIDA, asistió como viene siendo habitual para dar a conocer los avances en investigación que se está produciendo en EEUU. El NIDA financia el 85% de la investigación a nivel mundial en materia de drogas. Montoya explicó que la visión del Instituto es que el consumo de drogas no es un problema local sino mundial por lo que el NIDA en uno de los mayores generadores de conocimiento del mundo y publica una media anual de 5000 artículos.

La vacuna contra el tabaco parece estar dando sus frutos por fin. Después de que la prueba no surtirá los efectos esperados y no pudiera salir en 2012, ahora tras algunas modificaciones, está siendo probada por fin en sujetos voluntarios. La vacuna contra el tabaco se trata de una variación de la vacuna contra la gripe, de modo que se engaña al cuerpo para la generación de anticuerpos, que en este caso trabajarán contra la nicotina.

Montoya explicó que una de las prioridades del NIDA es avanzar en las investigaciones acerca del cannabis. “Queremos que ocurra como con el tabaco, que al final la evidencia científica, hizo que la población actuará en consecuencia”. Está claro que algunos de los componentes del cannabis tienen aplicaciones terapéuticas, pero algunos han utilizado esto como justificación para el consumo. Queremos saber qué componentes son exactamente los que producen esos efectos terapéuticos, para aislarlos y de este modo saber cuál sirve para tratar qué enfermedad en concreto, “de este modo no hará falta que se fumen los 400 componentes del cannabis”.



Hace un año ya se mencionó en este mismo espacio la epidemia de heroína que sufre EEUU. Montoya explicó que la causa fue la incorrecta dispensación de analgésicos opiáceos por parte de los médicos estadounidenses. Lo que produjo una epidemia de sobredosis y el Gobierno para intentar frenarlo, empezó a controlar la prescripción. De este modo, muchos de los adictos dejaron de tener el acceso al medicamento opiáceo y recurrieron a la heroína para saciar la necesidad. Montoya explicó que los profesionales del NIDA, entre otros muchos, están preocupados por el posible ascenso de los casos de VIH.

30 AÑOS DEL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Justamente ese fue el origen del Plan Nacional sobre Drogas en España, un importante problema con la heroína y un elevado número de casos de SIDA. En su nacimiento el PNSD solo veía la adicción como un problema psico social, la vertiente biológica no era tenida en cuenta, aunque con el tiempo vieron la importancia del mismo y se incluyó. Francisco Rábago, Concejero Técnico de la Delegación dijo que mantener el Plan durante 30 años no ha sido tarea fácil y que la ley de bienes decomisados ha ayudado mucho a su permanencia y mejora continua porque los recursos recogidos se destinan a la reinserción y asistencia. Rábago hizo un repaso a los logros del Plan entre los que mencionó las dos estrategias nacionales, la implicación de España en asuntos de drogas en Europa aportando información excepcional al Observatorio de Drogas Europeo y las encuestas que se realizan, entre otras muchas cosas. El concejero también hizo autocrítica y destacó la necesidad de incidir en programas preventivos, incidir en conseguir una mejor información acerca de la efectividad de programas de tratamientos, así como la necesidad de unificación de registros para elaborar las memorias anuales o la necesidad de transformar el Plan Nacional sobre Drogas en un Plan Nacional sobre Drogas y adicciones.

