

dependências



**RUI TATO MARINHO É O
NOVO DIRECTOR DO PROGRAMA
NACIONAL PARA AS HEPATITES VIRAIS**

“UMA SUBSTÂNCIA ILEGAL, PELO MAL QUE FAZ, NÃO O DEIXA DE FAZER POR SER LEGALIZADA”



Enquanto no nosso debate parlamentar vamos discutindo a regulação da canábis deixamos para segundo plano, ou pior, esquecemos que mais de 800 milhões de pessoas no mundo passam fome e que, no ano passado, 2, 37 bilhões de pessoas não tiveram acesso a alimentos adequados, porque não têm dinheiro para comer de uma forma saudável.

Refiro-me ao mundo, porque foi o mundo citado no debate parlamentar, durante a apresentação de dois projetos de regulação da canábis, uma prioridade para alguns deputados, que relegaram a fome para segundo plano e o “consumo recreativo de cannabis” uma prioridade para o futuro do nosso país.

Segundo os seus autores, o “mercado proibicionista é muito lucrativo e explorado pelo crime organizado” ... é verdade, concordo, mas não é por ser proibido, mas porque é lucrativo, e por isso é que as máfias chinesas entraram e desenvolveram em Espanha este negócio nos últimos seis anos, o que já levou à prisão de alguns suspeitos durante a conhecida “Operação Mastim”. Também é verdade que alguns Estados, nos Estados Unidos da América já legalizaram a canábis, mas é igualmente verdade que, depois de legalizada a cannabis para uso recreativo, nasceu e cresceu uma nova variedade de milionários que encontraram neste excelente negócio uma forma de duplicar ou triplicar anualmente os seus lucros que, no ano de 2015, gerou mais de mil milhões de dólares, como é o caso dos milionários Tripp Keber, dono da Dixie Brand, e Hunter Garth, dono da Iron Protection Group, os novos “Barões da Erva”.

Em 2013, o Uruguai foi o primeiro país do mundo a legalizar a produção, a distribuição e o uso da canábis para fins não médicos. Mas é igualmente verdade que, desde que o consumo foi legalizado no Uruguai, o consumo anual de canábis aumentou de 9% para 15% em três anos; que o consumo em crianças aumentou de 14% para 21%; o consumo nas mulheres duplicou de 6% para 12%; nos jovens dos 19 aos 24 anos, o consumo aumentou de 23% para 36%; e nas pessoas entre os 25 a 34 anos, o consumo aumentou de 15% para 25%. Creio que não era isto que os defensores da legalização esperavam como espero que não seja isto que se espere com a legalização porque, como sabem os autores dos projetos, apenas um em cada três consumidores no Uruguai conseguiu obter canábis no mercado regulado. O resto foi e continua a ser obtido através das redes de tráfico.

Finalmente, o que se pretende com a “legalização da canábis para consumo pessoal não-medicinal, com a regulação dos aspetos da produção e do cultivo, da comercialização, da aquisição, detenção e consumo da planta ou derivados”? Um retrocesso civilizacional, porque não assenta em bases científicas, porque é discriminatório, porque ignora que todos os anos são hospitalizados quase 600 consumidores de canábis com surtos psicóticos graves ou de esquizofrenia, que as hospitalizações de consumidores de canábis aumentaram quase 30 vezes nos últimos 15 anos, porque afeta e altera a percepção, diminui a coordenação, a memória e o desenvolvimento do cérebro.

Senhores deputados, a casa da democracia é o lugar para o debate das ideias, da diferença de opiniões e o lugar para o debate claro aberto e franco do caminho para o melhor para as pessoas e para o país.

Mas não podemos enganar-nos sobre um tema que pode ser devastador para a saúde pública. Os seus proponentes sabem que nenhum consumidor é criminalizado por consumir qualquer substância em Portugal. Como sabem que a Estratégia Nacional de Luta contra a Droga descriminalizou o consumo de todas as drogas, que foram criadas respostas para o seu combate, que assenta nas mais avançadas abordagens de saúde pública. O “Modelo Português” de intervenção é reconhecido internacionalmente pela centralidade no cidadão, pelo pragmatismo, formação, avaliação e humanismo e pela convicta intervenção na promoção e defesa dos mais elementares direitos humanos... Senhores deputados, reconheço-vos o direito que a Constituição da República vos consagra, mas espero que reconheçam o meu direito de opinião, para vos aconselhar a ler um pouco mais sobre o assunto, ouvir os especialistas, e os profissionais de saúde, porque uma substância ilegal, pelo mal que faz, não o deixa de fazer por ser legalizada. Termino com a mesma preocupação com que iniciei este artigo: Apesar de tanta evidência, por que não debater e discutir a fome, a miséria a habitação, a saúde, a educação e o desemprego que afeta tanta gente no nosso país? Talvez porque o combate à fome e às desigualdades sociais, não gerar tanta receita como os impostos resultantes da legalização de uma substância psicoativa...ou não faça parte das prioridades, por uma questão de oportunidade ou oportunismo político.

Sérgio Oliveira, director

CONTINUAM A SURGIR NOVAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NOCIVAS E POTENTES

Em 2019, foram detetadas mais de 400 novas substâncias psicoativas no mercado europeu de droga. Continuaram a surgir novos canabinoides e opiáceos sintéticos, que constituem ameaças sanitárias e sociais. Os relatos de canábis adulterada com novos canabinoides sintéticos, como o MDMB-4en-PINACA, que é vendida a consumidores incautos, destacam os novos e potencialmente crescentes riscos de consumo inadvertido destas potentes substâncias. Observa-se uma disponibilidade crescente de novas formas de apresentação de canabinoides sintéticos no mercado de droga, incluindo líquidos de enchimento para cigarros eletrônicos e papéis impregnados.

DADOS MAIS RECENTES

- No final de 2020, o EMCDDA monitorizava cerca de 830 novas substâncias psicoativas, das quais 46 foram comunicadas pela primeira vez na Europa em 2020.
- Desde 2015, são detetadas todos os anos na Europa cerca de 400 novas substâncias psicoativas anteriormente comunicadas.
- Em 2019, os Estados-Membros da UE contabilizaram 22 070 das 34 800 apreensões de novas substâncias psicoativas comunicadas na União Europeia, Turquia e Noruega.
- Em 2019, os Estados-Membros da UE comunicaram apreensões totalizando 2,0 toneladas de novas substâncias psicoativas, principalmente pós, ou 2,7 toneladas, contando com a Turquia e a Noruega.
- Os canabinoides sintéticos e as catinonas representaram quase 60% do número de apreensões comunicadas em 2019 pelos Estados-Membros da UE, e as arilciclohexilaminas (na sua maioria, cetamina) mais 10%.
- Desde 2008, foram detetados na Europa 209 novos canabinoides sintéticos, incluindo 11 que foram comunicados pela primeira vez em 2020. Em 2019, os Estados-Membros da UE contabilizaram cerca de 6500 das 18 700 apreensões comunicadas na União Europeia, Noruega e Turquia, e 200 dos 900 kg apreendidos.
- Os 67 novos opiáceos sintéticos detetados entre 2009 e 2020 incluem 10 comunicados pela primeira vez em 2020. Em 2019, foram comunicadas cerca de 430 apreensões de novos opiáceos, totalizando 17 kg de material. Os Estados-Membros da UE contabilizaram 1240 das 1334 apreensões de novas benzodiazepinas comunicadas em 2019.
- Com base nos dados dos países que realizaram um inquérito entre 2015 e 2018, a prevalência do consumo de novas substâncias psicoativas entre adultos (15-64 anos) no ano passado variou entre 0,1 e 1,4%, com uma média de 0,6% nos 15 países com dados referentes a este grupo etário. Entre os jovens adultos (15-34 anos), a prevalência no ano passado variou entre 0,2 e 3,2%, com uma média de 1,1% nos 12 países com dados disponíveis.
- Vinte e dois Estados-Membros da UE, representando 61,6% da população da UE com idades compreendidas entre os 15 e os 16 anos, participaram nos inquéritos escolares ESPAD de 2015 e 2019. Nestes países, a prevalência no ano anterior do consumo de novas substâncias psicoativas nos jovens entre os 15 e os 16 anos em 2015 variou entre 0,8 e 8,3%, com uma média ponderada de 3,8%. Em 2019, a prevalência no ano anterior variou entre 0,6 e 4,9%, com uma média ponderada de 2,4%.
- Três avaliações de risco do EMCDDA realizadas em 2020 incidiram sobre dois canabinoides sintéticos, o MDMB-4en-PINACA e o 4F-MDMB-BICA (associado a 21 mortes na Hungria em 2020) e um potente opiáceo sintético não fentanilo, o isotonitazeno.

NOVAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Novas substâncias psicoativas

46

comunicadas pela primeira vez em 2020



830

sob monitorização

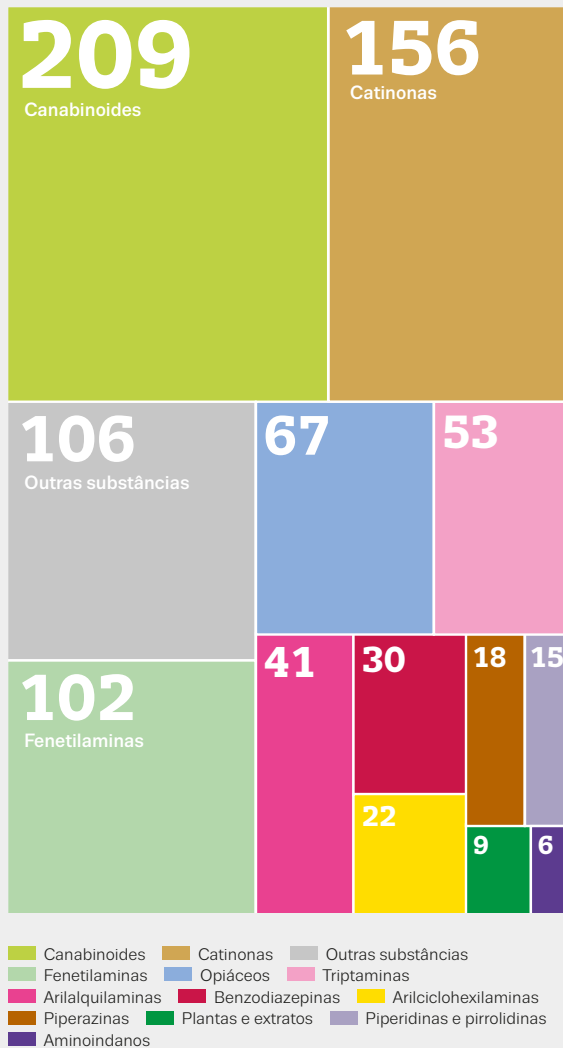


400

no mercado todos os anos

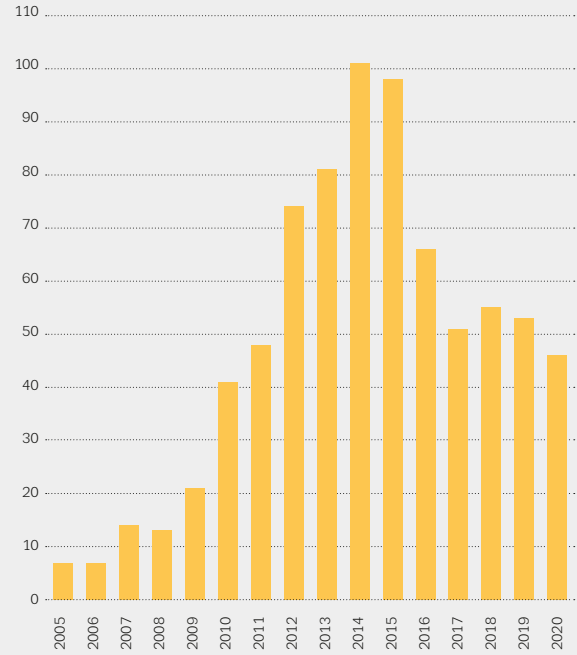


Número de substâncias monitorizadas pelo sistema de alerta rápido da UE

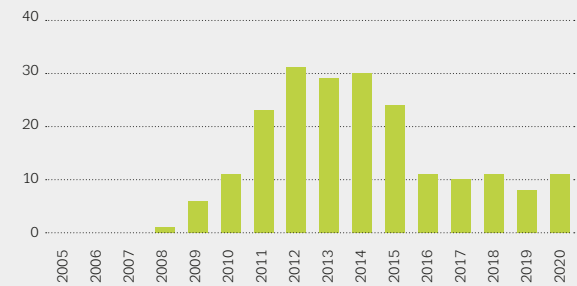


Novas substâncias psicoativas notificadas pela primeira vez: categorias selecionadas

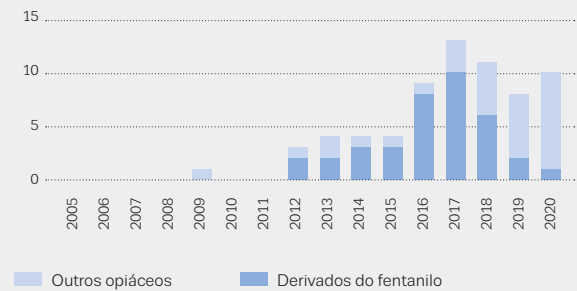
Todas as substâncias



Canabinoides



Opiáceos



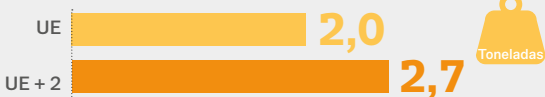
continuou na página seguinte →

Apreensões

Número



Quantidade

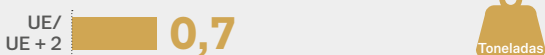


UE + 2 refere-se aos Estados-Membros da UE, Turquia e Noruega. Todas as formas físicas medidas em unidades de peso — inclui material à base de plantas, pós, resinas e outros.

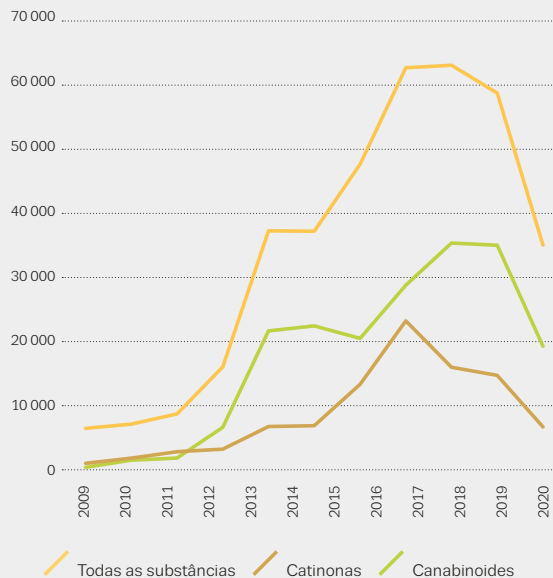
Canabinoides



Catinonas



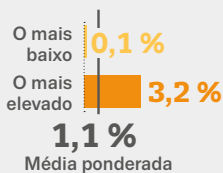
Tendências no número de apreensões comunicadas ao sistema de alerta rápido da UE, 2009-19



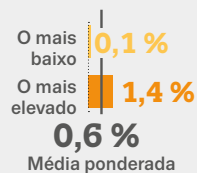
Estimativas nacionais relativas ao consumo de novas substâncias psicoativas no ano anterior

Entre todos os adultos (15-64 anos) na UE

Jovens adultos (15-34)

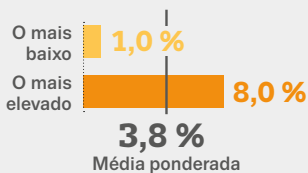


Adultos (15-64)

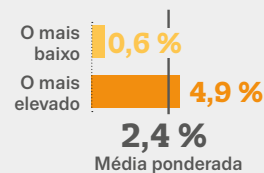


Entre as crianças em idade escolar (15-16 anos) em 22 países da UE

ESPAD 2015



ESPAD 2019



Avaliações de risco

Novas substâncias psicoativas	Tipo	Surgiu pela primeira vez na Europa	Danos
MDMB-4en-PINACA	Canabinoide sintético	2017	Intoxicação fatal 9 mortes comunicadas pela Hungria (8) e pela Suécia (1)
4F-MDMB-BICA	Canabinoide sintético	2020	Intoxicação fatal 21 mortes, ocorridas entre maio e agosto de 2020, comunicadas pela Hungria
Isotonitazeno	Opiáceo não fentanilo (benzimidazol)	2019	Depressão respiratória aguda fatal 1 morte comunicada pela Alemanha 22 mortes comunicadas por países terceiros desde agosto de 2019

SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO E DA SAÚDE ASSINALA DIA MUNDIAL DAS HEPATITES



António Lacerda Sales destacou hoje a importância de “respostas de proximidade” para chegar a “franjas vulneráveis da sociedade” e permitir o tratamento em ambulatório, sem necessidade de recorrer aos hospitalares.

Para assinalar o Dia Mundial das Hepatites, o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde visitou o Gabinete de Ativistas em Tratamentos (GAT) na Mouraria, em Lisboa, onde funciona uma consulta descentralizada de tratamento da hepatite C.

Esta é uma consulta que funciona desde setembro de 2020, no GAT IN-Mouraria, no âmbito de um protocolo de colaboração entre o GAT e o Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central – Hospital dos Capuchos.

O governante foi acompanhado na visita pelo Diretor-Geral do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), João Goulão, e pelo novo diretor do Programa Nacional para as Hepatites Virais da Direção-Geral da Saúde, Rui Tato Marinho.

Em declarações à imprensa, Tato Marinho adiantou ter entre as suas prioridades tornar o

país mais igual no acesso aos tratamentos e destacou também a necessidade de recuperar a atividade assistencial afetada pela pandemia de covid-19, mas salientou que o Hospital de Santa Maria, o que mais pessoas trata nesta área, já está em 2021 com um número de doentes em tratamento quase igual ao total de 2020, ano em que foram tratados 90 doentes.

O Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT) alerta para a necessidade de quebrar as barreiras existentes no que toca ao tratamento da hepatite C e da dispensa de medicação, assim como para a importância do rastreio populacional e da descentralização de cuidados de saúde, lançando um apelo às entidades governamentais. A associação saúda, “com expectativa muito positiva”, a escolha do Prof. Doutor Rui Tato Marinho para diretor do Programa Nacional para as Hepatites Virais, agradecendo ainda a visita do secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Dr. António Sales, de João Goulão Diretor do DicaD, e do novo responsável ao GAT IN-Mouraria, onde atua a consulta descentralizada do vírus da hepatite C (VHC).



A Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado (APEF) alerta para a diminuição de 62,5 por cento no número de tratamentos realizados para a hepatite C, no ano de 2020, em Portugal.

Para José Presa, presidente da APEF, “a pandemia COVID-19 teve um impacto significativo ao nível do diagnóstico atempado da hepatite C, mas também do seu tratamento, registando-se uma quebra de 4488 tratamentos pedidos em 2019 para 1682 tratamentos no ano de 2020.”

E frisa: “O não tratamento da hepatite B e C implicará a evolução para cirrose hepática, e nalguns casos, o desenvolvimento de carcinoma hepatocelular. A cada 30 segundos morre uma pessoa com uma doença relacionada com as hepatites. Desta forma, o diagnóstico precoce e o consequente tratamento é vital. Mesmo em plena pandemia COVID-19, não podemos esperar para atuar contra as hepatites virais”.

A hepatite é uma doença evitável, tratável e, no caso da hepatite C, curável. As hepatites virais B e C afetam 325 milhões de pessoas em todo o mundo, causando 1,4 milhões de mortes por ano.

Em Portugal existem cerca de 45 000 doentes com hepatite C não diagnosticados. Frequentemente, os doentes infetados pelo vírus da Hepatite C não têm sintomas. O diagnóstico da hepatite C faz-se, primeiro, tendo em conta a suspeita de a pessoa poder estar infetada (ter feito transfusões de sangue antes de 1992; ter usado ou partilhado seringas ou outros materiais no passado). Os tratamentos são simples, rápidos e sem custos para o doente.

ENTREVISTA COM RUI TATO MARINHO:

RUI TATO MARINHO É O NOVO DIRECTOR DO PROGRAMA NACIONAL PARA AS HEPATITES VIRAIS



Como recebeu o convite e por que aceitou este novo desafio de dirigir o programa nacional para as hepatites virais?

Rui Tato Marinho (RTM) – Desde logo, é uma honra ser convidado por alguém que gere os destinos da saúde do país. Desde 1986 que trabalho na área das hepatites virais. Tenho investido muito da minha vida no acompanhamento de todas as inovações, com uma grande ligação à sociedade, aos demais parceiros sociais, colocando o doente no centro do sistema. Portanto, acaba por ser um reconhecimento de vida e encaro-o como um prémio.

Já pensou como irá procurar fazer a diferença, através da assunção deste cargo, no diagnóstico, acesso e tratamento das hepatites em Portugal?

RTM – Em primeiro lugar, tenho o máximo respeito por todas as pessoas que têm estado no

terreno, que podem ter visões diferentes. Tudo tem o seu tempo, por vezes um pouco mais demorado do que entendemos. Pode-se colocar algo da minha experiência em benefício do SNS, não desmerecendo os serviços privados, que me proporcionou ao longo da vida ganhos de experiência, estar perto da inovação tecnológica, com ligação à sociedade e aos vários parceiros sociais.

Ainda por cima, caiu-nos em cima esta pandemia Covid... Qualquer pessoa que assuma um cargo, será necessariamente diferente da anterior e, eu próprio, se tivesse sido convidado há um ano atrás, faria certamente diferente do que farei a partir de agora. Tudo está em constante mutação. Mas sim, tenho algumas ideias que resultam da minha experiência e do prazer que tem sido trabalhar com toda a gente, incluindo obviamente jornalistas, como é o vosso caso.

Presumo que será concebida uma nova estratégia...

RTM – Sim, tenho algumas ideias a propor ao terreno, mas resulta tudo muito fundamentalmente do network a nível nacional e internacional, que talvez seja das coisas mais importantes. Ou seja, congregar esforços. Isto acaba por ser semelhante à realidade de uma equipa de futebol: cada um desempenha o seu papel e eu poderei ser o treinador, mas há muita gente no terreno, em várias áreas, desde os hospitais, a medicina geral e familiar, o mundo das adições, as prisões, os sem-abrigo, os políticos, as boas práticas como acontece na Madeira, os jornalistas, os psicólogos, os técnicos sociais... há muita gente no terreno que tem feito um excelente trabalho e, no fundo, é tentar ligar essas pontas para salvar vidas, nomeadamente através da vacinação, como sucede com a hepatite B, que é extremamente eficaz.

Presumo que, no seu caso, não seja necessário ir para o terreno dialogar com as pessoas, pelo menos num primeiro momento, até porque já as conhece perfeitamente. De qualquer modo, todas essas organizações da sociedade civil, do SNS, os políticos, os media e os utentes irão ter voz ativa quanto à definição de programas e ações a implementar?

RTM – Claro que sim. Uma das ideias mestre que coloquei nas linhas de ação consiste em ouvir, ouvir, ouvir. É das coisas mais relevantes em gestão. De qualquer maneira, acho que é também importante ir ao terreno, até porque, como afirmei, as coisas estão permanentemente em mutação e eu próprio já comecei a fazê-lo, tomando como exemplo as salas de consumo vigiadas, que não conhecia e outras entidades que estão a inovar e adaptar nestes tempos de constante mudança, como são os de Covid.

Tem sido um misto de gabinete, de terreno, de ouvir as pessoas, ver o que é possível e tentar inovar. Em suma, falaria em três linhas mestras: ouvir, ouvir, ouvir, reforçar o network para o bem comum, que consiste em salvar vidas e colocar este programa das hepatites virais em estreita ligação com os outros programas prioritários. O país tem 12 programas prioritários na saúde e as hepatites virais podem fazer a ponte com metade deles, desde a saúde mental, o exercício físico, a alimentação saudável, as doenças oncológicas... e o objetivo seria que as pessoas entendessem que as hepatites virais não se resumem à C, D, B, E ou A, mas estão também muito ligadas à saúde mental, ao consumo de drogas ou álcool e a outros fatores que contribuem para agravar a Hepatite C e a B, que são as mais importantes, pois são as que se tornam crónicas.

Numa altura em que o tratamento da Hepatite C é altamente eficaz, em que os médicos, mesmo do contexto hospitalar, já não parecem ter reservas em ir ao terreno, em que já temos teleconsulta em unidades móveis de equipas de rua, pergunto-lhe se também é um objetivo desburocratizar o acesso ao tratamento...

RTM – Facilitar o acesso, sim, assim como tornar as coisas mais céleres. Talvez fizesse algum sentido aprendermos alguma coisa com a logística militar para não perdermos esta guerra com a Hepatite C e a Hepatite B e tentar reduzi-las à mínima expressão possível nos próximos 10 anos. Do ponto de vista logístico, faz sentido neste momento, no “pós-guerra Covid”, facilitar o acesso daqueles que ainda precisam. E sentimos que ainda há bastante gente a precisar. Estima-se que cerca de 40 mil pessoas não sabem que estão infetadas com Hepatite C e uma morte por Hepatite C ou B, que poderia ter sido evitada, é uma derrota pessoal, familiar e social.

Pelo que vamos constatando no seio dos profissionais que trabalham nesta área, a sua nomeação será certamente celebrada e considerada uma vitória para o país... sente isso como um peso de responsabilidade acrescida? No futuro, irão certamente cobrar-lhe...

RTM – Isso eu sei e parece-me óbvio. Faz parte da vida a pessoa ir subindo a escada e, quando sobe uma escada, fica no patamar inferior de uma que há a seguir. A vida é feita de desafios, ao longo da vida tenho aceite alguns de liderança, que têm sido muito difíceis. Agora tenho de provar, eu tenho noção disso.

Talvez os seus colegas e a população mais atenta a esta área comecem a ter alguma esperança de que Portugal consiga atingir a meta definida pela OMS para 2030, de eliminar a Hepatite C...

RTM – vamos trabalhar para isso... tenho recebido mensagens de felicidade e alegria, mas agora tenho de mostrar que estou à altura de assumir o cargo. Acredito que sim e todos iremos tentar fazer o melhor, com humildade.

Mas acredita que será possível atingirmos essa meta?

RTM – Sim. Conheço a marcação deste tipo de metas pela OMS há muitos anos, nomeadamente a da vacinação da Hepatite B.

A OMS fala sempre em objetivos às vezes que parecem ser difíceis de atingir. Depois existem 200 países no mundo e não é possível fazer tudo com os padrões europeus e os da OCDE, que são os melhores ao nível dos estados sociais e de saúde do mundo. Mas creio que se marcarmos algumas marcas que nos parecem

inatingíveis ou muito difíceis, como é esta, de eliminar a Hepatite C como um grande problema de saúde pública em todo o mundo até 2030, acredito que seja possível, senão os 100%, pelo menos 80 ou 90%. Alguma coisa positiva será certamente possível fazer.

Há pouco referiu-se a esta nomeação como um prémio pessoal... será também um prémio para a Gastreterologia?

RTM – Eu visto a camisola da Gastreterologia, sou especialista do aparelho digestivo... acho que sim. Tenho um orgulho muito grande em ser especialista do aparelho digestivo e gosto fundamentalmente de ser médico. É uma felicidade, talvez um pouco mágico. Temos feito um caminho, eu e colegas noutros pontos do país, no sentido de trabalharmos em equipa. Recordo que há cerca de 20 anos nos reunimos e decidimos fazer algo pelo país, nomeadamente pelo fígado. Esta bagagem que fui adquirindo como gastreterologista e como membro de sociedades científicas tem resultado de um trabalho de network, que nos tem permitido fazer coisas novas e comunica-las também à população. Tenho uma carreira de 20 anos nas sociedades científicas e Ordem dos Médicos, desde presidente da direção, secretário, vice-presidente, editor de revista e do site, presidente da comissão jurídica, etc. Esta é uma bagagem social muito grande, que me permite assumir este cargo com confiança, otimismo e capacidade de delinear uma estratégia. Isto além de ser Diretor do maior serviço de Gastreterologia do país, liderando neste momento uma equipa de 120 pessoas. Creio que sou o equivalente ao CEO de uma média empresa, com desafios muito grandes.

É médico, presidente da Sociedade Portuguesa de Gastreterologia, dirige o serviço de Gastreterologia no Hospital Santa Maria, acaba de assumir o cargo de Director para o nacional para as hepatites virais e por aqui me fico porque terá ainda de ver doentes hoje... sobre algum tempo para a vida pessoal e familiar?

RTM – O dia tem 24 horas e eu tenho uma vantagem, semelhante à do Professor Marcelo Rebelo de Sousa, pessoa que admiro muito e que me revejo muito quanto ao modo de estar na vida, de falar com as pessoas, ouvir, que é a de dormir pouco. Inclusivamente, durante a pandemia estive a fazer programas, delinear estratégias para o Serviço, Hospital e DGS chegando a acordar pelas 4 da manhã para ler e perceber o que se passava no mundo. Fiz 25 mil horas de urgência durante a vida e habituei-me a gerir o sono, porque durmo muito bem. Por vezes, dormia três horas e ficava satisfeito, portanto, é uma questão de gestão pessoal do tempo. Faço imenso exercício físico, o que me ajuda a aguentar os dias mais difíceis. Não tenho clínica privada, portanto, diria que este contributo que dou para as sociedades científicas, para a Ordem dos Médicos e agora para a DGS é o tempo correspondente à clínica privada que outros colegas têm por opção ou necessidade. É uma dívida muito grande o capital humano que o médico tem e refiro-me ao médico à moda antiga ou ao João Semana no modo moderno, que é aquele que deve ter compaixão, humildade, empatia, o espírito de ajudar o outro, combinando com o mundo tecnológico e de inovação que temos hoje em dia. E lembro uma frase do Professor João Lobo Antunes que, apesar de não ter contactado muito com ele, foi um mentor indireto, através de leituras e palestras, que dizia ter um amigo neurologista americano que, até ao fim da vida, nunca perdia a oportunidade de ver doentes, para ganhar experiência. É isto que sinto. Neste momento, conseguir através do ser Médico, chegar ao ministro, ao juiz, ao jornalista, ao homicida, aos colegas, ou aos sem-abrigo de maneira empática e simpática e ouvi-los é uma dívida muito grande do ponto de vista social e humano.

“TEMOS DE IR TER COM AS PESSOAS VULNERÁVEIS, EM VEZ DE ESPERAR QUE VENHAM TER CONNOSCO”

Informar, alertar, consciencializar, deslocar a oferta de saúde ao terreno e agilizar o acesso ao tratamento. São estes os chavões preconizados por Rui Gaspar para promover o acesso dos mais vulneráveis ao diagnóstico e tratamento da Hepatite C. Quanto aos profissionais que se deslocam ao terreno para ver doentes, defende que já se deveriam fazer acompanhar, logo na primeira consulta, da medicação. Em prol da adesão e da minimização de barreiras...

Este ano, o lema adotado para o Dia Mundial das Hepatites é As Hepatites não podem esperar... Como poderemos eliminar a Hepatite C nas populações mais vulneráveis?

Rui Gaspar (RG) – Creio que o ponto chave para eliminarmos as hepatites víricas nessas populações consiste em, em vez de esperar que venham ter connosco, passemos nós a ir ter com eles. O essencial é irmos aos locais onde estão, explicarmos e alertarmos sobre a importância do problema da Hepatite C e irmos lá trata-los. Em suma, não esperar que o doente venha ter com o médico mas fazer o contrário.

Isso corresponderia a uma inversão do paradigma dominante entre os profissionais da saúde...

RG – Sim, mas se quisermos ser realistas e atingir a tal micro eliminação nessas populações mais difíceis, creio que será a única solução. A verdade é que vemos nos hospitais alguns doentes mais complicados, que até poderão vir uma, duas ou três vezes, mas em populações mais vulnerabilizadas é complicado virem ao hospital e cumprirem à imagem da restante população. E é essencialmente esse o foco que falta eliminar.

Algumas equipas de rua possuem já um sistema de telemedicina nas suas unidades móveis... será esta uma resposta pragmática a essa necessidade?

RG – Sim, sem dúvida. É essencial que haja uma boa articulação com a equipa que está no terreno mas sem dúvida que a telemedicina irá obviar esse esforço de os profissionais se deslocarem, sendo que, para os doentes, é o mesmo que se o médico lá estivesse. É basicamente o juntar o melhor de dois mundos e parece-me



Rui Gaspar

que é pelo aproveitamento das novas tecnologias que passará o futuro.

Uma das populações mais esquecidas nesta pandemia silenciosa é a sem-abrigo. Como poderemos resolver mais este problema?

RG – Essa será, na minha opinião, a população mais complicada e, mesmo em pré-pandemia, já se revelava uma população de difícil acesso. Neste caso, penso que terá que ser a equipa que trabalha mais no albergue e na gestão de rua a tentar puxar esses doentes e valerá certamente a pena o médico ir lá, até para mostrar a importância que a problemática representa. No meu caso em particular, quando percebiam que um médico se deslocava ao local para falar com eles, valorizavam mais e revelavam maior adesão ao tratamento do que se o contacto fosse desenvolvido apenas à distância. Creio mesmo que, nesta população, é de especial importância desenvolvermos um contacto cara a cara com o doente.

Fala-se muito na alta eficácia do tratamento mas o acesso ao mesmo ainda se encontra muito limitado...

RG – Sim, é verdade. Estamos num contexto em que nós, profissionais de saúde, vamos facilmente ter com os doentes e o grande entrave a

estarmos perante um modelo quase perfeito é mesmo o acesso à medicação. Noto isso particularmente nos doentes que estão na rua, em que, no primeiro dia em que vou ter com os mesmos, faço a história clínica e, se tivesse a oportunidade de lhes fornecer a medicação no imediato, começaríamos de imediato o tratamento. Ou seja, na pré-consulta já poderia levar comigo a medicação mas, na verdade, temos uma série de burocracias que me obrigam a ir ter com eles, a fazer a primeira consulta e depois introduzir todos os dados do doente num portal, aguardar uma autorização para a prescrição do medicamento e só posteriormente prescrever. E já aconteceu algumas vezes ter o medicamento para dar ao doente e este ter desaparecido ou ter mudado de cidade... Seria certamente mais eficaz se, no dia em que vou ver doentes com Hepatite C, sendo que sou eu que os vou tratar e que vou prescrever, levasse logo comigo a medicação e, depois, introduziria no portal os dados do utente. Desta forma, tornaríamos o processo muito mais ágil, como sucede por exemplo com um doente diagnosticado com Hepatite B que, no dia em que é diagnosticado, pode levantar o tratamento na farmácia.

Apesar de existir tanta tecnologia, parece que nem todos estão informados acerca das consequências desta doença...

RG – É verdade... muitas vezes, o doente não tem noção... é a típica frase: “sinto-me bem, por isso não preciso de ser tratado”. Mas isso não corresponde à verdade e, a longo prazo, terá consequências. Por isso é tão importante diagnosticar e tratar o mais cedo possível.

Outra população habitualmente classificada como problemática e silenciosa face a esta doença é a migrante... é ou não um problema?

RG – Sim, é. Na cidade do Porto esse problema é menor, quando comparado por exemplo com Lisboa, mas estamos perante uma população que também tem dificuldades de acesso acrescidas pela barreira linguística e da discriminação. Sem dúvida que é outra população que é essencial atingir. Se continuarmos a ter um pool de doentes sempre com Hepatite C, mantermos um veículo de transmissão para o resto da população.

HEPATITES "SÃO UMA PANDEMIA QUE NÃO PODE SER ESQUECIDA"

De acordo com a OMS, existem 60 mil novas infecções e 84 mil mortes anuais devido à Hepatite C. Farão estes indicadores algum sentido quando temos um tratamento que garante muito perto de 100% de cura?

RG – Claramente não. Infelizmente acontece... nos países desenvolvidos, a evolução tem sido significativa, embora se mantenham estes grupos de risco e o tratamento até está disponível, mas no resto do mundo isso já não acontece. Eu fiz um estágio na Índia e constatei que o tratamento é pago pelos doentes, sendo que uma larga percentagem perde o acesso devido a carências financeiras. E se falarmos nalguns países africanos, constatamos que nem sequer o diagnóstico é realizado... Tem de existir um maior esforço a nível mundial, até porque sabemos que estamos perante uma doença contagiosa e, se não nos focarmos na eliminação, continuaremos a ter presente uma bola de neve. Recorde-se que muitas destas populações dos países menos desenvolvidos são as que estamos a receber... Urge sermos mais rápidos, incisivos e eficazes, não só nos países desenvolvidos mas em todo o mundo. A esse nível, parece-me de especial importância a divulgação de informação e, por que não, alguns profissionais de países desenvolvidos visitarem esses países e promoverem, campanhas em articulação com os governos locais.

Haverá a consciência generalizada em torno da definição da Hepatite C como um problema de saúde pública?

RG – Creio que não. Muita gente não se encontra informada relativamente aos riscos e problemas associados à Hepatite C. Sem dúvida que existe já uma maior consciência do que havia há uns anos atrás, o surgimento dos tratamentos e aquela polémica gerada na Assembleia da República ajudaram, mas na verdade, há muita gente que continua a desvalorizar a doença enquanto não apresenta sintomas. Muitos doentes chegam a pensar que têm o vírus inativo e que por isso é silencioso, logo, não precisam de tratamento. Penso que deverá existir uma forte campanha, tal como houve para o VIH.



A propósito do Dia Mundial das Hepatites, o presidente da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia (SPG), Guilherme Macedo, defendeu a necessidade de abordagem deste tema de três diferentes perspetivas.

"O Dia Mundial das Hepatites é sempre um pretexto ideal para reforçarmos uma mensagem que nos parece decisiva em matérias de hepatites, não só para os profissionais de saúde, mas para o público e, sobretudo, também para os nossos políticos", defendeu hoje o médico.

Segundo Guilherme Macedo, esta é "uma pandemia que não pode ser esquecida", referindo-se aos números das hepatites virais, nomeadamente de hepatite C.

"Recordar que este é um problema [hepatites] que ainda existe entre nós e que é uma pandemia totalmente democrática, pois não escolhe géneros, cores ou estratos sociais. Os profissionais de saúde devem ter em mente que os rastreios são extremamente importantes, bem como acessíveis quer em termos de custos como de realização", frisou.

O especialista aconselhou ainda o público em geral a realizar análises sanguíneas, pois "é preciso ter a consciência de que podemos ter o vírus da hepatite C sem que o saibamos. É importante fazermos algumas análises de rotina bastante simples, mas que são mais do que suficientes para identificar a presença do vírus", defende o especialista.

"É ainda importante recordar às estruturas sanitárias do país que existem outras pandemias que não a covid-19 e que merecem todo o empenho e orientação de recursos, que ainda por cima não são excessivos, para controlar de vez as hepatites, aliás em conformidade com o compromisso assumido há alguns anos entre o Estado Português e a Organização Mundial de Saúde", acrescentou.

Na qualidade de atual presidente da SPG, Guilherme Macedo reforça que a estrutura que lidera "assume este combate pela eliminação da hepatite C como uma das suas prioridades cognitivas. De tudo faremos para exercer magistério de influência nesta matéria, dentro do que nos é possível, especialmente perante os 600 especialistas em Gastroenterologia em Portugal. Faremos ainda essa tomada de consciência perante o público, para a qual já preparadas sessões formativas".

"Seremos sempre uma voz ativa, próxima e parceira daquilo que são as instituições de saúde do nosso país que queiram de facto resolver um problema como este [hepatites] e, cumprir a promessa feita à Organização Mundial de Saúde", conclui Guilherme Macedo.

NA REGIÃO DAS AMÉRICAS

- Novos dados mostram que há 10 mil novas infecções por hepatite B a cada ano, e 23 mil mortes.
- Novas estimativas da OMS para a hepatite C mostram que, a cada ano, há 67 mil novas infecções e 84 mil mortes.
- Apenas cerca de 18% das pessoas que vivem com hepatite B foram diagnosticadas e dessas, apenas 3% estão recebendo o tratamento.
- Apenas cerca de 22% das pessoas cronicamente infectadas por hepatite C foram diagnosticadas, e apenas 18% delas estão recebendo o tratamento.

AS HEPATITES NÃO PODEM ESPERAR



28 DE JULHO
DE 2021

ONU ALERTA QUE “HEPATITE NÃO PODE ESPERAR” EM DIA MUNDIAL DE COMBATE À DOENÇA



OMS/Opas

Imunização contra hepatite B na Argentina. OMS promove a conscientização sobre a condição causada pela inflamação do fígado

Infeção contagiosa causada por vírus tem cinco formas distintas; OMS chama a atenção para ações disponíveis como teste, tratamento precoce e vacinação contra a hepatite B.

O Dia Mundial de Combate à Hepatite é comemorado este 28 de julho sob o tema global “A hepatite não pode esperar”.

A Organização Mundial da Saúde, OMS, promove a conscientização sobre a condição causada pela inflamação do fígado. A manifestação das hepatites A, B, C, D e E pode culminar com doenças graves como cirrose e cancro hepáticos.

RISCO

Entre os cinco vírus principais da hepatite, os tipos B e C são os mais comuns. Cerca de 116 milhões de pessoas no Pacífico Ocidental vivem com hepatite B, e 10 milhões com a hepatite C.

No entanto, a maioria das pessoas ainda não foi diagnosticada e tratada, uma realidade com potencial de agravar o risco para adoecer de cancro de fígado considerada a sexta principal causa de morte na região.

A OMS ressalta a urgência dos esforços para eliminar a hepatite como uma ameaça à saúde pública até 2030.

Tratamento

A região do Pacífico Ocidental é o foco de ações da agência para promover exames e tratamentos precoces que possam reduzir o risco de cancro.

A hepatite A é evitável e tratável. Enquanto a hepatite C é curável. Entretanto, assim como a hepatite B, os sintomas não se apresentam até os estágios mais avançados de infeção.

A agência da ONU recomenda que todos realizem o teste, seguido do tratamento precoce e vacinação de parentes contra a hepatite B.



OMS/G. Hampton

Sintomas de hepatites B e C não se apresentam até os estágios mais avançados de infeção

TELECONSULTA DA UNIDADE MÓVEL DA ARES DO PINHAL



Que importância assume a teleconsulta para os utentes da unidade móvel da Ares do Pinhal?

A unidade de teleconsulta é muito importante no terreno, uma vez que conseguimos promover o acesso aos utentes a consultas hospitalares centralizadas, o que se revela ainda mais fundamental em contexto de pandemia, assim como o acesso a consultas psicossociais com os seus técnicos sociais da Ares do Pinhal. Ou seja, mantemos um contacto direto na área da saúde e na área psicossocial em plena pandemia, oferecendo aos nossos utentes um pouco de estabilidade.

Como funciona essa unidade?

Temos a unidade móvel completamente equipada, utilizando um computador e um monitor agregados ao sistema da unidade, com internet móvel, para a realização da consulta, que é realizada ao vivo e em vídeo.

É uma ferramenta importante para a população que, habitualmente, não se desloca aos serviços de saúde?

Sim, é fundamental nesse aspeto. A nossa população é pouco social e foi muito afetada pelo atual contexto pandémico, no sentido em que o SNS, nomeadamente os serviços hospitalares especializados, estão sobrecarregados. Esta população com que trabalhamos não consegue esperar pela sua hora de consulta, numa sala de espera, com muita gente ou que consiga seguir um tratamento composto por um plano de consultas agendadas para três meses. Precisam de um contacto direto e imediato para salvaguardar as suas necessidades de saúde.

Em que medida conseguirá um médico diagnosticar ou avaliar, através da teleconsulta, problemas relacionados com a Hepatite C?

Sim, tudo começa pela colheita de análises clínicas na unidade móvel, que são posteriormente enviadas a hospitais especializados na área da infeciologia. Depois, no hospital, o médico tem acesso a essas análises e exames e pode contactar com o utente através da teleconsulta. Ou seja, tem toda a informação recolhida na unidade móvel e acesso em vídeo ao utente.

Poderemos classificar esta ferramenta como a verdadeira descentralização da saúde?

Sim, e irá certamente revolucionar a forma como os utentes contactam com médicos especializados e o impacto positivo na sua saúde e quadros clínicos será tremendo.

A disponibilidade dos médicos para este tipo de consulta é satisfatória?

Sim, o contexto pandémico trouxe este tipo de flexibilidade por parte dos centros hospitalares na descentralização dos seus médicos e consultas.

Neste momento, a vossa unidade assemelha-se a um hospital ambulante...

(Risos)... Não... Promovemos a acessibilidade aos cuidados de saúde mas não somos um hospital. Somos os intermediários, próximos da população consumidora neste caso, estamos nas

plataformas de transportes e de consumo e, além disso, tornamos fácil o acesso aos cuidados de saúde, através da teleconsulta, da administração e observância da toma da medicação e de uma série de outros serviços e valências, num trabalho que é acessível.

Ainda existe muito estigma contra esta população?

Sim, até noutros serviços de saúde, sem dúvida. Estamos perante uma população extremamente difícil de lidar e até perturbadora dos serviços e os nossos colegas profissionais sabem que, ao depararem-se com um doente toxicodependente nos seus serviços, vão ter algumas complicações. No entanto, face ao trabalho que tem vindo a ser feito ao longo dos últimos anos, os doentes também já não são como eram. Felizmente, já tomam metadona, já têm mais capacidade de espera...

Falamos habitualmente dos utentes e esquecemos os técnicos... o que é, para si, fazer clínica na rua?

É muito diferente porque saímos do nosso casulo, o nosso serviço, e vimos aproximar-nos dos doentes. É outra forma de estar. Se olhássemos apenas numa perspetiva para a realidade, seria mais ou menos confortável, mas se olharmos como um todo constatamos a grande mais valia do nosso trabalho, que resulta na acessibilidade e proximidade.

Marco, utente da unidade móvel e do serviço de teleconsulta

Que importância atribui ao facto de esta unidade móvel possibilitar o contacto via teleconsulta com o seu médico hospitalar?

É muito importante e facilita muito todo o processo.

O Marco viveu com Hepatite C e fez o seu tratamento. Considera-se um homem curado?

Sim, depois de ter feito o tratamento, penso que sim...

Foi difícil?

Não, nada.

O que significa para si essa equipa que diariamente vos visita na rua?

São excelentes pessoas. Fazem tudo por nós. E prefiro, sem dúvida, fazer aqui o tratamento do que ter de ir ao hospital.

Considera que ainda existe muita burocracia no acesso aos hospitais?

Sim, são muitos papéis, horários complicados...

QUASE METADE DAS CRIANÇAS QUE VIVEM COM HIV NÃO RECEBE TRATAMENTO



© UNICEF/Manuel Moreno Gonza

Crianças seropositivas não estão a receber antiretrovirais

Levantamento da Unids mostra ainda 150 mil menores de idade infectados no ano passado; mais de um terço não foram testados; sem medicamentos, metade das crianças seropositivas pode morrer antes de completar dois anos.

Pela primeira vez, houve declínio no total de crianças que recebem tratamento para o HIV. Quase metade entre 1,7 milhões de menores seropositivos não foi tratado no ano passado.

O levantamento é do Programa Conjunto da ONU sobre HIV/Aids, Unids, que destaca ainda 150 mil novas infecções registadas entre crianças em 2020. O total é quatro vezes maior do que a meta estipulada, que era de 40 mil novos casos entre menores de idade.



Unicef/Jimmy Adriko

Uma parteira prepara remédios para um bebê HIV-positivo de duas semanas em Uganda.

Mortes

Ao publicar o relatório, em Genebra, na Suíça, a agência destaca que estão sendo perdidas várias oportunidades de identificar recém-nascidos e crianças pequenas com HIV. A razão é que não estão sendo testados mais de um terço dos bebês que nascem de mães seropositivas.

O Unids revela que sem tratamento, 50% das crianças com o vírus morrem antes do segundo aniversário. A vice-diretora do Unids, Shannon Hader, lembra que há 20 anos, começaram as iniciativas para prevenir a transmissão vertical e evitar que as crianças morram de Sida.



Unicef/Frank Dejongh

Mulher recebe medicamento para HIV para seu recém-nascido

Liderança

Mas apesar dos progressos, as metas em relação às crianças seropositivas não estão sendo alcançadas. Elas têm 40% a menos de chances do que os adultos de receberem tratamento. Além disso, os menores representam 15% das mortes relacionadas à Aids.

O Unids faz um apelo por mais liderança, ativismo e investimentos. Já a Organização Mundial da Saúde, OMS, destaca que a “comunidade com HIV tem um histórico de combater desafios sem precedentes e por isso, é necessária a mesma energia e perseverança para cuidar dos mais vulneráveis, as crianças”.

Três Medidas

O relatório cita três ações necessárias para acabar com novas infecções de HIV entre crianças. A primeira é testar todas as grávidas e fornecer tratamento o quanto antes, para evitar que os bebês nasçam com o vírus.

A segunda ação é garantir a continuação do tratamento e da supressão viral durante a gravidez e a amamentação. Segundo o Unids, 38 mil crianças foram infectadas porque as mães não receberam o tratamento adequado nessas duas fases.



Unicef/Olivier Asselin

Em Côte d'Ivoire, conselheiro da Unicef informa adolescente sobre antiretrovirais

Adolescentes

O terceiro objetivo é evitar novas infecções por HIV entre mulheres que estão grávidas ou amamentando.

De acordo com o levantamento, houve progressos na prevenção do vírus entre as adolescentes e as jovens: queda de 27% de novas infecções entre 2015 e 2020.

Por outro lado, a Covid-19 e o fechamento das escolas prejudicaram muitos programas educacionais e de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes, o que mostra ser urgente redobrar os esforços de prevenção no grupo.

MANUEL PIZARRO PARTICIPOU EM DEBATE INTERNACIONAL SOBRE A FACE MODERNA DA SIDA:

“IMPORTA QUE O TESTE AO VIH SEJA TRANSFORMADO NUMA MEDIDA RECORRENTE, AO NÍVEL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS”

O eurodeputado Manuel Pizarro participou, a convite do órgão de comunicação social, Político, na série de debates “Político Telescope: The New AIDS Epidemic”. A sessão foi promovida em conjunto por aquele órgão e contou com a parceria da farmacêutica Gilead Sciences e visou contribuir para o alargamento do debate e recolha de informação em torno da face moderna de uma doença que transformou o mundo, a SIDA.

Na sua intervenção, Manuel Pizarro defendeu que “é necessária mais investigação e recursos para debelar a doença”, alertando que, “mais importante ainda do que isso é a vontade política”. De acordo com Manuel Pizarro, “são necessárias medidas ambiciosas para dar visibilidade à doença e resolvê-la até 2030”. O ex-secretário de estado da saúde português defendeu que “sem combater o estigma e a discriminação, não se conseguirá erradicar a infeção VIH/SIDA.

Manuel Pizarro informou ainda os restantes preletores que “em Portugal, tivemos muito sucesso no combate à doença ao descriminalizar o consumo de drogas, que passou a ser tratado como um problema de saúde e não um problema de justiça”. E acrescentou ainda outras populações que uma estratégia pragmática deverá contemplar: “Um outro tema importante é, por exemplo, a questão dos trabalhadores e trabalhadoras do sexo”.

Por fim, Manuel Pizarro considerou que “importa que o teste ao VIH seja transformado numa medida recorrente, ao nível dos cuidados de saúde primários”.



ENTREVISTA COM ISABEL CARVALHO,
DIRETORA DO PROGRAMA NACIONAL PARA A TUBERCULOSE

A TUBERCULOSE É UMA DOENÇA SILENCIOSA

“Quem é responsável por programas e organismos públicos tem, por vezes, de se deslocar ao terreno. E fazê-lo de uma forma não tanto programada, para perceber realmente as dificuldades existentes”. Quem o afirma é Isabel Carvalho, Diretora do Programa Nacional para a Tuberculose (PNT), que recentemente realizou um périplo pelo país à procura de um diagnóstico e da auscultação dos profissionais que, na primeira linha, procuram ajudar Portugal a cumprir objetivos ambiciosos...

Apesar dos avanços em ciência e medicina, a tuberculose ainda causa a morte de muitos milhões de pessoas, entre as quais muitas crianças. Porque é que isto acontece?

Isabel Carvalho (IC) – Em Portugal, não podemos afirmar que a mortalidade da tuberculose, associada à tuberculose infantil, tenha aumentado. No entanto, nos países de maior incidência, temos naturalmente um reflexo da gravidade e complexidade desta doença no contexto das populações mais vulneráveis que, neste caso, são os que situam nos extremos etários. Isto porque os seus sintomas são muito mais subjetivos, o diagnóstico é mais difícil e verifica-se a este nível a um inevitável atraso, logo, aumenta o risco de progressão para as formas graves da doença.

Portugal ainda se apresenta como um dos países com maior incidência de tuberculose per capita?

IC – Sim, embora tenha verificado um decréscimo sustentado e esteja abaixo dos 20 casos por 100 mil habitantes, Portugal mantém-se acima da média no contexto europeu. Obviamente, desejaríamos alcançar os objetivos que os outros países europeus já conseguiram, mas Portugal tem sido reconhecido como tendo boas práticas internacionais no controlo da doença, o que fez com que o país fosse incluído no âmbito da End TB Strategy.

Mesmo assim, estamos perante um grave problema de saúde pública...

IC – Não diria grave, mas prioritário de atuação de saúde pública, pela sua infecciosidade. O que precisamos neste momento é de diagnosticar rapidamente, porque essa infecciosidade vai levar inevitavelmente a que haja mais contactos, exposição e casos secundários. E estes também irão sofrer um atraso de diagnóstico se o caso inicial ainda não foi diagnosticado. Se dentro desses casos secundários estiverem incluídos os que pertencem aos grupos mais suscetíveis, como as pessoas que vivem com VIH, as crianças, os idosos, as pessoas que têm neoplasias ou as que têm tratamento imunossupressor, inevitavelmente, as consequências serão bastante mais graves.

A Dra. Isabel Carvalho, embora não tenha vindo ao Norte auscultar os sanatórios, foi ao terreno para se inteirar dos problemas que persistem e dos riscos que poderão surgir se nada for feito... que ideia esteve na base deste seu périplo?

IC – A tuberculose é silenciosa, até que há um diagnóstico. E nós percebemos que conseguimos antecipar a esse diagnóstico e a toda a consequência que advém da doença em si, como a comorbidade para o doente ou mesmo mortalidade, se intervirmos nos que, reconhecidamente, são mais suscetíveis à doença. E esses, que são consignados como grupos vulneráveis, incluem as pessoas que vivem com VIH, os sem-abrigo ou as pessoas com dependências, que têm outras comorbilidades ou determinantes sociais que acarretam dificuldade no acesso aos cuidados de saúde, até porque nem sempre identificam os sintomas como um problema que motive o recurso aos serviços de saúde, sendo que também podem ter dificuldades sociais ou económicas no acesso. Por isso, trabalhar junto dos grupos mais vulneráveis e o apoio que o PNT pretende declarar publicamente relativamente às organizações e ao papel que têm desempenhado do ponto de vista do cumprimento das boas práticas, de reforçar os entendimentos relativamente à TB, à literacia, é essencial. E mostrar que estamos com eles,





que trabalhamos em equipa e que essa articulação intersectorial é fundamental para o controlo da doença. Confesso que fiquei profundamente satisfeita por poder ter esta oportunidade de conhecer o que as equipas de rua fazem, e não são tarefas fáceis, dependendo muito da motivação da equipa e do facto de trabalharem verdadeiramente como equipa para conseguirem manter o acesso e a fidelização das pessoas que acompanham. Também achei muito interessante constatar que, embora estas equipas de rua estejam muito direccionadas para o consumo de substâncias nocivas e para o apoio no âmbito das comorbilidades que possam existir, como as dependências e a infeção pelo VIH, continuam a manter o esforço de fazer a pesquisa dos sintomas da tuberculose. Isso é essencial.

Viu e ouviu o palpar dos problemas, quer dos profissionais de saúde, quer das estruturas públicas, quer das instituições da sociedade civil e até dos doentes. Correspondeu ao que esperava ver na rua?

IC – Apesar de tudo, fiquei surpreendida por constatar que, embora possam existir problemas, estas equipas são uma tábua de salvação para muitas destas pessoas que passaram por dificuldades ao longo da sua vida e permitiram-lhes regressar a uma situação mais estável. Isso é uma mais-valia e algo que deve ser reconhecido por todos. Percebemos também que estas organizações, como as equipas de rua e os que estão ou não ligados formal e operacionalmente a organismos públicos, têm dificuldades em colocar na prática todas as suas estratégias e objetivos, dado o suporte financeiro que é necessário. Essa é a principal queixa apontada por todas as equipas, que se mantêm ativas na correlação com a aposta pessoal e individual de cada um dos elementos da equipa, nem sempre com os apoios financeiros que gostaríamos que tivessem, mas o PNT está aqui também para dizer que está presente e apoia o que for necessário. Está presente na discussão e no apoio operacional e participará como equipa nesta articulação.



Centro de Terapêutica Combinada do CHUP

Continuando a ser o único centro deste género do país para tratar toxicodependentes com VIH/sida e/ou tuberculose, o Centro de Terapêutica Combinada (CTC) do Centro Hospitalar e Universitário do Porto (CHUP) regista uma taxa de 90% de doentes que não abandona a medicação.

Três infeciologistas, dois assistentes sociais, um psicólogo, um psiquiatra, quatro enfermeiros, um auxiliar de ação médica, com o apoio de farmacêuticos e um nutricionista do Hospital de Santo António / Centro Hospitalar do Porto – é esta a equipa que dá vida ao projeto criado em 1998, integrando o Centro de Terapêutica Combinada, localizado no antigo Hospital de Joaquim Urbano.

O CTC é uma das três áreas de trabalho do Serviço de Doenças Infecciosas do CHUP, que inclui, também, o Internamento, localizado no edifício do Hospital de Santo António, e a Consulta Externa, que engloba as consultas de VIH/sida, de Hepatites Víricas (B e C), de Medicina do Viajante, de Infeciologia Geral, de Estomatologia, de Alterações Metabólicas do VIH, de Profilaxia de Infeções Induzidas por Imunomoduladores e, mais recentemente, de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP).



CRI de Porto Oriental

Os Centros de Respostas Integradas (CRI) são estruturas locais de cariz operativo e de administração, referenciados a um território definido e dispondo de equipas técnicas especializadas multidisciplinares para as diversas áreas de missão dedicadas ao tratamento, prevenção, reinserção e redução de riscos e minimização de danos das toxicodependências e alcoolismo. O CRI Porto Oriental tem como área de abrangência os concelhos de Castelo de Paiva, Felgueiras, Gondomar, Lousada, Paços de Ferreira, Paredes, Penafiel e Valongo e Porto (freguesias de Bonfim, Campanhã e Sto. Ildefonso).



Clínica do Outeiro

A Clínica do Outeiro é uma unidade de tratamento especializada na assistência clínica a indivíduos dependentes de substâncias psicoativas e/ou com problemas de conduta desviante, em regime semiaberto, devidamente licenciada e homologada pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Motivados a preservar os níveis de excelência técnica e científica, e a responder às necessidades crescentes da população, agravadas pela atual conjuntura político-económica e pela proliferação quase diária de novas substâncias com poder aditivo, a Clínica do Outeiro dotou-se de estruturas físicas, técnicas e humanas de qualidade, para garantir os melhores serviços a dependentes e famílias e adequar estratégias cientificamente validadas com a chancela os grandes centros de investigação mundiais e da própria Organização Mundial de Saúde.

Com uma experiência acumulada desde a sua fundação, a Clínica do Outeiro é atualmente uma estrutura de referência nacional no âmbito da prevenção, tratamento e reabilitação de indivíduos com condutas aditivas. São 151 camas, licenciadas pelo Ministério da Saúde/SICAD/ARS, repartidas pelas nossas Unidades, com acesso dos utentes ao internamento por via de camas convencionadas com o Ministério da Saúde, com outros subsistemas de saúde que sejam beneficiários ou enquanto privados.

Missão

Abordagem Terapêutica das condutas aditivas e patológicas associadas para uma integração plena na comunidade.

Visão

Continuar a ser uma referência nacional na qualidade e assistência prestada, vem como ao nível dos resultados obtidos.

Valores

Pautamo-nos por valores de Qualidade, Adaptabilidade, Honestidade e Humanismo.



Centro Social de Paramos

O SMACTE (Serviço Móvel de Apoio à Comunidade) é um projeto que nasceu em 2001 através de parceria e cofinanciamento com o IDT (Instituto da Droga e da Toxicodependência) e que desde 2008 se encontra incluído no Programa de Respostas Integradas (PRI) do concelho de Espinho. Atualmente é cofinanciado pelo SICAD (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências) e monitorizado pelo CRI (Centro de Respostas Integradas) Porto Central. Trata-se de uma Equipa de Rua que, no âmbito da política de intervenção de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD), acompanha pessoas maiores de idade, que apresentem consumos de SPA's (substâncias psicoativas), com maior foco nas ilícitas, e que frequentem o concelho de Espinho. A principal estratégia de ação é a relação de proximidade através de um investimento considerável na intervenção em espaço público e em Unidade Móvel.

Objetivos:

Promover a redução de riscos e minimização de danos associada aos consumos de substâncias psicoativas e às práticas sexuais; Promover cuidados de saúde e de higiene; Contribuir para a progressiva estruturação biopsicossocial da população-alvo, impulsionando a promoção da cidadania; Colaborar ativamente com a comunidade científica, com a comunidade local e com representantes com poder de decisão, com vista a incentivar o desenho de políticas das drogas mais eficazes e a promover uma perceção global positiva da RRMD.

Madalena (nome fictício) as mãos tremiam a tomar a dose da metadona, e dos seus olhos tristes caíam lágrimas de sofrimento. "vivo na rua, não tenho onde dormir, e muito menos de comer, a minha mãe não quer saber de mim, ela tem razão, eu gosto muito dela e tenho tantas saudades da minha mãe". "A droga deu cabo de mim, e eu dei cabo da minha família, mas acredito que um dia vou voltar para a casa da minha mãe" ... Um dia Paramos





Centro Comunitário de Esmoriz

A Equipa de Rua Dá a Volta! é um projeto que iniciou a sua intervenção em novembro de 2008, cofinanciado pelo SICAD (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências do Ministério da Saúde), incluído no Programa de Respostas Integradas do concelho de Ovar. Atua no âmbito da Redução de Riscos e Minimização de Danos, numa perspetiva de saúde pública, intervindo junto de indivíduos com comportamentos aditivos e de dependência e trabalhadoras sexuais em todo o Concelho de Ovar.

O projeto oferece apoio a vários níveis, tais como a educação para a saúde e para o consumo sem riscos, encaminhamento para estruturas de saúde competentes, encaminhamento e acompanhamento a Equipas de Tratamento/Unidades de Desintoxicação/Comunidades Terapêuticas, fornecimento de pequenos snacks e roupas, troca de seringas (inserido no Programa de Troca de Seringas) e folhas de estanho, distribuição de preservativos masculinos/femininos e lubrificantes, cuidados de saúde (enfermagem, rastreio ao VIH/Sida, rastreio da Sífilis, administração de vacinas, terapêutica medicamentosa), toma assistida de metadona, apoio psicossocial, advocacy, encaminhamento e acompanhamento a serviços sociais, legais e de saúde, visitas domiciliárias e consultas de psicologia. Este modelo de intervenção apresenta-se, não como alternativa, mas como complemento indispensável aos modelos tradicionais de intervenção e à estratégia de tratamento

João (nome fictício) era um jovem e promissor corredor de fundo. Correu com o campeão olímpico e os mais conceituados atletas nacionais, tinha uma grande carreira pela frente, mas não conseguiu chegar à meta, a “merda da droga” arrumou com ele, esteve muito mal, “mais para lá do que cá” como nos contou. Mas um dia “encontrei estes amigos, esta maravilhosa equipa, que me deu esperança, que me apoiou, que me ajudou a tratar da Hepatite C, e hoje faço uma vida normal, continuo a correr, mas para recuperar tudo que perdi...consegui “dar a volta”.



Centro Social Soutelo

EQUIPA DE RUA MAIS SAÚDE + VIDA

Território: Concelho de Gondomar.

Entidade Financiadora – SICAD

Entidade Promotora – Centro Social de Soutelo

O projeto “Mais Saúde + Vida” surgiu como resposta às necessidades identificadas pelo Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e as Dependências no Concelho de Gondomar.

Objetivo: a promoção da mudança de comportamentos de risco dos consumidores de substâncias psicoativas, diminuir os riscos nos casos em que não é possível impedir o consumo ou conseguir a abstinência. Tendo em consideração esta abordagem, a equipa de rua no âmbito do PSOBLE intervém junto de indivíduos com consumos de heroína através de um programa de substituição com metadona de baixo limiar de exigência (dispensada diariamente em toma presencial), apoio psicossocial e prestação de cuidados de saúde nas freguesias de Rio Tinto e São Pedro da Cova numa perspetiva multidisciplinar de intervenção.

Objetivos Gerais RRMD

Diminuição dos riscos relacionados com o consumo de substâncias e prevenção da disseminação de doenças infecciosas

Promover a adesão aos cuidados de saúde e às respostas de inclusão social

Integração dos indivíduos em programas estruturados e continuados de tratamento disponibilizados pelos serviços da rede pública

Diminuição da marginalidade e progressiva integração social

Gaspar nome fictício: “A entrada para a unidade móvel ajudou a deixar de consumir, não foi logo, mas dali a pouco tempo deixei de consumir. Ajudaram a tratar dos dentes, na altura tive que tirar os dentes todos. Se não fosse assim talvez não tivesse prótese hoje. Ajudam com alimentos. Durante a pandemia eram as únicas pessoas que conversava, porque passava o dia em casa e sei que posso contar com a equipa para falar.”



“OS PROJETOS DE DESENVOLVIMENTO QUE JÁ ACONTECERAM NESTES BAIRROS E A AÇÕES DE MELHORIA QUE SE TÊM VINDO A FAZER SÃO EVIDENTES”

Bruno Gonçalves é técnico superior de serviço social numa freguesia marcada pela existência de bairros sociais em que continuam a persistir estigmas mas igualmente muitas barreiras à literacia e emprego dos seus habitantes. O desenvolvimento destes territórios tem sido, porém, notório ao longo dos últimos anos, fruto do acompanhamento integrado destas populações, nomeadamente pelo trabalho desenvolvido pelos serviços preconizados localmente pela Junta de Freguesia de Águas Livres... Para acompanhar em entrevista com Bruno Gonçalves...

Quando tantas vezes se fala nos contextos da Buraca ou da Cova da Moura, invocando os motivos habitualmente usados, estamos perante um mito ou uma realidade?

Bruno Gonçalves (BG) – Creio que estamos perante um mito... temos de desconstruir um processo de desenvolvimento comunitário e social que tem vindo a acontecer na freguesia de Águas Livres, onde se encontram esses bairros que indicou, o Bairro da Estrada Militar e o Bairro do Alto da Cova da Moura. Temos de inverter a guetização que se tem vindo a fazer sobre esses dois territórios e, embora o meu percurso na freguesia de Águas Livres tenha praticamente três anos, há todo um trabalho de base e atrás desenvolvido. Pelo que ouço e constato, os projetos de desenvolvimento que já aconteceram nestes bairros e a ações de melhoria que se têm vindo a fazer são evidentes. Portanto, estes bairros acabam por ser de construção e ocupação ilegal, inicialmente abarracados e que hoje em dia são vivendas de tijolo, telha, com canalização, esgotos... não conheço nem conheci uma barraca naquele formato mitológico a que estamos habituados, das tábuas de madeira e uma lona por cima. Isso não existe. O que realmente existe são espaços urbanisticamente não organizados, que deram origem a uma comunidade dentro de uma cidade e que, como todas as comunidades numa sociedade, tem problemas. Todos os territórios têm problemáticas sociais presentes e estes dois não são exceção. Face a um processo de reorganização que se verificou em 2013, com três zonas do concelho da Amadora, Buraca, Damaia e uma parte da Reboleira, surgiu a freguesia de Águas Livres, com uma densidade populacional superior a 16 mil habitantes por km2, com



2,21km2 e com 32 mil eleitores e, dentro de todo este território, contamos com essas duas zonas específicas da freguesia.

Enquanto técnico da área social, que tipo de iniciativas e projetos preconizaria para combater este estigma que ainda vai persistindo?

BG – Muitos dos estigmas que têm acontecidos estão associados sobretudo ao preconceito, ou seja, a uma ideia que as pessoas constroem com base em algumas coisas que vão absorvendo das suas experiências e da forma como encaram a realidade numa sociedade. Posso dizer que, à data, particularmente o Bairro da Cova, tem tido inúmeros projetos de intervenção. Temos por exemplo o projeto Escolhas a decorrer, promovido pela Associação Cultural Moinho da Juventude e pela Associação de Solidariedade Social do Alto da Cova da Moura, parceiros da Junta de Freguesia e integrantes da Comissão Social de Freguesia de Águas Livres, desenvolvendo diariamente a sua atividade muito direcionada ao atendimento da população residente na Cova da Moura. No Bairro da Estrada Militar, temos também um projeto Escolhas a decorrer promovido pela Associação Pressley Ridge... são territórios sinalizados, que têm vindo a ser alvo de intervenções, com inúmeras

projetos, este ano temos a novidade do Programa Bairros Saudáveis, criado pela resolução do Conselho de Ministros n.º 52-A/2020. Este programa será uma mais-valia para continuar a promover iniciativas de saúde, sociais, económicas, ambientais e urbanísticas junto da população e no nosso território tivemos a felicidade de ver três projetos aprovados, dois dos quais para o Bairro da Cova da Moura. Existem muitas iniciativas que se têm vindo a realizar, financiamentos que têm sido aproveitados e trabalho feito... agora, há uma coisa que não conseguimos mudar, que é o que as pessoas constroem nas suas cabeças sem conhecer uma realidade. Não vou romantizar nem negar que há pessoas que ali vivem em condições desfavoráveis. Há riscos e perigos, é verdade, mas acredito que tem sido feito tudo o que os instrumentos, reguladores das políticas sociais e projetos permitem para capacitar estes territórios, que geralmente são elegíveis para todos estes projetos que vão surgindo, tendo em conta as problemáticas identificadas em Diagnóstico Social.

Por vezes parece mais fácil falar dos outros do que com os outros... não ajudaria inverter este paradigma?

BG – Obviamente que sim. Esse é um dos princípios e chavões do serviço social, a questão do

empowerment, do empoderamento das pessoas. Não adianta um sujeito ser objeto de intervenção se não for envolvido no processo. Não adianta um técnico de serviço social querer fazer uma intervenção comunitária se não intervir diretamente e sobretudo com as pessoas que são objeto dessa intervenção, que são seres humanos, com autodeterminação e isso significa que podem decidir e ter vontade própria, o que é muito importante num processo de intervenção social. É de facto mais fácil falar deles mas o mais importante é falar com eles. As pessoas que ali moram e procuram a junta de freguesia sabem que têm a porta aberta e que realizamos atendimentos semanalmente no âmbito do sistema de atendimento e acompanhamento integrado.

Indicadores socioeconómicos como o desemprego ou a iliteracia são nestes casos barreiras à integração?

BG – São barreiras, dificultam e, com base na minha observação direta, diria que as questões do desemprego e da iliteracia estão automaticamente cruzadas. Numa sociedade tecnológica e altamente letrada, as pessoas que estão mais para trás têm obviamente essas dificuldades e não podemos esquecer que temos uma franja significativa da população que é migrante oriunda de PALOP e que não tiveram necessariamente as mesmas oportunidades nem escolaridade que outras beneficiaram. Em 2019, o serviço social da Junta de Freguesia de Águas Livres realizou 697 atendimentos a 375 pessoas... em 2020, num cenário pandémico, entre janeiro e dezembro, realizou 1350 atendimentos num universo de 617 pessoas, verifica-se um aumento de 94% em atendimentos sociais, e 65% no número de pessoas atendidas. Atribuímos este aumento ao surgimento do desemprego, não apenas das pessoas que estavam protegidas por contratos de trabalho e registos de contribuições na Segurança Social, mas igualmente de pessoas desprotegidas, nomeadamente os mais frágeis, as que não se encontram regularizadas junto do SEF, emigrantes em situação ilegal que até já estão há muito tempo em Portugal, muita gente com títulos de residência caducados... foram estes os mais lesados e que, na maioria, procuraram o serviço social. Falamos de trabalhadoras domésticas, ajudantes familiares, trabalhadores da limpeza, restauração, obras, áreas em que as questões dos contratos de trabalho são habitualmente subvertidas. Isto poderá ser uma amostra do quanto o desemprego e a iliteracia podem estar associados a estes fatores de carência socioeconómica, sendo que muitas destas pessoas moram nos dois bairros de que falámos, de construção e ocupação ilegal, pagam rendas de casas ou de quartos já com valores elevados e sem qualquer contrato de arrendamento, que perderam rendimentos e não têm acesso a apoios sociais mas cujos níveis de despesas continuam.

E como conseguem trabalhar com essas pessoas de forma a dar a volta a essas questões?

BG – Confesso que não é fácil, até porque os serviços e negócios que contratavam estas pessoas, acabam por ficar numa situação de fragilidade, o que origina um processo cíclico. Se a empresa fica sem clientes, então dispensa os trabalhadores e os trabalhadores sem contratos foram, são e serão sempre os primeiros a serem dispensados. A intervenção nestas questões passa muito pela promoção de algum apoio social imediato para supressão de necessidades e obviamente encaminhar a pessoa para alguma resposta especializada em questões de trabalho como o caso da Autoridade para as Condições de Trabalho ou a própria segurança social.

Sendo a junta de freguesia o lugar de maior proximidade por tradição, é aí que as pessoas procuram resolver os seus problemas... É também aí que muitos procuram obter o RSI, rendimento que muitos criticam e rotulam como oportunismo de alguns... é assim tão alto o RSI que dê para viver bem?

BG – Essa é mais uma das questões míticas. Garanto-lhe que seria muito difícil para mim viver com 189 euros por mês, portanto, as pessoas que mantêm a reprodução desse tipo de comentários são ignorantes. O RSI é uma política social que existe para prevenir ou minimizar uma situação de carência económica e social e, sobretudo, a situação de pobreza e exclusão social, não sendo obviamente igual para todos porque tem em conta o número de elementos do agregado familiar e os rendimentos que possam ser auferidos no mesmo. Obviamente, agregados familiares mais numerosos terão uma prestação superior a um agregado isolado ou a um casal e sabemos que, tendencialmente, a sociedade reproduz que esta prestação é maioritariamente auferida pela comunidade cigana e já foi publicado em alguns meios que isso não corresponde à verdade. O RSI existe, faz falta, ajuda e faz a diferença no processo de autonomização de muitas famílias.

Que outras iniciativas inovadoras preconizaria para resolver os problemas desta população tão debilitada social e economicamente?

BG – Poderíamos pensar em vários eixos de intervenção. Tendo em conta a nossa realidade nas Águas Livres, que acaba por ser um espelho da Amadora e até de alguns concelhos da Área Metropolitana de Lisboa, um dos grandes problemas tem a ver com o custo do arrendamento. Como é que uma família, com dois ou três filhos, que recebe um salário mínimo paga uma renda de casa de 600€? Temos situações no atendimento, de casais em que ambos trabalham e que até recebem salários acima do mínimo e se encontram em situação de carência económica... Se me pergunta que projeto inova-

dor poderíamos tentar implementar, diria que a questão da habitação é um problema de urgente resolução. Com o aumento das rendas, a dificuldade de acesso à compra de habitação própria ou a habitação social, tudo isto se torna ainda mais problemático. Se eventualmente existisse uma diferenciação dos impostos sobre os arrendamentos mediante o valor de renda, talvez se pudesse tornar o processo mais democrático. Não faz sentido pagar-se a mesma percentagem de imposto sobre uma renda de 400€ e de 100€. Se existisse uma eventual isenção ou uma taxa menor para contratos com valor de arrendamento mais baixos, talvez se incentivasse o proprietário a arrendar a sua casa tendo uma maior receita e não tendo que fazer contas ao que vai pagar de imposto e até a realizar contratos de maior duração. Creio que deveria ser pensado um equilíbrio por parte de vários agentes da sociedade, sobretudo os agentes políticos, para trabalharem estas questões.

Que pontes podem ser construídas que levem a um melhor entendimento entre a população, o técnico e o político?

BG – Sobretudo, existindo portas abertas para as pessoas poderem procurar, na junta de freguesia, uma resposta, já é meio caminho andado para termos um alicerce dessa ponte. Depois, a vontade própria das pessoas em procurar será o outro e, obviamente, da parte do técnico existe a disponibilidade e todos os regulamentos que definem o que podemos fazer pelas pessoas. Há muitas pessoas que procuram o atendimento e saem insatisfeitas porque as suas vontades não são correspondidas, mas nós não trabalhamos com base em satisfazer vontades mas sim necessidades e, para isso, existem regulamentos que definem critérios de elegibilidade para o acesso a apoios sociais e económicos. Nesta freguesia, o setor de ação social e cultural é composto por dois assistentes sociais e uma animadora de um gabinete de inserção profissional e temos ainda uma assistente operacional e, ao nível do gabinete de inserção profissional, resposta em parceria com o IIEFP, foram realizados 1700 atendimentos a 783 utentes, sobretudo nas questões da procura ativa de emprego e das respostas a candidaturas a ofertas de emprego, apoios à elaboração do currículo... falamos novamente naquela população mais vulnerável, infoexcluída, com falta de competências ao nível da procura e da empregabilidade e outras competências pessoas que permitam o seu empoderamento... o caminho da ponte está aqui, cabe depois às pessoas virem à procura das suas respostas. Depois, cabe-nos conhecer e acionar os mecanismos e instrumentos de política social existentes e disponíveis, conjuga-los com políticas locais públicas e autárquicas para se poderem dar mais e melhores respostas às necessidades da população.

VIDEOCONFERÊNCIA SICAD REVELA DIFÍCIL HARMONIZAÇÃO DE POLÍTICAS DE DROGA ENTRE PAÍSES



O ciclo das videoconferências SICAD teve a sua última edição antes de férias, no dia 9 de julho. “Políticas de droga e o seu impacto económico-social: uma análise comparativa internacional e temporal” foi o tema da sessão onde se apresentou o estudo sobre o mesmo assunto, resultado de uma candidatura ao programa ERANID e a que assistiram 64 pessoas.

Os conferencistas convidados foram: Ricardo Gonçalves (Professor Associado com Agregação da Católica Porto Business School, Universidade Católica Portuguesa); Ana Lourenço (Professora Associada da Católica Porto Business School); Hélia Marreiros (Investigadora Assistente na Universidade do Minho desde Março 2021), que apresentaram o estudo e Elsa Lavado, da Divisão de Estatística e Investigação do SICAD, que apresentou o programa ERANID.

Manuel Cardoso, subdiretor-geral do SICAD, moderou o evento, tendo destacado a importância do estudo, salientou a complexidade do trabalho efetuado numa área que considerou muito difícil e reconheceu o interesse de perceber o significado do reconhecimento internacional da política portuguesa de drogas e o mesmo ser cimentado por investigação científica. Elogiou o papel do OEDT na harmonização dos indicadores, permitindo a aproximação de políticas a nível europeu, referindo a maior dificuldade de se conseguir o mesmo fora deste espaço.

Este estudo, que está disponível no site do SICAD, surgiu num contexto de grande diversidade de leis e políticas de drogas entre países, contendo diferentes paradigmas, como a centralidade no crime ou na saúde, e refletindo as características sociais, económicas e culturais de cada país. Pretende aprofundar a compreensão da relação entre política de drogas e indicadores sociais em sete países (Portugal, França, Itália, Holanda, Reino Unido, Canadá e Austrália), entre 1996 e 2016, tendo como objetivo final contribuir para decisões políticas mais informadas.

Algumas das conclusões apontam para vários pontos de inflexão nas dimensões das diversas políticas de drogas, maioritariamente na direção de políticas menos restritivas e na ausência de uniformidade nas mudanças observadas; mudanças generalizadas no sentido da redução de danos após a epidemia de heroína nos anos 80, mas sem alinhamento entre países quanto à orientação da política de drogas, entre outras.

MEIO LABORAL: SICAD DESENVOLVEU AÇÕES FORMATIVAS E DE SENSIBILIZAÇÃO SOBRE OS CAD NA AUTARQUIA DE GONDOMAR



O SICAD, no âmbito de um protocolo firmado com a Câmara Municipal de Gondomar e a ARS Norte/ CRI Porto Oriental, desenvolveu formação e sensibilização sobre comportamentos aditivos e dependências visando a promoção da saúde dos trabalhadores, a redução dos riscos profissionais e a capacitação de chefias e trabalhadores da autarquia para a sinalização, referenciação e gestão de situações relacionadas com os consumos de substâncias psicoativas no local de trabalho.

O trabalho conjunto efetuado em 2020 e 2021, e que abrangeu 1256 pessoas entre trabalhadores e dirigentes da autarquia, deu origem ao “Programa Ganhar Saúde, Trabalhar com Saúde”, que contempla também o acompanhamento, no Centro de Respostas Integradas do Porto Oriental, dos trabalhadores sinalizados pelos serviços de Medicina do Trabalho deste município. Descubra o que o SICAD tem feito nesta matéria em Intervenção em Meio Laboral

CONTROLO DO TABACO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



Portugal distinguido como estudo de caso na adoção de boas práticas. Portugal foi identificado como estudo de caso na adoção de boas práticas no fortalecimento da Convenção Quadro para o Controlo do Tabaco (CQCT) da Organização Mundial da Saúde (OMS), uma das metas do objetivo n.º3 da Agenda 2030 – Saúde de Qualidade.

Foram destacadas as iniciativas de implementação da CQCT da OMS a nível nacional, através dos pilares estratégicos do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, bem como da sua integração noutros planos nacionais.

Foi também destacada a adesão de Portugal ao “Protocolo para a Eliminação do Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco” e a aprovação de medidas de proteção de exposição ao fumo do tabaco em locais públicos fechados e meios de transporte.