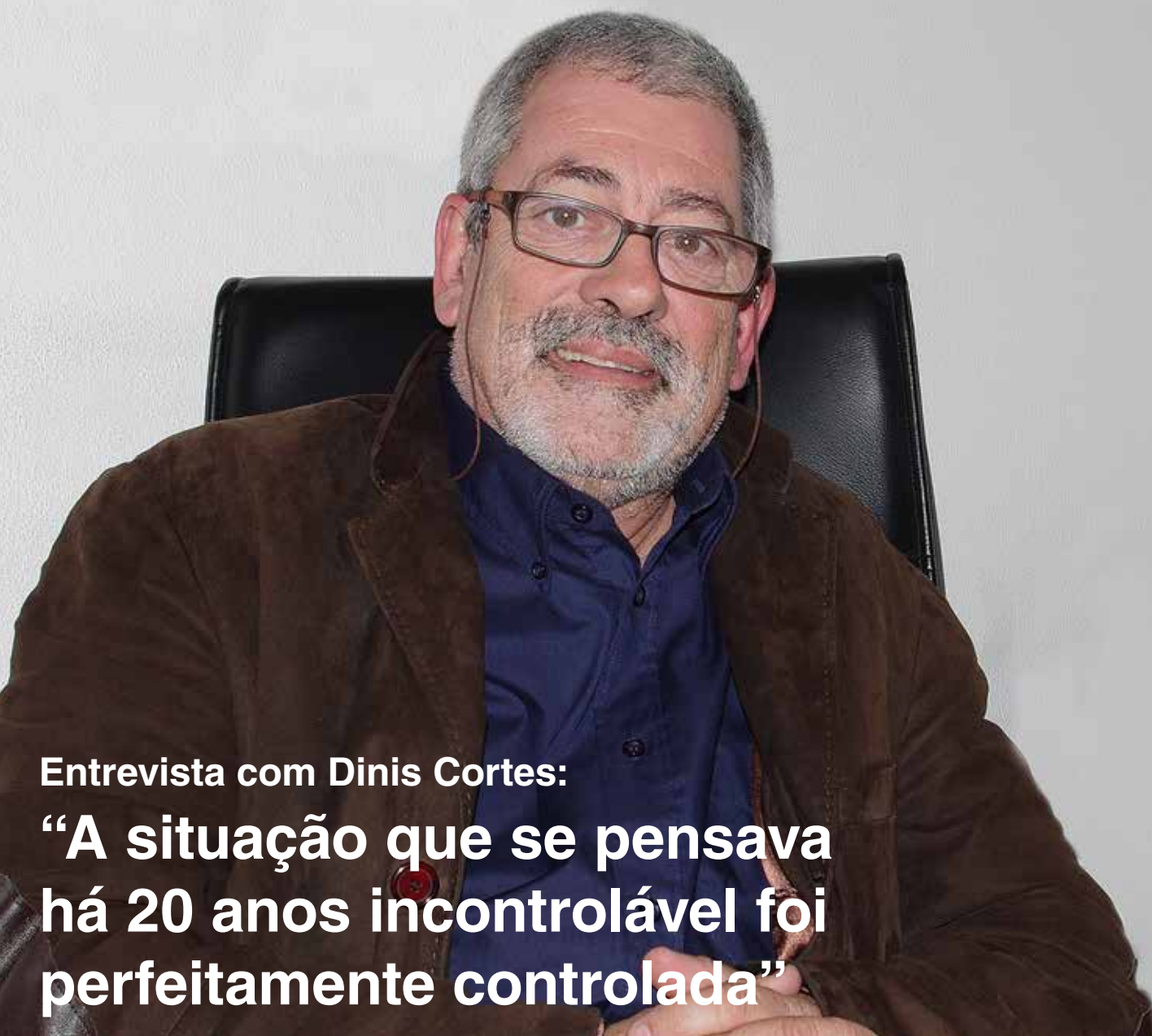


# dependências

Parceiro do Plano  
Nacional de Saúde 2014



Plano Nacional de Saúde  
2012-2016



Entrevista com Dinis Cortes:

**“A situação que se pensava  
há 20 anos incontável foi  
perfeitamente controlada”**

## II Congresso SICAD

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências



Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa • 5 - 6 - 7 de abril de 2016 •

**Reserve a data!**

# Perguntas@sem\_resposta.?



Não sei, mas alguém sabe, e tenho esperança de poder um dia vir a saber o que muitos pensadores procuram perceber: se existe alguma razão que a razão desconhece que possa explicar o que parece não ter explicação.

Segundo um pensamento oriental, “os sábios não dizem o que sabem e os tolos não sabem o que dizem”... e porque a ignorância do bem é a causa do mal, eu continuo num mar de ignorância, procurando saber se a riqueza de um país pode ser desbaratada por uma qualquer pessoa que, investido temporariamente como “dono disto tudo”, pode alienar o património colectivo, a história e a cultura de um povo e nada acontecer.

Como não sei mas gostava de saber o que vai acontecer aos figurões responsáveis pelas fraudes do BPN, BPP, BES e da capitalização do Banif, que julgo ascenderem a mais de 16 mil milhões de euros no seu conjunto... Perguntar não ofende e gostava de saber quem vai pagar a fraude.

A nossa mente colectiva continua a arrastar perguntas que parecem não ter resposta, porque vivemos uma realidade virtual imperfeita, condicionada por uns quaisquer figurões com os neurónios de um cérebro queimado e apenas um hemisfério e nenhuma célula funcional activa, que nos atiram para um beco sem saída. E continuam sem justificar a alienação do património nacional, que a pretexto de fazer diminuir a despesa pública, venderam a REN, EDP, CTT, ANA, GALP, PT e CP Carga... e a dívida pública no final das

contas acabou por aumentar quase seis vezes mais no mesmo período... Se isto não é uma fraude, então o que é? Que eu saiba ninguém é chamado a prestar contas, e muito menos responsabilizado por isto!

Eu não sei mas tenho esperança que alguém me possa explicar porque se pretende privatizar o STCP, a Metro e a Carris, empresas muito importantes na mobilidade e estratégia das grandes metrópoles do Porto e Lisboa. Não sei, nem ninguém quer dar explicações sobre o negócio e a privatização da água e muito menos quem são e o que pretendem os especuladores financeiros desta importante fonte de vida? Por quê tanta pressa em vender a TAP, um dos poucos patrimónios nacionais que ainda restam, sem que ninguém seja chamado a dar explicações sobre um negócio embrulhado em dúvidas e artimanhas?

Não sei, nem entendo e ninguém explica as razões pelas quais num país tão pequeno, pobre e sem grandes recursos a esmagadora maioria dos portugueses vive com menos de 414 euros por mês; mais de 3 milhões de pessoas vivem no limiar da pobreza; mais de 300 mil pessoas passam fome; mais de 1.300.000 indivíduos estão desempregados, apesar das estatísticas apenas se referirem aos que recebem subsídio de desemprego; mais de metade da nossa população está emigrada; 12mil crianças assinaladas pelas escolas passam fome; 23 mil idosos vivem sozinhos ou na solidão; mais de 700 mil por-

tugueses não têm médico de família e 3500 pessoas vivem sem abrigo, enquanto algumas poucas famílias concentram uma riqueza superior a mais de 32 mil milhões de euros!

Não sei, e nunca imaginei que pudéssemos chegar à lama em que o oportunismo mergulhou o nosso país. Portugal tem vivido nos últimos anos emparedado entre a chantagem do défice, e da dívida e de uma ideia pré concebida, da inexistência de uma qualquer alternativa “é assim ou nada” “ou nós ou a desgraça” é a narrativa do embuste construída por alguns “especialistas” com cérebros inertes e hipócritas que fazem da nossa vida uma tortura e da economia uma rifa do tipo dona branca ou raspadinha...que chego ao ponto de pensar que a crise deve ser um grande negócio.

Citando Bertolt Brecht: “Nada é impossível de mudar. Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo. E examinai, sobretudo, o que parece habitual. Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural nada deve parecer impossível de mudar.”

Sérgio Oliveira,  
director

# Adições Além Tejo: uma resposta com 19 anos

*O Centro de Respostas Integradas do Baixo Alentejo organizou, nos dias 12 e 13 de Novembro, o I Congresso «Adições Além-Tejo», um encontro de cariz técnico-científico, que decorreu em Beja e serviu ainda para comemorar os 19 anos de existência de uma estrutura pública de intervenção na área dos comportamentos aditivos e das dependências.*

*A Comissão Organizadora deste evento cativou para a cidade de Beja especialistas de vários domínios da saúde, das ciências, incluindo sociais, e do meio académico.*

*Os dois dias de encontro foram ricos em discussão e análise, com a comunidade científica a versar temas actuais da patologia de adição e a reflexão sobre o impacto das dependências e dos comportamentos aditivos não só na saúde mental como na saúde comunitária. O evento iniciou-se com um formato inovador, uma tertúlia de abertura, incluindo ainda duas conferências, quatro mesas, apresentação de posters, cinco workshops e sessão de encerramento.*

*Dependências marcou presença no evento, onde entrevistou o coordenador da DICAD local, Dinis Cortes, e a coordenadora do CRI do Baixo Alentejo, Paula Borralho, e aceitou ainda o repto para uma visita às instalações do serviço. Por fim, replicamos o artigo de Álvaro Pereira, da Unidade de Desabilitação do Algarve, que serviu de base para uma prelecção em que o autor combate o “achismo” - o “eu acho que...”, sugerindo a procura da evidência científica e do “estado da arte” como fundamento dos actos clínicos. Urge realçar o primado do diagnóstico na actividade clínica, adverte Álvaro Pereira...*



**Dinis Cortes, coordenador da DICAD do Alentejo**

## **Que balanço faz desta primeira realização do CRI do Baixo Alentejo?**

Dinis Cortes (DC) – Tem corrido bem. É uma organização do CRI, cujos profissionais estão de parabéns. Enquanto coordenador da região, não tive participação directa na organização, que é da responsabilidade total dos elementos do CRI... acho que os temas foram bem escolhidos, apresentam profundidade e são discutidos não só sob o ponto de vista de modelo conceptual mas também com tradução na realidade prática da nossa clínica, do dia-a-dia. Evidentemente, este tipo de realizações, mesmo com dois dias não permite abarcar a generalidade das áreas que deveria abarcar. Recordo as profundas questões sobre prevenção, alguns aspectos mais focalizados no tratamento... Enfim, esta área daria para um congresso de uma ou duas semanas e, mesmo as-





sim, não se esgotariam os temas. De qualquer maneira, entendo que, no global, foi uma realização muito positiva.

**Estes momentos, não só os de carácter técnico e científico mas igualmente os informais, parecem adquirir uma importância acrescida após a integração das equipas nas ARS, face à necessidade de articulação entre diferentes serviços e partilha de informação e de conhecimentos...**

DC – Desde que me conheço a trabalhar nesta área que reconheço nestes momentos informais uma importância significativa. Independentemente das questões relacionadas com a integração, questões organizacionais, têm o condão de reforçar os laços de pertença a uma área de intervenção que é transversal a todos os profissionais. Temos pessoas de vários pontos do país com quem trocamos opiniões, não tanto em relação à estrutura propriamente dita mas também ao conhecimento científico, à forma como se estão a fazer abordagens terapêuticas, à forma como estão a desenvolver-se as articulações para programas de prevenção, etc. E tudo isso decorre, regra geral, da informalidade do chamado “corredor”, que é muito importante para reforçar esse laço de pertença à intervenção numa área específica.

**Esse “corredor” tem funcionado aqui na DICAD do Alentejo?**

DC – Esse “corredor” tem funcionado. Temos trocado opiniões... Ontem, tivemos pessoas de outras ARS connosco, que tiveram responsabilidades na própria implementação das estruturas da região Alentejo que é sempre bom revermos, tecer comentários sobre formas de intervenção e reforçar os laços de amizade pessoal, que são as portas abertas para a cooperação. Um exemplo prático: em termos de referenciação para unidades de desabilitação, trabalhamos com as Taipas e com Olhão; necessariamente, se encontrarmos a pessoa responsável os responsáveis por estas estruturas com alguma frequência e formos falando com eles, esses laços aparecem mais reforçados e são facilitados. Não temos praticamente nenhuma dificuldade nesse tipo de internamentos e, de vez em quando, funciona a informalidade ao nível do contacto e da articulação.

**Costuma dizer-se que Portugal é um país avesso à mudança... Este congresso começou com a realização de uma tertúlia em que se falou dessa mudança orgânica que ditou a extinção do IDT e a assunção da tutela da intervenção nas ARS. Como alguns profissionais referiram, perderam-se valores como identidade, cultura, uma família... Seria esta mudança efectivamente necessária?**



DC – Presumo que prevalece no seio das pessoas que trabalharam no antigo IDT um sentimento não propriamente de perda mas de não ganho. Que eu partilho. Não vejo que tenha resultado qualquer vantagem. No que concerne às desvantagens, também depende do tipo de integração que foi feito. Aqui, tivemos a felicidade de o vogal da ARS que ficou responsável por esta área ter sido o antigo director regional, o Dr. Marciano Lopes. Portanto, a integração fez-se sem grande dor. Desde que as administrações regionais de saúde percebam, respeitem e mantenham a especificidade da intervenção nesta área - sabendo que se trata de uma área muito avançada mesmo em termos mundiais, onde a qualidade média dos técnicos interventores é muito alta, do simples assistente operacional ao coordenador da DICAD existem competências muito específicas e são pessoas muito treinadas para estas áreas – numa ARS pequena como a nossa ou como a do Algarve, tudo bem... Temo é que nas grandes ARS, como a do Norte e a de Lisboa e Vale do Tejo, possa haver alguma diluição desta estrutura e uma maior dificuldade em encontrar os pontos de convergência com as próprias estruturas da ARS. Eu venho da área dos cuidados de saúde primários e nós, no Algarve e no Alentejo, estruturámos toda a prestação de cuidados a toxicodependentes nas diferentes áreas de missão com base em clínicos gerais. Não temos uma perspectiva de medicina hospitalar ou de carreira hospitalar psiquiátrica. Portanto, se quiser, na prática a nossa casa comum até era a ARS, uma vez que já estávamos mais próximos.

Se, por um lado, não se verificaram grandes ganhos, no plano teórico, pelo menos, a mudança até se afigura aceitável na medida em que a articulação e referenciação deveriam ser facilitadas com todos debaixo do mesmo tecto...

DC – Exactamente! Essa seria a grande vantagem, nomeadamente a partilha de recursos. O problema é que, na prática, isso não se verificou. Não se tornou mais ágil. Presumo que, no Alentejo, não tenhamos perdido muito, uma vez que a estrutura já era muito sustentada nas antigas sub-regiões de saúde, na própria administração regional, etc. Não havendo uma dependência, já havia interligação, portanto, não sentimos uma perda significativa. Houve algumas mudanças, por exemplo ao nível da comunicação. Antigamente, tínhamos um coordenador nacional de um instituto que conhecia praticamente todos os funcionários pessoalmente... Principalmente nas grandes ARS, estas questões tornaram-se mais impessoais, não sendo hoje tão fácil chegar às pessoas que decidem.

**Esteve envolvido na criação da primeira resposta para as dependências no Alentejo... Convidava-o a orientar os nossos leitores num périplo ao passado...**

DC – A primeira resposta institucional resultou dos núcleos do Projecto Vida, que funcionaram a partir de 1991, derivando no Alentejo para estruturas já mais dotadas de profissionais especificamente dirigidos para o tratamento em 1996. Em 1995, iniciou-se essa preparação com alguma formação, lembro-me de o Dr. João Goulão e alguns elementos das Taipas terem estado no Alentejo a fazerem formação a alguns dos profissionais que, mais tarde, iriam integrar as equipas e, de facto, no primeiro trimestre de 1996, abriu o CAT de Évora e, em Novembro do mesmo ano, abrimos em Beja. Portalegre seria constituído em 1997 e, sob a nossa égide, seguiu-se a constituição do CAT do Litoral Alentejano e o de Elvas, ficando assim completa a rede, em concordância com a legislação de então que obrigava à existência de um CAT por cada



distrito. Na altura, foi criada a delegação regional e fui convidado para ser o primeiro presidente dessa entidade. A partir de Maio de 1997, quando fui nomeado, desencadeei todo o processo de concursos, de adjudicações, arrendamentos, recrutamento de pessoal, transferências, etc. Mantive-me como presidente da delegação regional até 2003, altura em que fui substituído, por comum acordo, por um dos meus vogais, o Dr. Marciano Lopes, tendo ficado como director clínico. Finalmente, em 2012, o Dr. Marciano tomou posse como vogal da ARS, passando eu a coordenador da equipa multidisciplinar e, seguidamente, da DICAD, em que me encontro actualmente.

**Em cinco minutos, recuámos 20 anos... Falamos de uma altura em que o país se deparava com uma epidemia chamada toxicodependência, associada a muitas outras patologias...**

DC – Sim, este tipo de doenças, que chamaria também comportamentais, têm de facto características epidémicas. À semelhança das epidemias clássicas, têm vectores e formas de transmissão em que são, muitas vezes, os próprios doentes a entidade transmissora e, na altura, pensava-se que a problemática dos consumos de droga era incontrolável. Concretamente em Beja, tínhamos concentrações, situações de cena aberta de consumo em via pública, seringas por todo o lado, situações conexas como a patologia orgânica, somática ou psiquiátrica que não tinham propriamente resposta. Nem para o álcool havia uma resposta estruturada... Ao montarmos essa estrutura, fomos intervir em todo o Alentejo. Até hoje, passaram pelas nossas unidades cerca de 7600 pessoas da região. De uma forma empírica, distribuiria estes 7600 indivíduos em três classes: um terço são pessoas que encontraram connosco o que procuravam, fazendo o seu processo de tratamento, tendo alta e não voltando aos serviços. Estão bem, encontramos-os, constatamos que nunca mais consumiram e estão perfeitamente reinseridas. Outro terço é constituído por pessoas que estão connosco. Actualmente, temos cerca de 2 mil activos que vão indo connosco, estão em programa, saem, após três ou quatro anos bem, são capazes de recair e voltam... Organizaram um pouco a sua vida, encontraram o que procuravam mas têm muita dificuldade em verem-se livres dos consumos. O outro terço desapareceu dos nossos “radares”. São pessoas que, provavelmente, não encontraram o que procuravam ou até o conseguiram mas não nos disseram... Algumas estarão bem, outras em consumos, outras terão emigrado ou falecido mas, de facto, não voltaram aos serviços. Certo é que também não encontramos rasto dessas pessoas nas estruturas convencionais e seriam certa-

mente pessoas com uma certa idade... Efectivamente, teremos um controlo terapêutico, de vigilância e de alguma efectividade sobre cerca de 60 por cento das pessoas que nos procuram. Actualmente, as coisas estão a modificar um pouco. Temos mais pessoas de álcool do que de substâncias ilícitas, sendo que das cerca de 400 pessoas novas que entram nas nossas estruturas, mais de metade começa a ser de álcool e até de outros tipos de adição sem substância, o que poderá originar uma mudança de paradigma de intervenção, de contabilização e de repercussão social, uma vez que o álcool é muito melhor aceite do que as outras substâncias. No global, a situação que se pensava há 20 anos incontrolável foi perfeitamente controlada, por mérito também das estruturas centrais, nomeadamente o IDT, que desenvolveu um excelente trabalho no controlo desta epidemia e da patologia conexas, nomeadamente do HIV entre toxicodependentes, que desceu vertiginosamente para valores europeus.

**No âmbito das substâncias mais clássicas, o país tem uma população envelhecida que permanece em tratamento que poderíamos classificar como doentes crónicos, com outros tipos de necessidades e objectivos que não propriamente a reinserção profissional... Muitos não têm família nem casa...**

DC – Esse é outro desafio, que é do país e depende das políticas sociais definidas pelos governos. Muitos desses doentes nem estão em consumos activos, outros estão em tratamento e outros já nem sequer estão em qualquer programa. Estão apenas velhos, cansados e doentes. Estão infectados por hepatites, pelo VIH... Houve algumas medidas interessantes em legislação recente, nomeadamente na assunção para internamento em comunidade terapêutica de indivíduos de estada ainda mais prolongada, que poderá ir até cerca de três anos. É um pequeno passo louvável mas penso que deveria existir igualmente legislação que permitisse abranger essa população em ambulatório.

**Um tema que abordou numa das mesas deste congresso relaciona-se com comorbilidades e patologia dual. Uma vez mais, passados 20 anos, continua a discutir-se sobre a melhor forma de intervir perante esses quadros...**

DC – Sim, a comorbilidade é muito mais abrangente, implicando patologia psiquiátrica e somática, ao passo que a patologia dual é mais centrada nos aspectos psiquiátricos e na área da saúde mental. Foi engraçada a forma como o tema foi colocado nesta mesa... Na realidade, quando nos chega um doente é importante saber se já tinha patologia psiquiátrica e, por essa via, iniciou o consumo de subs-

tâncias. Nesse caso, a meu ver, seria preponderantemente um indivíduo que apenas estabilizaríamos na área do tratamento, devolvendo-o à saúde mental. E depois existem aqueles que não tinham qualquer referência de patologia psiquiátrica prévia e, por consumo de substâncias, adquiriram essa patologia. Não é que deixem de ser da saúde mental depois de estarem estabilizados mas nós temos mais responsabilidades na manutenção do seu seguimento. São indivíduos que, provavelmente, andarão sempre muito próximos do nosso serviço, ainda que, por uma questão de melhor reestruturação pessoal, possam frequentar os serviços de saúde mental. Essa articulação terá claramente que existir.

**Isso leva-nos a uma questão levantada pelo Dr. Álvaro Pereira, que tem a ver com a necessidade de investir na realização de um diagnóstico correcto...**

DC – A esse nível, está a ser preparada pelo SICAD e por nós, DICAD, uma rede de referenciação. Muito do que nos chega referenciado do exterior nem sequer vem com o diagnóstico. Vem apenas com diagnóstico de presunção e os nossos serviços, que têm poucos técnicos e são muito vocacionados para tratar, não têm capacidade para se assumirem como serviços de triagem. Somos uma consulta especializada, logo, essa triagem tem que ser feita previamente. Muitas vezes não existe essa noção por parte dos cuidados de saúde primários e dos colegas de clínica geral... Chegam a ocorrer situações episódicas relacionadas com um consumo ocasional de álcool, em que o indivíduo é enviado pelas estruturas judiciais para tratamento porque teve um acidente de viação...

**Que futuro prevê para esta área, nomeadamente no Alentejo?**

DC – Prevejo que irá necessariamente haver um reforço na área da prevenção. Temos vivido uma situação deficitária em termos de técnicos, de pessoas para executar, formar e ajudar algumas instituições, nomeadamente escolas, empresas e municípios a terem uma actividade mais concertada sob o ponto de vista dos programas de prevenção. Todos os aspectos relacionados com a prevenção e a intervenção em meio laboral deverão ser reforçados. Creio que o tratamento irá deslocar-se paulatinamente para a área do álcool. Vamos ter indivíduos de substâncias ilícitas como residuais, poderemos ter alguns indivíduos de novas substâncias mas, normalmente, temos preparação para os integrar em termos de consulta. Penso que as velhas substâncias, nomeadamente a heroína, irão manter um plateau mínimo mas não tão problemático como já foi. Não consigo ter um pensamento preditivo relativamente à manutenção das estruturas junto das ARS ou não. Pare-

ce-me que existe um paradoxo que nunca foi falado para o qual chamaria a atenção: se as políticas governamentais vão no sentido da extinção das ARS por que se insiste em integrar serviços e estruturas nessas ARS? Penso que serão as comissões de coordenação regional a assumir uma abrangência que poderá também integrar este fenómeno das dependências e outros com elas conexos.

**O ideal seria a criação de uma estrutura vertical?**

DC – Provavelmente... Se for sob a égide das comissões de coordenação regional já tem uma perspectiva diferente. Aí sim, é possível definir políticas regionais e, nesse caso, como estou muito mais sustentado na área dos cuidados de saúde primários, certamente definiríamos prioridades e formas de articulação mais centradas nesses cuidados, ao passo que no Porto e em Lisboa, por exemplo, seria com certeza mais na área da saúde mental. Essa diversidade regional, obedecendo a uma certa coesão nacional mas com políticas diferenciadas em função das necessidades de cada região faria todo o sentido.



**Paula Borralho, coordenadora do CRI do Baixo Alentejo**

**Quais foram os principais propósitos e objectivos subjacentes a esta realização?**

Paula Borralho (PB) – Em primeiro lugar, comemorar os 19 anos de criação da primeira estrutura pública que desse resposta às dependências e aos comportamentos aditivos, o CAT de Beja, hoje designado CRI do Baixo Alentejo. Este encontro permite que partilhemos a nossa história e algumas experiências.





**Este encontro começou num formato pouco informal e pouco habitual, com a realização de uma tertúlia em que, entre outras questões, se abordou a descontinuidade organizacional resultante da extinção do IDT, da criação de um organismo normativo, o SICAD, e da absorção das equipas por parte das ARS. Concretizadas essas alterações, presume-se que estes momentos informais facilitem...**

PB – É importantíssimo. A ideia de não termos uma mesa formal de abertura e de optarmos pela realização de uma tertúlia também está relacionada com essas questões. Todos os presentes têm uma história, bem como as instituições que representamos e, ali, pretendeu-se construir uma narrativa. Versámos essa história desde que começámos, passando pelas pessoas que ocuparam o cargo que hoje ocupo, os nossos directores do tempo do SPTT e do IDT, até hoje, integrados que estamos na ARS. Com tudo isto, pretendi que todos pudessemos conversar. É isto que temos hoje e, para o bem dos nossos utentes e profissionais, devemos encontrar pontos de consenso. Todos temos muita estima pelo IDT, que foi e será sempre a nossa casa em termos afectivos mas esta nova estrutura em que estamos actualmente integrados é, neste momento, a nossa casa. E todos iremos beneficiar destes momentos se conseguirmos fazer estes pontos de encontro, não só entre estas estruturas mas igualmente entre outras, como as unidades locais de saúde e os cuidados de saúde primários. Nós temos um atendimento especializado mas o primeiro atendimento é realizado nos cuidados de saúde primários. E existem ainda outros atendimentos especializados porque os doentes têm outras patologias, daí a minha intenção de incluir no programa profissionais quer da DICAD, quer da Unidade Local de Saúde de Beja, hospitalares e cuidados de saúde primários. Tentei fazer uma ligação com todos estes intervenientes para facilitar a desejável ligação. No IDT era fácil termos esses canais e vias verdes, há uma tentativa de as promover aqui, existem muitas coisas no papel e está mais do que na altura de passarmos efectivamente à prática. Temos duas a funcionar muito bem, nomeadamente a articulação com a consulta de hepatologia e do VIH, temos igualmente alguma articulação ao nível da gravidez de alto risco, no departamento de psiquiatria e saúde mental, a psiquiatria de adultos foi (re)organizada recentemente mas estará na altura de avançarmos...

**Como tem funcionado essa articulação com os restantes serviços da ARS, nomeadamente os cuidados de saúde primários e outros mais especializados, como a psiquiatria, a pedopsiquiatria ou a infecciologia?**

PB – Creio que o facto de estarmos num meio pequeno nos confere algumas vantagens. O internamento é recente e a Dra. Ana Ma-

tos Pires está aqui há pouco tempo mas, de imediato, conseguimos reunir. O departamento está dividido em dois serviços, um para as crianças (com apenas uma pedopsiquiatria e que articula connosco há pelo menos uma década) e outro para os adultos, duas das psiquiatrias estão neste encontro, portanto, já conhecemos os rostos, os nomes, já conseguimos telefonar, já sabem que eu sou a Paula, já realizámos reuniões... o que, nestes meios pequenos, é desejável. Tem funcionado informalmente, falta-nos estruturar e protocolar. Mas desde que temos o serviço de psiquiatria de adultos os encaminhamentos têm funcionado melhor. Neste momento, tentamos perceber que utentes estão e devem ficar na saúde mental, que utentes estão connosco e assim devem permanecer...

**Daí falar-se também neste congresso em comorbilidades e patologia dual...**

PB – Exactamente. Repare que a cultura instituída para um indivíduo que consumia há dez anos era o encaminhamento para o CAT... E nem sempre deve ser assim. Neste momento, também estamos a receber bastantes pedidos relacionados com dependência de álcool por parte dos cuidados de saúde hospitalares, nomeadamente, consultas externas, internamento e serviço de urgência... Mas insisto que tudo isto, que se processa ainda a um nível informal, deve ser protocolado e formalizado. Depois, no que concerne a consultas especializadas as dificuldades sentidas, acabam na maioria das vezes por se resolverem porque os técnicos se conhecem.

**Para além do tratamento que outras respostas integra este CRI?**

PB – Este CRI, dentro do seu âmbito territorial, integra todas as respostas que estão legisladas. Ao nível da prevenção, colaboramos com a DICAD em termos técnicos sempre que solicitados. Este ano, fizemos o programa Eu e os Outros, colaborámos no Dia da Defesa Nacional. Sempre que solicitado, o Responsável do eixo da prevenção da DICAD conta com a nossa colaboração, seja para intervenções em escolas, estabelecimentos prisionais...

**Em visita que realizámos às instalações deste CRI, o antigo CAT, constatei que têm hoje mais utentes e menos técnicos do que há dez anos atrás... Como define a tarefa de coordenar uma equipa e um serviço com estas carências e obstáculos?**

PB – Esta equipa sempre teve uma particularidade: tenho o prazer de dizer que estou aqui desde o dia em que a casa abriu, muitos colegas foram importantes e já saíram, outros voltaram,



existem os que nunca saíram mas sempre fomos todos muito voluntários e disponíveis, temos esta capacidade de nos adaptarmos. Quando, há 19 anos, eu e as minhas colegas chegámos ao serviço, tivemos que fazer tudo, desde prevenção, tratamento, redução de riscos, íamos para as concentrações de motards... Quando, recentemente, ficámos com menos técnicos, apesar de o serviço ser abalado, soubemos manter a resposta. E não temos lista de espera. Tivemos que reorganizar a resposta, perceber as listas de cada um, neste momento os enfermeiros são os gestores de caso no álcool e, acima de tudo, beneficiámos da colaboração e do gosto de toda a equipa por aquilo que fazem neste processo de reorganização.

**Numa perspectiva talvez redutora, apontaria três momentos na intervenção em dependências: numa primeira fase, perante uma epidemia conexas a muita comorbilidade, era preciso assegurar respostas para doentes que vos morriam nos braços; numa segunda fase, começou a pensar-se na formação de competências, na reinserção social e profissional dos utentes, uma vez que os cuidados permitiram que essas doenças passassem a ser crónicas; hoje, no que respeita a substâncias como a heroína ou o álcool, deparam-se com uma população mais envelhecida e a precisar de mais apoio social e de qualidade de vida... Onde estão essas respostas sociais?**

PB – Concorro com o que afirma... Em relação à última parte, a nossa população está efectivamente envelhecida, a média de idades deve rondar os 45 anos mas, uma vez mais, estarmos num meio pequeno, é bom. Confesso que posso contar com os dedos de uma só mão os utentes que tenho sem família ou qualquer tipo de apoio. É uma característica típica da região, as entidades patronais organizam-se e trazem os utentes e é rara a ausência de suporte. Diria mesmo que, em contra-ciclo, pedimos hoje menos apoios para quartos do que há uns anos atrás. Infelizmente, perdemos o programa Vida Emprego mas temos que procurar alternativas ao nível da formação profissional e da aquisição de competências através de uma maior escolaridade e é isso que temos vindo a fazer. A maior parte dos nossos novos utentes é consumidora de álcool, numa fase de idade mais avançada e com sequelas físicas e posso dizer que, entre estes, a maioria está integrada e a trabalhar. E temos muitos pedidos por parte de entidades empregadoras.

**Além das dependências tradicionais, que outros tipos de fenómenos vos preocupam actualmente?**

PB – O jogo a dinheiro, o jogo online, os jovens, as adições das compras, do sexo... Ou seja, as actualmente designadas adições sem substância. E preocupa-me o facto de não termos as competências mais adequadas para respondermos a este tipo de problemáticas.

**Coordena uma equipa que dá formação aos utentes... Então e a equipa, quando precisa de formação?**

PB – A equipa frequenta acções de formação desenvolvidas no seio da ARS, do SICAD mas, na minha opinião, a formação devia ser mais proactiva do que reactiva... Agora, a equipa precisa de adquirir novas competências através de formação especializada. A mensagem que tento passar aos colegas é que também devemos ser responsáveis pela nossa formação e não estar sempre à espera que apenas os serviços nos prestem esse enriquecimento.



**Álvaro Pereira,**  
**Unidade de Desabilitação do Algarve**

### **Considerações à volta do conceito de adição**

“Considerações”. Que devem ser entendidas como a expressão de preocupações de ordem clínica que se vêm acumulando na cabeça dum chato, que cada vez mais velho, mais chato vai ficando. Só por isso peço a Vossa complacência:

Na passada terça-feira, esperávamos ter admitido na Unidade de Desabilitação do Algarve (UDA) um doente que pela 21ª vez seria internado – não o foi porque nos informou por telefone que tinha desistido. Objectivo do internamento: parar consumos de heroína; terminar programa de substituição com metadona; terminar consumos de BZD; iniciar terapêutica com antagonista de opiáceos. Tem 42 anos, iniciou consumos de heroína aos 11, múltiplos e pequenos períodos de abstinência, com antagonista opiáceo.

No mês passado, estive internado um outro doente pela 15ª vez: para terminar consumos de heroína e programa de substituição com buprenorfina e iniciar tratamento com Naltrexona pela 12ª vez. Tinha começado a consumir aos 13 anos, tem agora 36. Um único período de abstinência de consumo de heroína quando fez substituição com metadona – mas a família não gosta de metadona e ele sente-se “prisioneiro do sistema – o trabalho é incompatível com a ida diária ao CAT”. Teve alta clínica, a tomar o antagonista. Por quanto tempo não sei, já que só o vai tomar por exigência da família – porque com o seu acordo jamais tomaria um medicamento que lhe retira todas as fontes de prazer que a vida lhe pode dar: sexo, comida, cinema, desporto, estar com os amigos. Diz: “Já sei que daqui a um mês estou a tomar antidepressivos!” Diz também: “E a depressão só passa com heroína. Enquanto consumo doses baixas, sinto-me normal. O pior é depois...”

Ontem teve alta um doente que foi internado por “dependência alcoólica”. Iniciou os consumos aos 17 anos – como automedicação terapêutica ou preventiva de ataques de pânico graves. Desde então (12 anos) fez vários tratamentos: médicos, psiquiátricos, psicoterapêuticos – e diz que “o resultado foi sempre mau, porque nunca se descobriu a causa dos ataques de pânico.” Ficou muito admirado quando lhe disse que muito provavelmente estariam relacionados com o consumo de haxixe que tinha iniciado aos 16 anos. Nunca tinha sido questionado sobre isso. Tem, em todos os contextos, o rótulo de alcoólico.

Quase 3400 doentes já estiveram internados na UDA. Muitos deles 8, 10 ou mais vezes. Muitos deles para repetirem ou reinicia-





rem tratamentos que falharam antes, como o primeiro. Ou porque, talvez por não terem diagnóstico, fazem “tratamentos” escolhidos pela família – como o segundo. Ou porque nunca foi feito um diagnóstico – o terceiro. Ou para tratarem novas “dependências” – antes era heroína, agora é álcool; era álcool agora são BZD's. Era uma coisa, agora é outra.

Nos dois primeiros doentes, com início de consumos tão precoces (11 e 13 anos), e com uma tão longa carreira de uso de opiáceos – já se pensou como estará o seu sistema opióide endógeno, depois da neuroadaptação que o seu cérebro necessariamente sofreu? Já se pensou o que é usar um antagonista de opiáceos num cérebro desses? É que aquele líquido incolor e quase inodoro não é água das beiras. Ele bloqueia receptores opióides – para a heroína, mas também para os opióides endógenos – e quase todos os seus efeitos fisiológicos, principalmente nos mecanismos reguladores do prazer. É por isso que me permito dizer que se é verdade que excepcionalmente vi um adicto feliz, muito frequentemente vejo abstinentes infelizes.

Tratamentos que se sucedem uns aos outros, com o mesmo formato. Internamentos atrás de internamentos – com os mesmos objectivos. Com os mesmos resultados: falhanços atrás de falhanços. 8, 10, 20 vezes! Isto é dramático! Eu sinto-me mal! Certamente que não sou só eu...

Ainda assim, como é isto possível? Porque é que isto acontece? Que consequências isto tem? Estará tudo bem ou alguma coisa está mal? Se está mal, o quê? Se está mal, até quando? Se alguma coisa está mal, o que é necessário mudar para começar a estar bem? O que fazer?

Perguntas que, olhando para pessoas que estão em sofrimento, olhando pelos olhos de pessoas que estão em sofrimento, de famílias que estão em sofrimento, de famílias que já desistiram de estar em sofrimento, são perguntas que merecem respostas. Perguntas para as quais temos que encontrar respostas!

São também perguntas que me coloquei a mim mesmo – a mim, médico como tantos outros para quem o primado da sua intervenção clínica sempre foi o princípio “primum non nocere” – primeiro que tudo, não causar dano. Médicos para quem a ética e os valores que lhe estão associados se constituem como o fundamento da sua prática. Médicos, ainda, que não aceitam o “achismo” - o “eu acho que...” - porque procuram a evidência científica, o “estado da arte”, para fundamentar os seus actos clínicos.

Por causa disto, ao acolher na UDA aqueles doentes, sinto que para satisfazer o pedido dos meus Colegas (um pedido que não tenho razões para rejeitar porque será honesto) muitas vezes, demasiadas vezes, tenho que violentar a minha consciência pro-

fissional. Porque sei que é mais do mesmo. Porque sei que o resultado será o mesmo. Porque sei que se vai acrescentar sofrimento ao sofrimento já existente. Porque o doente vai ser novamente acusado de “não se querer tratar”. Porque a família e a sociedade vão desacreditar mais no sistema público de prestação de cuidados aos doentes adictos – que é o mesmo que dizer que todos ficam mais vulneráveis, até para cair no canto de sereias que prometem curas. Porque sei que causo ou posso causar dano. E, acreditem, soffro. De angústia, que é antecipação de fracasso. Os Colegas da UDA são disso testemunha.

O que fazer?

Antes do mais reflectir, reflectir; pensar, pensar criticamente, pensar assertivamente. Questionar. Questionarmo-nos. E ler, estudar. Pedir formação actualizada. Exigir formação. Ninguém sabe – todos vamos sabendo, os novos conhecimentos obrigam-nos a estar dispostos para integrar novas evidências na nossa prática clínica.

Depois, há que fazer opções – simples porque dicotómicas (ou ... ou), mas complexas porque podem pôr em causa os fundamentos de toda a prática de uma vida profissional de 20 ou 30 anos. Mas, de qualquer modo, temos que escolher entre ter uma actividade baseada em evidências científicas ou perpetuar intervenções baseadas em conceitos ou dogmas que o tempo, a ciência e os resultados mostraram ter pouca ou nenhuma validade.

Já passou o tempo em que o consumidor dependente era visto como alguém que se colocava numa outra margem da sociedade, ou por patologia da sua personalidade, ou por falta de carácter, ou por conduta desviante/delinquente. Já passou o tempo em que se discutiam os diversos modelos explicativos das dependências – o que, desde logo deveria levantar a dúvida da incerteza: se para explicar um fenómeno há várias teorias, o certo é que, na melhor das hipóteses, só uma poderá estar certa! Já passou o tempo de entender a toxicodependência como um problema moral.

Hoje vivemos um tempo em que há conhecimento científico consolidado. A PET Scan, a Ressonância Magnética Funcional, a Genética Molecular e outras técnicas permitem-no. É esse conhecimento que permite afirmar que a dependência de substâncias psicoactivas é uma doença do cérebro, tal como outras doenças neurológicas ou psiquiátricas (D<sup>a</sup> de Parkinson, D<sup>a</sup> de Alzheimer, p.ex.) – é a posição da OMS, publicada pelo menos desde 2004.

Hoje, dispomos de uma abundante evidência científica sobre o facto de a dependência do álcool e de outras drogas constituírem uma doença crónica do SNC que se caracteriza não só pelos incentivos motivacionais causados pelo consumo das substâncias e dos estímulos associados, como também pela deterioração da capacidade de inibir respostas não apropriadas (Goldstein and Volkow, 2002; Kalivas and Volkow, 2005; Guardia y cols. 2007).

Anteriormente, considerava-se que a dependência de substâncias tinha uma vertente física ou biológica, cuja principal manifestação clínica seriam os sinais de tolerância aumentada e a síndrome de abstinência. E fenómenos como o craving ou a perda do autocontrolo consideravam-se como manifestações de dependência “psicológica”.

Actualmente, pode afirmar-se que os sintomas chamados de dependência “psicológica” são na realidade manifestações clínicas de uma disfunção dos circuitos cerebrais que intervêm na recompensa, memória, aprendizagem, condicionamento e inibição de respostas inapropriadas. Uma disfunção que afecta várias estruturas cerebrais do sistema límbico ou a ele associadas. (Nature 522, S45, 25.Junho.2015)

Portanto, a diferenciação entre dependência física e psicológica deixou de ter sentido e seria mais apropriado falar de dependência ou adição, conforme nos estejamos a referir à circunstância ou à doença. Dependência e adição – palavras tantas vezes usadas como se fossem uma e a mesma coisa. Mas, tanto quanto tenho lido e observado nos doentes, não são. A dependência e a adição estão uma para a outra como a hipertensão arterial está para a doença hipertensiva, ou a hiperglicemia está para a diabetes.

A hipertensão arterial é uma componente da doença hipertensiva – que até não existe quando a doença está controlada, mas nem por isso a pessoa deixa de ter a doença. Sem hiperglicemia não há diagnóstico de diabetes – mas no doente diabético o não haver hiperglicemia é objectivo terapêutico; a circunstância de a pessoa diabética ter uma glicemia normal não significa que a doença tenha acabado.

O estado de dependência tem uma definição muito fluida: segundo a DSM V, nem a tolerância aumentada nem a abstinência são sintomas imprescindíveis para o diagnóstico da dependência; o craving não é um sintoma imprescindível para poder efectuar o diagnóstico e a dificuldade para controlar as respostas de procura e consumo da substância pode manifestar-se com uma ampla gama de níveis de gravidade que vão desde uma leve alteração até uma gravidade extrema. Assim, uma pessoa que tem uma dependência poderia apresentar só uma parte dos sintomas característicos da adição, como dificuldades para controlar o consumo sem manifestar craving nem abstinência, ou ter craving sem abstinência nem dificuldades de controlo, ou ter só abstinência sem craving nem dificuldades para controlar, ainda que possa apresentar todos os sintomas ao mesmo tempo.

Na adição - doença aditiva - estando presentes pelo menos três subgrupos de sintomas faz-se o diagnóstico. Um primeiro grupo atribuível à “neuroadaptação mesencefálica” manifesta-se clinicamente por sintomas de tolerância e abstinência – específicos para cada grupo de substâncias ainda que parecidos entre si: as depressoras (opióides, álcool, BZD...) por um lado, as estimulantes (cocaína, anfetaminas,...) por outro.

Um segundo grupo atribuível à “neuroadaptação límbica” manifesta-se com os fenómenos de craving (sintomas cognitivos, motivacionais, emocionais e comportamentais) e de condicionamento (reforço positivo ou negativo).

E um terceiro grupo atribuível à “neuroadaptação prefronto-estriada” que se manifesta pela incapacidade de inibição de respostas não apropriadas: manifestações cognitivo-comportamentais da compulsão ao consumo e a dificuldade em controlar o comportamento dependente.

Falo-vos disto porque pretendo realçar o primado do diagnóstico na actividade clínica. Pode parecer uma “La Palissada” mas todos

nós somos compelidos a tratar, ou a querer tratar, sem ter um diagnóstico feito. E depois o que é que se trata? A dependência ou a doença! E esquecemo-nos que a dependência ou a doença aditiva não têm tratamento – os doentes sim, às vezes sabemos e podemos ajudar as pessoas a tratarem-se. As pessoas! Reduzir a pessoa ao consumo de uma substância é muito pobre – dizer: “O João é dependente de heroína” como diagnóstico é ignorar que o João, como a sua doença, tem elementos diversos: genéticos, biológicos e bioquímicos, psicológicos (cognitivos, emocionais, comportamentais e relacionais) e ambientais (culturais e sociais) – que o fazem ser um enorme e complexo sistema bio-psico-sócio-cultural.

Todos esses elementos, com uma expressividade diferente no João relativamente a todos as outras pessoas, todos eles estão inter-relacionados para alterar o funcionamento cerebral – que é a essência da doença.

Elementos genéticos que se constituem como o maior factor de risco para que a doença se desencadeie – 40-60 % do risco é de natureza genética.

Elementos bioquímicos – p.ex. as diferenças individuais no modo como o cérebro produz e reage à dopamina; como os genes codificam proteínas intervenientes em diversos processos metabólicos

Elementos psicológicos – quase metade das pessoas com problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoactivas têm patologia psiquiátrica, do humor, ansiedade ou distúrbios da personalidade – as mais frequentes das quais, na nossa experiência na UDA, são “personalidade anti-social” e “borderline”.

Elementos culturais e sociais que todos bem conhecemos.

Um plano terapêutico para um doente em que há indícios ou evidências da existência de factores genéticos, biológicos, psicológicos favorecedores da doença aditiva não pode ser igual ao plano de um outro doente em que alguns desses factores estão ausentes. Não pode ser abstinência para todos, não pode ser metadona para todos. Repete-se o que desde há muito se diz: não há pronto-a-vestir terapêutico, todos os tratamentos têm que ser feitos à medida dos doentes.

As pessoas procuram-nos porque alguma coisa não está bem – é óbvio! Mas nem sempre isso significa que elas sintam que têm um problema que nós possamos ajudar a resolver. Um ex.: Aqueles pessoas em que é a família, o patrão, a CDT ou o Tribunal quem os leva até nós – para tratamento, claro! Todos eles já fizeram o diagnóstico: “É drogado! Tem que ser tratado!”. Quantos destes têm consciência que têm um problema de saúde, que necessitam fazer mudanças na sua vida? Quantos destes são logo encaminhados para uma UD ou para uma CT?

Acreditem que é verdade que, nos doentes admitidos pela 1ª vez na UDA, em 2010/11, cerca de 60% deles estavam em pré-



contemplação ou contemplação. Por isso, não admira que mais tarde ou mais cedo retomem os consumos!

Desde logo o avaliar a motivação para o tratamento, que é mudança, parece ser mandatário. E é simples.

E depois escolher a melhor estratégia para estabelecer uma relação – que, naqueles casos, pré-contemplativos e contemplativos, mais tarde pode vir a ser terapêutica. Mais tarde... Só mais tarde.

Uma outra questão preocupante, clínica, tem a ver com uma dificilmente entendível complacência com o consumo de cannabis, entre nós fundamentalmente na forma de haxixe. Seja esse consumo apenas de haxixe, seja ele associado a outros consumos, mais frequentemente de heroína ou álcool. O haxixe – ou o seu principal componente psicoactivo – o THC – é uma substância com propriedades psicodislépticas, perturbadora da actividade do SNC e desreguladora do principal sistema responsável pela homeostase, que é o Sistema canabinoide endógeno.

Recordemos: O SCE promove a homeostase a todos os níveis da vida biológica, do nível sub-celular ao nível global da imensa e apaixonante máquina que é o corpo humano. Alguns exemplos, apenas:

Regula a Autofagia – processo pelo qual uma célula sequestra uma parte do seu conteúdo para ser auto-digerido e reciclado. Isto mantém as células normais vivas mas tem um efeito mortal nas células tumorais malignas, causando a sua apoptose (um “suicídio” celular programado) e favorece a sobrevivência de todo o organismo.

No desenvolvimento embrionário tem papel fundamental na organogénese, no remodelamento de tecidos, na eliminação de estruturas defeituosas (Nature Med;8:547-550)

Resposta imunológica a vírus (Nature Med;8:547-550)

Diminuição da sensibilidade aos estímulos dolorosos (Pain. 2013. Suppl 1:587-93)

Controlo do movimento e inibição da memória de curto prazo (Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids 2002; 66: 123-142)

Inibição da secreção da prolactina e da hormona de crescimento e aumento da secreção de ACTH (J Clin Endocrinol Metab; 86:2687-2696)

Efeitos ansiolíticos por acção sobre eixo hipotálamo-hipófise-supra renal (Neuroreport; 8:491-496)

Aumento da frequência cardíaca, vasodilatação e broncodilatação (Eur JPharmacol; 423:203-210; Nature; 408:96-101)

Inibição da secreção de testosterona, anovulação e relaxamento uterino (Biochem Biophys Res Commun; 284:363-368)

Neuroprotecção em situações de trauma e hipóxia (Nature; 413:527-531)

...

O consumo de Haxixe produz efeitos na saúde mental potencialmente graves e duradouros – efeitos esses dependentes da dose, frequência de uso, concentração de THC e modo de administração

Vão da simples euforia e relaxamento a ideação paranóide ou crise psicótica – dependendo das características farmacogenéticas e da vulnerabilidade do consumidor (NIDA, Research Report Series: Cannabis Abuse, 2010; Lancet, 2009; 374:1383-1391)

Provoca deficits nas funções executivas (processo de tomada de decisões), memória (incluindo a incapacidade de formar novas memórias e de ter falsas memórias) (Molecular Psychiatry: 2015: 1-6)

Está associado a sintomas psicóticos, esquizofrenia, ansiedade e depressão (Archives of General Psychiatry, 67(5); 440-447; Archives of General Psychiatry.2011;68)

Baixa os níveis de cortisol e ACTH – responsáveis por síndromas amotivacionais, fraca capacidade para lidar com o stress (razão para “tratar” estes deficits com outras substâncias psicoactivas – álcool, heroína, BZD) (European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 2011. Jul.20)

Está associado a abandono escolar e subsequente desemprego, estilo de vida abandonado, dependência de apoios sociais e insatisfação com a vida. Insatisfação com as relações afectivas (Addiction, 2008; 103:969-976),

...

já para não falar nos efeitos na grávida e no seu filho, nem nos efeitos noutros órgãos e aparelhos.

Nos doentes que internamos na UDA, são inúmeros os que, sendo consumidores regulares de haxixe, vão lá para “parar consumos problemáticos” de outras substâncias e, atingido esse objectivo, continuarem a consumir os seus “charros” – e, dizem, que “o meu terapeuta sabe disso”. Será isto verdade? Porque são tantos, estou em crer que sim. E por serem tantos os que são reinternados após recaída nos consumos da substância dita problemática, que é comum começar a consulta de admissão com uma pergunta/afirmação: “Claro que continuaste a fumar charros?!” E não é que acerto, sempre?!

Ciência e ideologia nem sempre são boas companheiras. Mas se é verdade que a ignorância é muito atrevida, reconheço o direito a todos os outros de serem atrevidos; dificilmente compreendo que um profissional persista em sê-lo, contra todas as evidências.

Para terminar:

Uma questão que me tem sido colocada com alguma frequência é esta, sobretudo por quem não quer aceitar as novas evidências científicas: Se a natureza da doença aditiva é neurológica, qual o papel do psicólogo no tratamento?

A minha resposta tem sido assim:

O tratamento de uma qualquer doença crónica implica uma modificação do comportamento: portanto, ajudar o doente a mudar o seu comportamento.

O doente diabético tem que modificar o seu comportamento em múltiplas áreas: alimentar, exercício físico, auto-cuidado... O comprimido só por si não é suficiente.

O doente hipertenso tem que diminuir a ingestão de sal; se for gordo tem que perder peso;

O doente com DPCO fumador tem que deixar de fumar

Fazer avaliação psicológica / neuropsicológica (que o mesmo é dizer: fazer diagnósticos)

Para identificar e distinguir limitações cognitivas e distúrbios comportamentais pré-existent, daquelas limitações e distúrbios consequência dos consumos ou comportamentos aditivos;

Para identificar distúrbios das funções superiores produzidas pelas alterações cerebrais, desencadeando respostas comportamentais;

Identificar distúrbios de personalidade subjacentes ao comportamento aditivo

E é bom que se saiba que, hoje, há evidência que terapias comportamentais têm a capacidade de provocar modificações na química cerebral.



# Novos casos de infecção pelo VIH diminuem 17,3% e acentua-se decréscimo entre UDI

*A Direcção Geral da Saúde tornou público o relatório Portugal: Infecção VIH, SIDA e Tuberculose em números – 2014, um documento enquadrado no Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA que ilustra o bom desempenho que o país tem manifestado neste domínio da saúde no que concerne a novos casos de infecção entre os utilizadores de drogas injectáveis. Desde logo, face aos novos casos de infecção pelo VIH, que projectam uma diminuição de 17,3% relativamente a 2013, não obstante a tendência de crescimento das infecções em homens que têm sexo com outros homens se mantenham.*

*António Diniz, director do Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA, avançou com a estimativa de 0,6 por cento de pessoas a viverem infectadas pelo VIH em Portugal, o que totaliza 59.365 cidadãos. Em 2014, registaram-se 1.220 novos casos de VIH, 876 homens e 344 mulheres. Destes, 18,3 por cento apresentavam já sida.*

*António Diniz reconheceu que Portugal ainda se encontra afastado da média europeia, destacando no entanto o progresso alcançado, recordando que o país “acentuou a tendência de decréscimo do número de novos casos notificados de infecção por VIH”. António Diniz enalteceu ainda o “decréscimo notável de novos casos de infecção nos utilizadores de drogas injectáveis”, cuja taxa de infecção é agora inferior à média europeia.*

*No panorama nacional, verifica-se, a exemplo de anos anteriores, o predomínio da transmissão por via heterossexual, assistindo-se a um acréscimo progressivo nos homens que têm sexo com homens.*

## **Aumentam infectados mais idosos pelo VIH**

Mais de um quarto dos novos casos notificados em 2014 prendem-se em pessoas com 50 ou mais anos de idade e 6,5% em pessoas acima de 65 anos, revela o relatório. Como consequência, as autoridades aconselham a realização do teste a maiores de 18 anos.

O documento indica ainda que, desde o início da epidemia em Portugal, 74,2% dos casos notificados ocorreram no grupo etário 20-44 anos e 14,6% em pessoas acima dos 49 anos.

Numa análise geográfica, as áreas metropolitanas de Lisboa e Porto e o Algarve concentraram 68,5% dos novos casos de VIH.

## **Objectivos**

Quanto aos objectivos relacionados com a tuberculose, pode ler-se no relatório que Portugal deverá enquadrar-se nos países

de baixa incidência de tuberculose, deve melhorar a detecção precoce e a taxa de confirmação laboratorial e reduzir o número de casos de Tuberculose Extremamente Resistente (TBXDR).

Sobre a infecção por VIH, com a informação disponibilizada e as diferentes análises que dela deverão decorrer, torna-se importante reafirmar para onde caminhamos. Em 2014, a ONUSIDA proclamou a visão “Ending AIDS by 2030”. A próxima escala, a nível global, será em 2020, onde pretendemos que 90% das pessoas infectadas por VIH conheçam o seu diagnóstico, 90% de casos diagnosticados estejam em tratamento e 90% de casos em tratamento se apresentem em supressão virológica. Tendo aquela visão e esta escala intermédia presentes, o nosso objectivo está definido até 2016: alcançar e ultrapassar as metas de redução de novos casos de infecção, de casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), de casos de apresentação tardia, de mortes associadas à infecção e de casos de transmissão mãe filho, tal como vêm referidos no Programa Nacional. “Sem discriminação e sem deixar ninguém para trás.

Sabemos que, hoje, estamos mais próximos desse porto de chegada”, referem os responsáveis da tutela.

## **Tendência de decréscimo de novos casos reforçada**

Durante o ano de 2013, Portugal manteve a tendência de decréscimo do número de novos casos notificados de infecção por VIH. Os dados referentes a 2013, recolhidos até 31 de Agosto de 2014, revelam uma diminuição de 13,7%, relativamente a 2012. A distribuição por género manteve-se estável, relativamente ao ano anterior, com tendência de ligeiro decréscimo da proporção de casos ocorridos no género feminino, verificada desde meio da década anterior.

Desde o início da epidemia em Portugal, 74% dos casos ocorreram no grupo etário 20-44 anos. No entanto, acima dos 49 anos, o número de casos já corresponde a 14,4% do total de casos notificados. Mais interessante se torna verificar a evolução nesta faixa etária. Tal como tem vindo a ser descrito, nomeadamente nos países ocidentais, também em Portugal a proporção de casos nesta população tem vindo a crescer de forma significativa, atingindo em 2013, mais de 20% do total de novos casos notificados, uma tendência já percebida no estudo efectuado pelo INSA, em 2013.

Em relação à distribuição dos casos notificados pelos estádios de infecção, o dado mais significativo é o declínio consistente da proporção de casos de SIDA relativamente ao total de casos notificados em cada ano, sobretudo a partir de meados da década anterior (com excepção dos anos 2010-2011) e atingindo a sua menor proporção de sempre em 2013 (21,3%).



### **Tendência de decréscimo entre UDI mantém-se**

Em 2013, manteve-se o padrão registado nos últimos anos, nas três principais categorias de transmissão. A transmissão por via sexual correspondeu a mais de 90% do total de novos casos notificados: a transmissão através de relações heterossexuais manteve-se em cerca de 62% e, ao contrário do que se vinha a verificar desde 2000, a proporção de novos casos de transmissão em HSH, estabilizou em 2013 (29%).

Simultaneamente, manteve-se a tendência de decréscimo dos casos em UDI, correspondendo em 2013 a 6.9% dos novos casos notificados. Quando se analisa a evolução, desde 2004 até hoje, consta-se que, globalmente, a transmissão entre HSH cresceu significativamente, ao contrário da transmissão entre UDI, que se reduziu drasticamente e da transmissão por via heterossexual (onde o decréscimo nos indivíduos provenientes de países de elevada prevalência e os provenientes dos restantes países foi semelhante).

### **Lisboa, Porto e Setúbal aconselham planos especiais**

No período 2011-2013, nos distritos de Lisboa, Porto, Setúbal e Faro ocorreram 75% dos novos casos notificados em Portugal, sendo que mais de 50% se registaram em Lisboa e Setúbal. Em 2013, a taxa de incidência (novos casos) em Portugal registou um decréscimo de 2,1% relativamente a 2012, situando-se em 13,6/100.000 habitantes, um valor que ainda é significativamente elevado em comparação com os dados dos restantes países da Europa ocidental. Tal como dados já referidos anteriormente faziam prever, houve regiões e municípios com valores significativamente mais elevados. Nestes casos, destacam-se as regiões da Grande Lisboa (31,8), Península de Setúbal (15,9), Algarve (15,1) e Grande Porto (14,6) e os municípios de Lisboa (52,6), Amadora (33,6), Loures (33,5), Porto (31,9), Sintra (29,5), Oeiras (27,8), Setúbal, (26,1) e Faro (26,1).

Em 2013, a taxa de incidência (novos casos) de SIDA foi de 2,9/100.000 habitantes, evidenciando igualmente uma evolução positiva em relação a 2012 (3,7/100.000 habitantes) mas ainda acima dos valores desejados.

A importância dos movimentos de migração nos países ocidentais tem vindo a ser alvo de atenção redobrada, tendo em vista a definição de melhores estratégias de prevenção primária, diagnóstico precoce, acesso e retenção nos cuidados de saúde destas populações. Em Portugal, desde 2000 que se tem verificado uma frequência crescente de casos em imigrantes, no conjunto dos novos casos notificados. Após se ter atingido um valor máximo em 2010 (26,4%), regista-se um decréscimo progressivo a partir de

então, correspondendo a 21% em 2013. A distribuição por regiões de origem, quando considerada a totalidade do período (1983-2013) ou só 2013, mantém as suas características essenciais: proveniência maioritária da África Subsaariana e, em segundo lugar, da América Latina. Em qualquer destes grupos, os países de língua portuguesa constituem a grande maioria dos casos.

### **Mortalidade associada ao VIH diminui progressivamente**

Relativamente a 2013, dados provisórios do INE indicam que, em Portugal, se registaram 458 óbitos associados à infecção pelo VIH, ainda não estando disponíveis as correspondentes taxas de mortalidade. A mortalidade associada ao VIH tem vindo progressivamente a diminuir, de forma mais acentuada nos últimos cinco anos (2008-2013). Se é certo que, em números absolutos, não apresenta o impacto de outras patologias, nomeadamente as “doenças do aparelho circulatório”, as “doenças do aparelho respiratório” ou os “tumores malignos”, a análise dos anos de vida potenciais perdidos atribuíveis à infecção por VIH confere a esta patologia um impacto significativo na sociedade portuguesa, apesar da evolução francamente favorável, com um valor percentual de anos de vida ganhos próximo de 60%, entre 2008 e 2012.

### **Internamentos**

Em 2013, acelerou-se a tendência de decréscimo do número de internamentos associados à infecção por VIH (-9.7%), do nº de dias de internamento (-10.1%) e de letalidade intra-hospitalar (-7.2%). Em 2013, em relação às patologias seleccionadas associadas à infecção por VIH, verificou-se o decréscimo do número de internamentos e da letalidade em relação às duas principais (tuberculose e pneumocistose), o que se não verificou em relação ao Sarcoma de Kaposi (maior número de internamentos mas menor letalidade) e ao Linfoma não-Hodgkin (igual número de internamentos mas maior letalidade). Em relação à co-infecção por Hepatite C o registo foi idêntico ao da tuberculose e pneumocistose.

### **Prevenção primária**

Tal como se antevia em 2013, a quebra verificada na distribuição gratuita de preservativos em 2012 foi ultrapassada em 2013, tendo sido distribuídos mais 28.5% que no ano anterior (duplicando-se a distribuição de preservativos femininos).

Em 2013, registou-se a alteração do modelo de funcionamento do Programa “Diz não a uma seringa em 2ª mão”, com a entrada progressiva dos Cuidados de Saúde Primários, como local de troca de seringas, nas regiões e áreas cuja cobertura era assegurada, anteriormente, pelas farmácias. Devido a essa entrada faseada, não deve ser sobrevalorizado o número ainda reduzido de trocas efectuadas nos CSP, número que se prevê mais elevado em 2014. Por outro lado, deve realçar-se o aumento de trocas efectuadas através de estruturas não-governamentais (equipas de rua, posto móvel) o que permitiu que, no final do ano, o volume de seringas trocadas correspondesse já a 87.5% do registado no ano anterior. É de crer que no ano de 2014 este número possa vir a ser ultrapassado. O esforço a realizar deve contemplar o reforço de ambos os programas de prevenção e, simultaneamente, a implementação de um sistema adequado de monitorização, de acordo com os principais grupos populacionais a que se dirigem e os objectivos de prevenção da transmissão da infecção.

**Quadro 31.** Distribuição da Percepção das Vias de Transmissão (2009-2013) (%).

Formas de Contágio do Virus da SIDA	2009	2010	2012	2013
Sexualmente	84,7	81,5	81,7	78,8
Através do Sangue	49,8	52,7	49,8	47,3
Através de Agulhas/Seringas	15,2	10,9	17,2	17,1
Transfusões Sangue	13,9	13,4	15,8	14,2
Partilha de Seringas	9,1	7,9	9,2	7,5
Através da Saliva	9,6	7	7,3	8,1
Relações Sexuais Desprotegidas	4,9	3,8	7,1	7,8
Feridas	2,8	2,2	4,9	5,9
Objetos Cortantes	1,6	0,7	4,6	2,2
Através de Fluidos	2,6	4,9	3,6	4,6
Mãe para Filho (Gravidez/Parto)	2	1,6	3,5	3,5
Drogas/Toxicodependentes	2	2,2	2,4	2,4

Fonte: Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa face ao VIH – PNI VIH/SIDA – Marktest (2013)

**Quadro 32.** Concordaria em ter relações sexuais com um novo parceiro sem utilizar preservativo? (2009-2013) (%).

	2009	2010	2012	2013
Sim	5,7	5	7,2	7,7
Não	87,7	86,6	88,1	86,8
NS/NR	6,6	8,4	4,7	5,5

Fonte: Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa face ao VIH – PNI VIH/SIDA – Marktest (2013)

**Quadro 33.** Admite a possibilidade de tomar a iniciativa de sugerir a um novo parceiro utilizar preservativo no início da relação? (2009-2013) (%).

	2009	2010	2012	2013
Sim	92,4	89,2	92,9	94,4
Não	4,7	6,2	4,3	3,6
NS/NR	2,9	4,6	2,8	2

Fonte: Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa face ao VIH – PNI VIH/SIDA – Marktest (2013)

### Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa face ao VIH

O inquérito realizado em 2013 não se afasta significativamente do padrão dos inquéritos mais recentes. Importante a percentagem de indivíduos que admite não utilizar preservativo em relações ocasionais (14.2%), embora 94.4% dos respondentes admitam sugerir a sua utilização a um novo parceiro e apenas 17.3% considerem difícil convencer o novo parceiro a utilizá-lo. Dois outros aspectos merecem realce: em

2013, 42.9% dos inquiridos respondeu já ter realizado o teste para despiste da infecção por VIH e 87.8% têm conhecimento da sua existência.

### Tuberculose

A tuberculose tem vindo a diminuir no país, aproximando-se do limite definido como de baixa incidência. A sua concentração nos grandes centros urbanos, a sua associação a dificuldades sociais e a diferentes comorbilidades torna-a mais difícil de abordar, necessitando de uma acção conjunta que actue ao nível social e médico.

A abordagem da tuberculose deve ser sempre dirigida em benefício individual do doente (diagnóstico célere, tratamento adequado evitando a emergência de resistências e reduzindo risco de

mortalidade) e em benefício colectivo (redução do risco de transmissão, identificação da população de maior risco de exposição com vista a prevenir novos casos no futuro).

A tuberculose está a diminuir, mas a sua persistência e o facto de estar associada a grupos mais vulneráveis, impõe que nos mantenhamos atentos e que se mantenham asseguradas as estruturas de apoio à luta contra a tuberculose. Nessas estruturas deverão manter-se recursos humanos devidamente treinados em tuberculose.





## Notas finais

*A entrada em vigor do novo sistema informático SI.VIDA constituiu um avanço qualitativo relevante no conhecimento da epidemia por VIH em Portugal, permitindo-nos uma visão mais precisa da sua evolução e da situação actual.*

*Em 2013 verificou-se um decréscimo mais acentuado do número de novos casos de infecção por VIH, do número de novos casos de SIDA e do número de óbitos associados à infecção por VIH. A transmissão mãe-filho da infecção por VIH ocorreu apenas em dois casos dos 197 recém-nascidos de mães infectadas por VIH.*

*Estes dados não nos devem fazer esquecer que os valores apresentados ainda se mantêm significativamente acima dos dados reportados pela grande maioria dos outros países da Europa ocidental.*

*O registo dos novos casos de infecção manteve uma distribuição geográfica desigual: a região de Lisboa (Grande Lisboa e Península de Setúbal) concentrou mais de 55% do total de casos notificados e o concelho de Lisboa apresentou uma taxa de incidência de novos casos de infecção por VIH mais de 3 vezes superior à média nacional (13,6/100.000 habitantes).*

*Grandes centros urbanos apresentaram as taxas de incidência de novos casos mais elevadas: Lisboa, Porto, Loures, Amadora, Setúbal, Sintra, Oeiras, Faro.*

*Em 2013 continuou a verificar-se a tendência de aumento da frequência de novos casos notificados na população acima de 49 anos.*

*Os dados nacionais continuaram a apontar para o impacto significativo das populações migrantes no conjunto da infecção por VIH em Portugal e para uma distribuição cada vez mais circunscrita regionalmente (Lisboa e, em segundo plano, Setúbal e Faro).*

*A transmissão da infecção através de relações sexuais correspondeu a mais de 90% do total de casos notificados em 2013. Ao invés, a transmissão em utilizadores de drogas injectáveis acentuou a tendência de decréscimo anterior, tendo sido inferior a 7% do total de casos notificados.*

*Em 2013 e relativamente a 2012, o número de internamentos associados à infecção por VIH, o número de dias de internamento e o número de óbitos hospitalares mantiveram a tendência de decréscimo, verificada nos 3 anos anteriores (-9.7%, -10.1%, -7.2%, respectivamente).*

*Em 2013, todos os programas de prevenção primária e de diagnóstico precoce mantiveram a sua actividade. De salientar: a) o decréscimo do número de seringas trocadas, parcialmente explicado pela integração faseada dos CSP neste programa; b) o acréscimo no número de preservativos distribuídos gratuitamente; c) A tendência de decréscimo do número de testes realizados nos CAD, a qual deve ser enquadrada no reforço da realização do diagnóstico precoce noutras estruturas, nomeadamente da comunidade. Contudo, a proporção de casos reactivos manteve-se próxima de 1% e mais de 11% dos novos casos foram identificados nestes centros.*

*Em 2013, foram notificados 2195 novos casos de tuberculose, representando uma taxa de incidência de 21,1/100.000 habitantes. Observou-se, assim, uma redução de cerca de 7% da taxa de incidência, relativamente 2012. Porto e Lisboa continuam a ser as cidades com maior incidência de tuberculose do país.*

*O tempo entre o início de sintomas e o diagnóstico tem vindo a aumentar ao longo dos anos, apesar de uma maior rapidez dos métodos diagnósticos.*

*Em 2013, 17% dos casos de tuberculose ocorreram em doentes nascidos fora do país. Na sua grande maioria (82,7% dos casos) ocorreram após a permanência em Portugal por um período superior a 2 anos.*

*Cerca de 38% dos doentes com tuberculose tinham comorbilidades reconhecidas como de risco para tuberculose, sendo a mais significativa a infecção por vírus de imunodeficiência humana (14,5%). A proporção de doentes com tuberculose e doença oncológica, com diabetes ou patologia inflamatória articular têm aumentado nos últimos anos.*

*Cerca de 30% dos doentes com tuberculose apresentou factores de risco sociais entre os quais o consumo de álcool e o consumo de drogas ilícitas (endovenosas e/ou inaladas) são os mais representados.*

*A taxa de incidência de tuberculose na população reclusa em 2013 foi de 434/100.000 reclusos, representando um decréscimo relativamente aos dados de 2012.*

*Dos 1114 casos com tuberculose confirmada e tratamento terminado, 931 tiveram sucesso terapêutico (taxa de sucesso de 83,6%), 32 interromperam o tratamento (2,9%) e 113 faleceram no decorrer do tratamento para tuberculose (10,1%).*

*Em 2013 ocorreram 17 casos de tuberculose multirresistente (TBMR), representando 1,6% dos casos testados e 0,7% do total de casos de tuberculose notificados. De entre os 17 casos multirresistentes, 5 casos eram extremamente resistentes. Em 2013, só foram notificados casos de tuberculose multirresistente na região Norte (4 casos) e na região de Lisboa e Vale do Tejo (13 casos). Cerca de 60% dos casos de tuberculose multirresistente (10) eram nascidos em Portugal.*

## Recomendações

*Alargar o âmbito do sistema SI.VIDA e otimizar a sua implementação, como instrumento de monitorização epidemiológica, clínica e de contratualização.*

*Reforçar a estratégia de promoção da utilização do preservativo, adaptada aos vários contextos epidemiológicos.*

*Reforçar a implementação do Programa “Diz não a uma seringa em 2.ª mão” nos Cuidados de Saúde Primários e envolver o maior número de parceiros na sua implementação.*

*Reforçar as estratégias de implementação de diagnóstico precoce da infecção por VIH, com destaque para as populações mais vulneráveis e, através dos Cuidados de Saúde Primários, para a sua generalização à população.*

*Assegurar a equidade no acesso e a qualidade do tratamento da infecção por VIH, como instrumento essencial para melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com VIH, diminuir a transmissão da infecção na comunidade e contribuir para a sustentabilidade do SNS.*

*Definir uma estratégia de actuação nos grandes centros urbanos, envolvendo diferentes parceiros, nomeadamente estruturas de saúde, autárquicas e da comunidade, dirigidas ao controlo da infecção por VIH e da tuberculose e implicando:*

- caracterização adequada dos problemas em cada um dos centros urbanos;*
- A criação de rede multidisciplinar que vise aliar os serviços sociais e clínicos e responda aos problemas identificados.*

*Identificar e corrigir as barreiras ao diagnóstico célere da tuberculose.*

*Definir protocolos de abordagem das comorbilidades mais frequentemente associadas à tuberculose.*

*Definir protocolos que visem o rastreio e detecção precoce de casos de tuberculose nos grupos de maior risco.*

*Assegurar a melhoria da confirmação dos casos e a cobertura de testes de susceptibilidade.*

*Definir o modelo de rede de referenciação nacional da Tuberculose.*



# XI Congresso Nacional de Psiquiatria reúne mais de 800 congressistas

*Mais de 800 profissionais afectos às áreas da psiquiatria e de outras especialidades que concorrem para uma eficaz intervenção em saúde mental estiveram reunidos, entre os dias 19 e 21 de Novembro, em Vilamoura. O propósito foi o habitualmente mais participado encontro científico organizado em Portugal, o Congresso Nacional de Psiquiatria, cuja XI edição obedeceu a um mote peculiar: Psiquiatria e Medicina, Ligações e Disjunções. Em pleno Novembro, o clima e paisagem algarvia serviu de inspiração, enriquecendo discussões em torno de novas abordagens e intervenções mas igualmente num regresso ao passado que, pretende a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, constitua um motivo de reflexão que alicerce a definitiva afirmação e reconhecimento da psiquiatria como especialidade médica sustentada na evidência, uma base que não renega raízes como a subjectividade, criatividade e até... uma certa veia artística. Dependências evidenciou-o em entrevistas com João Marques Teixeira e António Palha...*



**João Marques Teixeira, presidente da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental**

**Que significado assume esta massiva adesão, de cerca de 800 congressistas, a um encontro científico no âmbito da psiquiatria e da saúde mental?**

João Marques Teixeira (MT) - Significa sobretudo que a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental tem vindo a ser reconhecida pelos seus pares como sendo a organização que os representa quer no plano científico, como está patente neste congresso, quer no plano organizacional. De facto, hoje, em Portugal, o grande encontro da psiquiatria é o Congresso Nacional de Psiquiatria e isso corresponde a uma conquista das últimas direcções da Sociedade, que conseguiram ir demonstrando que podemos

ser um grande guarda-chuva onde todos os psiquiatras portugueses e os internos de psiquiatria se podem “abrigar”...

**E, ao que parece neste encontro, também os outros profissionais da saúde mental...**

MT – Exactamente. Embora a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria esteja basicamente organizada e orientada para os psiquiatras, o Congresso é aberto às várias forças que intervêm no terreno da saúde mental e da psiquiatria.

**Que mensagem está associada ao tema do congresso, que remete para ligações e disjunções entre a psiquiatria e a medicina?**

MT – O desafio que lançámos, patente no tema Psiquiatria e Medicina, Ligações e Disjunções, remete para os muitos anos em que a psiquiatria esteve alheada e afastada da medicina, recolhida nos hospitais psiquiátricos e de costas voltadas para as suas “irmãs”, as outras especialidades médicas. Quisemos trazer novamente este tema para a discussão: quais são as ligações entre a psiquiatria e a medicina, o que a une, a afasta ou distingue e tivemos, de facto, uma adesão muito significativa. Por um lado, mais de 20 colegas estrangeiros vieram colaborar graciosamente connosco, mais de 80 colegas nacionais vieram prestar os seus conhecimentos, tivemos colegas de outras especialidades, algo que nos interessava particularmente... Em suma, penso que daqui poderá sair algo interessante ligado ao aprofundamento do diálogo entre a psiquiatria e as suas congéneres especialidades médicas.

**Mas ainda existem efectivas disjunções?**

MT – Sim, existem muitas. A psiquiatria é uma especialidade muito à parte e diferente... Não foi por acaso que houve este movimento de afastamento durante estes anos. Basta dizer que a psiquiatria é a única especialidade da medicina que usa a subjectividade como intervenção. Tem particularidades próprias que a levam a ter um papel especial, havendo mesmo quem afirme que a psiquiatria não é uma especialidade médica mas antes um ramo da medicina, a par da cirurgia, ocupada com a estrutura, a medicina ocupada com a função e a psiquiatria ocupada com a informação.

**O que sugere a necessidade de se promover uma intervenção articulada e integrada quando o foco é o doente...**

MT – Antes de mais, o psiquiatra tem que ser um médico e tem que ter uma visão médica do doente, isto é, uma visão global do seu funcionamento e disfuncionamento nos planos biológico, psicológico e social. Depois, tem que ser um terapeuta, isto é, estar ao serviço do doente no sentido de tentar perceber não só como a doença como objecto de intervenção, mas também a forma idiossincrática como o doente a vive. Isto é o psiquiatra, como qualquer médico, tem de estar atento à doença e à dor. . No



## Simpósio: Cognição “fria” e cognição “quente” na depressão

João Marques Teixeira

“Recentemente, tem sido afirmado que as alterações cognitivas na depressão são muito importantes porque são um dado sintomatológico e um factor de risco para a recaída que é preciso tratar. Tem-se especulado sobre o tipo de alteração cognitiva existente na depressão e tem-se discutido se aquela cognição “fria”, como que isolada de todo o aspecto emocional está alterada ou se o que está alterada é a interferência das emoções sobre a cognição. O que defendo é que, como António Damásio escreveu há muito tempo no seu primeiro livro *O Erro de Descartes*, sem interferência das emoções não existem cognições adequadas e, portanto, a meu ver, o problema não está aí. Apresento alguns dados resultantes de estudos que temos realizado, que revelam que o problema está numa inversão da assimetria frontal alfa, que tem que ver com o viés negativo que o deprimido tem para dar mais valor aos estímulos negativos do que aos positivos. Será então necessário alterarmos esse viés e vermos se os medicamentos serão capazes de o fazer”.

fundo, o psiquiatra tem que saber extrair da informação científica baseada na evidência e que é abstracta, aplicando-a àquela pessoa concreta com eficácia e humanidade que resulta num trabalho complexo.

### Refere-se ao diagnóstico como uma construção cultural... Porquê?

MT – Primeiro, porque mudam de cinco em cinco anos, quando saem DSM... Se fossem entidades naturais não mudavam com esta periodicidade. Depois, essa mudança resulta do facto de ainda não termos acesso àquilo que, ontologicamente, define a medicina, que é o conceito de lesão. A doença baseia-se, ontologicamente, no conceito de lesão e não temos acesso a isso porque não encontramos lesão para as nossas doenças, o que dificulta esta ancoragem ontológica da psiquiatria na medicina.

### Mas nalgumas patologias da saúde mental encontram-se, com recurso à imagiologia, lesões nalgumas partes do cérebro...

MT – Mas, aí, “roubam” a doença à psiquiatria e a mesma passa para a neurologia, como sucede com as demências... Agora só são da psiquiatria quando há alterações do comportamento, área específica de intervenção do psiquiatra.. A questão que se coloca é que os juízos que estão na base da construção de um diagnóstico de psiquiatria – em psiquiatria não se fala em doença mas antes em perturbações, como a depressiva ou esquizofrénica, falando-se em doença quando existe uma lesão, como na doença de Alzheimer ou de Parkinson – são de natureza construtivista ou cultural e não de natureza empírica científica. Por isso digo que são construções. São úteis, necessárias e importantes mas também falíveis. Um diagnóstico de uma perturbação psiquiátrica em Portugal pode não ser exactamente o mesmo em África. Contudo, o diagnóstico de uma fractura do fémur é exactamente igual, o que quer dizer que estes juízos de diagnóstico estão muito imbuídos de questões culturais, logo, são construções.

### Quer dizer que, mais do que tipificar um diagnóstico, há que perceber a pessoa?

MT – Em termos de intervenção psicoterapêutica, há que perceber a pessoa; em termos de compreensão e explicação do comportamento patológico, há que perceber o sintoma. O caminho, para mim, é do diagnóstico para o sintoma.

**Muitas organizações da sociedade civil têm vindo a terreno criticar a inépcia instalada em Portugal no que respeita à intervenção em saúde mental, nomeadamente quanto à definição de prioridades por parte da tutela e a um suposto relaxamento face a um grave problema de saúde pública... Que visão tem sobre esta matéria?**

MT – A minha visão resume-se muito simplesmente a isto: infelizmente, não temos dados sobre o país. E quem não tem dados e quer montar um plano de intervenção só o pode fazer ideologicamente e não baseado na evidência.

### Especula-se quando se diz que um em cada quatro portugueses tem um problema de saúde mental durante a vida?

MT – Especula-se no sentido de não se especificar o que isso quer dizer. Significa que teve luto, uma situação de saúde mental não patológica? Mas é um problema... Creio que existe uma questão metodológica por trás destes inquéritos que não nos permitem ter uma visão clara da realidade.

### E quanto ao plano nacional para a saúde mental, que comentário?

MT – A mesma crítica: primeiro, é preciso coordenar dados. Existem alguns dados sobre a doença, traduzida na parte psicológica e comportamental, que não estão ligados entre si, o que não nos permite obter uma visão global. Depois, talvez seja preciso mudar o sistema de recolha de dados e perceber que tipo de dados pretendemos recolher para percebermos bem a realidade. Finalmente, é necessário adoptarmos uma forma mais adequada e cientificamente mais baseada na realidade portuguesa para construirmos políticas baseadas na realidade e não na ideologia.

### Pelo que conhece da sociedade portuguesa, considera o povo português depressivo?

MT – Acho que é um povo do fado. Mais do que depressivo, é um povo com alguma melancolia mas isso não é mau porque a melancolia é mais criativa.

### Como avalia o estado da arte em psiquiatria em Portugal?

MT – Está muito bom! Tem o tal problema da pouca coordenação e integração. Existem ilhas de excelência mas que não estão coordenadas. Não existe um plano nacional de investigação.

## Simpósio: Tratar a Esquizofrenia hoje: Défices cognitivos e a importância do tratamento farmacológico. Um estudo eletrofisiológico dos efeitos do Palmitato de Paliperidona

João Marques Teixeira

“A propósito desse medicamento que, sendo recente, é um anti-psicótico, apresento um modelo neurobiológico que explica por que alguns anti-psicóticos actuam na componente cognitiva e outros não para sustentar como no futuro se poderá diferenciar diferentes fármacos para a mesma perturbação.”



### António Palha

#### O que representou a título pessoal esta recente distinção da Sociedade Espanhola de Psiquiatria?

António Palha (AP) – Ser membro honorário da Sociedade Espanhola de Psiquiatria é uma honra para mim. Durante cerca de 50 anos, mantive contacto com a psiquiatria espanhola, inicialmente através do meu chefe, Professor Fernandes da Fonseca, que tinha uma relação próxima com os espanhóis, primeiro num contexto luso galaico, depois com Madrid, com a Catalunha... Enquanto director do Serviço de Psiquiatria também privilegiei a possibilidade de os nossos internos irem estagiar em centros de excelência de Espanha, promovendo assim relações com vários serviços espanhóis que realizam formação e investigação, participei, também, em teses de doutoramento em Espanha... Os nossos colegas espanhóis habituaram-se a participar nos nossos congressos e, neste, da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria, temos sempre uma mesa com as sociedades amigas, em que a espanhola é sempre convidada e marca presença... Fiz parte da comissão organizadora do último Congresso da Associação Mundial de Psiquiatria (WPA), a maior organização mundial de psiquiatras, realizado em Madrid, assumindo um papel de relevo para colocar a língua portuguesa como língua de trabalho... Talvez todas essas ligações e actividades que tive durante a vida tivessem dado azo a que me propusessem como membro honorário.

#### Presumo que este XI Congresso da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental seja um momento que o toque particularmente, até porque se trata de uma organização que já liderou...

AP – Sem dúvida, quer pelo passado, quer pela participação activa que ainda tenho tido na organização dos congressos. Talvez a minha natureza ativa misturada com razões cívicas de meu caráter, justifiquem este envolvimento. Entendo que este congresso, tal como todo o papel da Sociedade, deve ser cada vez mais importante no meio português da Psiquiatria e da Saúde Mental, quer como representante dos legítimos interesses dos psiquiatras, na defesa da clíni-

ca psiquiátrica, da relação com o doente e dos direitos do mesmo e de políticas que favoreçam o tratamento em diversos enquadramentos e reabilitação dos nossos doentes, algo muitas vezes mais legislado do que praticado. Enquanto pertencentes a uma especialidade médica importante, temos a obrigação de fazer pressão para que muitas insuficiências e distorções que se passam quer na aplicação de leis e na não criação e implementação de estruturas na comunidade e de modernos serviços de internamento para os nossos doentes, sejam eliminadas. Por outro lado, a SPPSM também assume particular importância na formação dos nossos internos, na exigência de uma formação multidimensional técnica e prática nesta especialidade e na relação com os Serviços que estejam aptos para os formar. Espero pois que a SPPSM tenha um futuro cada vez mais promissor. Daí que este congresso, o maior e mais participado que se realiza no país, mereça atenção das outras sociedades médicas e da comunicação social, quer das administrações hospitalares e regionais e do Governo. Entendo que deveríamos ser chamados mais vezes do que somos para participarmos nas definições das políticas ligadas à psiquiatria e à saúde mental e espero que estes congressos também sirvam para isso.

#### Fala-se neste congresso em ligações e disjunções entre a psiquiatria e a medicina, nalguma apropriação da neurologia relativamente a áreas que permanecem num certo limbo... Para quando a integração em vez da compartimentação?

AP – Devo dizer que sou do tempo em que havia serviços de neuropsiquiatria, onde trabalhei... Quando fui mobilizado, em 1965 para prestar serviço em Moçambique, cheguei a Lourenço Marques e para além do meu serviço geral, pude exercer no Hospital Miguel Bombarda, na altura o maior hospital do território português, no Serviço de Neuropsiquiatria, trabalhando nessa perspectiva neuropsiquiátrica. A Psiquiatria e a Neurologia eram especialidades próximas e agrupadas em classes que estavam juntas e pertenciam à Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria, que só separaram após a revolução do 25 de Abril, dando origem a duas sociedades distintas. A Psiquiatria depois de um “desvio” na minha opinião excessivo, através dos movimentos de anti-psiquiatria, que a levaram a passasse, por vezes, a ser muito mais uma disciplina social do que médica, o regresso da psiquiatria ao seu verdadeiro caminho é algo por que esta Sociedade sempre lutou, contra todos os desvarios que apareceram. Este regresso representa também um regresso ao cérebro e à valorização da Neurociência. Ou seja, temos uma área social importante, como aliás a medicina tem mas não podemos deixar de pensar que o cérebro é um órgão base cujo funcionamento implica muitíssimo o nosso comportamento. E começam a surgir muitos psiquiatras ou profissionais ligados à psiquiatria integrados na investigação em neurociência. Eu próprio fiz uma tese de doutoramento na área da epilepsia e psiquiatria, uma área de charneira completa e montei um laboratório de neurofisiologia no Serviço de Psiquiatria do Hospital de São João exactamente com esta ideia de que os



## Simpósio: Nova geração de injectáveis de libertação prolongada (ILPs) e mudança de paradigma no tratamento da esquizofrenia

António Palha

"Fui dos primeiros médicos, nos anos 60, que se interessaram por esta formulação de antipsicóticos na altura com o Professor Fernandes da Fonseca, quando surgiu o primeiro injectável retard da flufenazina. Fizemos um estudo com a Dra. Madalena Curia, comparando o enantato e o decanoato de flufenazina que foi publicado num jornal médico. Fizemos a primeira clínica de decanoato no Hospital de São João com a administração desse neuroléptico, a flufenazina. A vantagem dos injectáveis de libertação prolongada reside no facto de o fármaco ter uma acção de várias semanas, o que permite uma estabilização quer da sintomatologia, quer a certeza da toma. Os injectáveis têm ainda menos efeitos colaterais e, recentemente, surgiu uma formulação com uma acção farmacológica de três meses, o que permite que uma pessoa com uma doença grave como a esquizofrenia possa tomar apenas quatro injeções por ano, permitindo uma grande abertura face ainda às novas técnicas e formulações das nanotecnologias. Uma adesão mais controlada do tratamento que nos é proporcionada com nova geração dos fármacos retard afigura-se como uma nova luz", no tratamento com êxito de doenças graves que necessitam de um tratamento prolongado.

psiquiatras não deve deixar de estudar o cérebro e que façam sempre uma ponte com a neurologia. Há quem afirme que, um dia, a psiquiatria será absorvida pela neurologia... Não me parece que vá suceder. Penso que haverá cada vez mais zonas comuns e que uns e outros, através da complementaridade, poderão trabalhar mais interligados para bem dos seus doentes. Mas parece-me importante que os psiquiatras voltem a estudar o cérebro de uma forma mais acurada do que o têm feito até agora.

### Se o tema estigmatização do doente com problemas de saúde mental parece consensual, lança-se agora uma nova discussão em torno da estigmatização da especialidade médica psiquiatria...

AP – Sim, também foi estigmatizada. E, de certa maneira, o regresso à sua raiz médica é importante para estar ao mesmo nível de aceitação de qualquer outra especializada. O tempo de estigmatização que via quando comecei a minha carreira médica acho que desapareceu.

### Haverá uma crise de identidade da psiquiatria?

AP – Tendo uma dimensão social e até cultural importante, a psiquiatria tem permitido uma variação imensa de métodos e de práticas... Lembro que a doença mental, que representa um desvio de comportamento muito grande, era tida secularmente como uma doença dos espíritos malignos, do mau olhar ou até da posse demoníaca como no tempo da inquisição... Depois, surgiu muito charlatanismo associado e, felizmente, desapareceram muitas práticas mas a verdade é que fica por vezes uma dúvida. O ser humano procura constantemente resoluções para aquilo que, aparentemente, não tem solução e a esperança de se conseguir por processos transcendentais o que não se alcança aparentemente por processos científicos persiste não só na psiquiatria como em outras áreas da medicina. Felizmente, estamos numa época em que o espírito científico e os critérios quer para tratamento quer para diagnóstico são mais rigorosos e assim podemos fazer bons psiquiatras e bons médicos sem esquecer a vertente humanista existente em toda a prática clínica.

### O facto de existir uma certa dimensão de subjectividade na abordagem da psiquiatria ao doente também poderá estar na origem dessa subvalorização?

AP – Na relação médico doente, a avaliação dos sintomas de um comportamento anormal passa muito pela projecção do próprio médico naquilo que este entende sobre o que é normal ou anormal. Aqui, a cultura, a ética e as práticas de cada região do mundo podem assumir um papel diferenciador e preponderante. Digamos que a experiência subjectiva que é transmitida ao médico, tem muitas vezes não só a distorção da subjectividade cultural e de crenças do doente mas também a da avaliação médica, algo que é mais saliente na Psiquiatria do que noutra especialidade médica, mas têm que existir regras. O esforço das classificações aponta nesse sentido mas, por si só, não incluem um caso particular. Para estudarmos um novo medicamento ou uma nova técnica, temos que garantir uma certa homogeneidade na escolha das amostras mas, quando estou a ver um doente, o mesmo tem uma particularidade tão pessoal que, muitas vezes, não cabe na "lista" dos diagnósticos. Embora existam casos típicos e claros, outros são intermédios. Há que pensar na pessoa e na sua circunstância e, por outro lado, se temos um cérebro com uma forte componente biológica, a programação que se faz no mesmo tem muito de psicológico e de cultural. O que o meio faz da pessoa é algo que também se reflecte através do cérebro no comportamento. O que complica ainda mais a compreensão da origem são os estudos de epigenética, que demonstram que o ambiente pode mudar a expressão dos genes... Ou seja, somos um misto do que herdámos mas também do que fomos feitos e a psiquiatria é das áreas da medicina onde esta complementaridade e diversidade leva a que tenhamos mais cuidado na avaliação das causas dos comportamentos anormais.

### Talvez seja esse um dos factores que elevam também a psiquiatria a uma certa condição artística, como tantos afirmam relativamente a outras especialidades...

AP – Também, naturalmente... Levam-na a estar mais próxima da cultura e de certas expressões que são absorvidas pelos regimes devidos e que temos que valorizar.





# Saúde Mental...

## Reabilitar na comunidade

*O I Simpósio da Associação de Familiares, Utentes e Amigos do Hospital de Magalhães Lemos (AFUA-HML), realizou-se no dia 4 de Dezembro, elegendo como palco o auditório do Hospital de Magalhães Lemos, no Porto.*

*A concretização deste simpósio visou contribuir para a promoção do conhecimento e partilha sobre as respostas e experiências institucionais no domínio da reabilitação psicossocial, a nível nacional. Enquanto objectivos específicos, a organização do evento pretendeu oferecer um contributo para a divulgação das práticas de reabilitação psicossocial, fomentar momentos de partilha sobre as diversas práticas de reabilitação psicossocial de diferentes instituições a nível nacional e promover o estabelecimento de sinergias entre as várias instituições que actuam no domínio da reabilitação psicossocial, assim como a reflexão sobre o trabalho de reabilitação psicossocial a nível nacional. As linhas temáticas do simpósio, distribuídas por quatro painéis, procuraram organizar, apresentar e discutir os trabalhos em torno do tema geral e de muitas outras questões da área da reabilitação psicossocial. Os painéis contemplaram apresentações sobre o tema realizadas por personalidades de relevo na área da saúde mental, incluindo a partilha de experiências de várias entidades que desenvolvem serviços deste âmbito a nível nacional. O evento contemplará ainda um livro de atas digital do simpósio, em que constarão os resumos das apresentações realizadas e dos posters apresentados e que poderá ser consultado após a realização do evento no site do mesmo.*

*Dependências esteve presente no simpósio e entrevistou Afonso Santos presidente da AFUA-HML, e Mercedes Pereira, directora técnica da instituição.*



Mercedes Pereira e Afonso Santos

### **Que propósitos assume a realização deste I Simpósio da AFUA?**

**Afonso Santos (AS)** – O objectivo principal é ir de encontro a uma maior divulgação da AFUA e dos problemas que se prendem com a reabilitação. Pretendemos unir esforços no seio da comunidade...

### **Falar em saúde mental e, nomeadamente em reabilitação continua a representar uma luta contra um estigma?**

**AS** – Sim, é verdade e, como tal, essa questão da estigmatização tem que ser também combatida. Uma das formas é esta que aqui apresentamos, falando sobre ela e procurando caminhos que levam à extinção desse estigma.

**Mercedes Pereira (MP)** – Este é o nosso primeiro simpósio e é nossa intenção multiplicar outras iniciativas do género e, inclusivamente, fazer com que as mesmas tenham lugar na comunidade, ou seja, fora de portas do hospital. A AFUA nasceu a partir do Hospital de Magalhães Lemos, com um conjunto de técnicos, familiares e amigos deste hospital que se juntaram e constituíram esta associação mas é nossa pretensão, de facto, divulgar o trabalho que desenvolvemos, também no sentido de captar pessoas que padecem de patologia mental e desconhecem este tipo de recurso que a AFUA proporciona. Esta é pois, também uma iniciativa no sentido da desmistificação da saúde mental e da reabilitação em saúde mental.

### **Como será possível levar a cabo essa missão numa sociedade como a actual?**

**MP** – Isto é possível criando estruturas reabilitativas, como sejam algumas que já temos em funcionamento, unidades de vida apoiada, ou seja, residências sediadas na comunidade, fóruns sócio ocupacionais, como o que existe em Matosinhos e pretendemos replicar... Ou seja, mais empresas sociais – nós temos duas, uma na área da restauração e outra na da limpeza – que pretendemos que se expandam. A nossa perspectiva, no sentido de desmistificar este estigma associado à saúde mental, consiste em multiplicar este tipo de estruturas reabilitativas na comunidade, por forma a abarcar o maior número de pessoas e de lhes oferecer a possibilidade de desfrutar na mesma do seu seio familiar, da comunidade onde vivem e de usufruírem de um serviço especializado e vocacionado para a saúde mental na comunidade.

### **O doente ou a família... quem estará afinal “doente” perante esta problemática?**

**AS** – Na realidade, quando existe uma doença mental na família, a mesma acaba por se repercutir em todos os familiares. A consequência no dia-a-dia de todos é significativa.



**Em que medida estará o surgimento da AFUA relacionado com a carência de instituições e de respostas para este tipo de doença?**

**MP** – As instituições hospitalares não são suficientes. Na realidade, o tipo de abordagem que se faz no hospital é importantíssimo mas tem que ser complementado com estruturas na comunidade, que dêem continuidade a esse trabalho que é realizado no âmbito hospitalar.

**Esta é ainda uma doença muito psiquiatrizada?**

**MP** – Estamos a falar de doença psiquiátrica, de evolução prolongada, de casos muito graves, de pessoas portadoras de psicose, doenças devastadoras não só para o próprio mas também para a família. No entanto, o que pretendemos não é de todo multiplicar pequenos hospitais na comunidade. Queremos integrar os nossos utentes em actividades ditas normais. No que concerne ao nosso fórum sócio ocupacional, por exemplo, não pretendemos que os utentes se mantenham circunscritos àquele espaço durante todo o dia, sendo que os técnicos que ali trabalham articulam com outras instituições para orientarem os utentes quer para um trabalho, quer para uma formação profissional. Há uma perspectiva de trabalho em rede que agrega diversas instituições não necessariamente ligadas à saúde mental, que podem e devem acolher os nossos utentes.

**Que tipo de dialéctica há que promover entre o doente e a doença?**

**MP** – Antes de pensarmos no doente e na doença temos que pensar na pessoa, enquanto ser humano e detentor de direitos e deveres. Temos que ir ao encontro dessa pessoa enquanto ser humano. Quanto à questão da doença, efectivamente, a pessoa não escolheu tê-la mas temos que fazer um trabalho que enalteça a pessoa com vontade de fazer inúmeras coisas na sua vida não dando um enfoque demasiado ao facto de a pessoa ter a doença. As pessoas têm a sua personalidade, emoções e maneira de ser e, nós, técnicos, temos que aceitá-las tal como são, indo obviamente ao encontro de algumas necessidades mais específicas por via da doença que são enfermos.

**Que papel assume o diagnóstico precoce quanto à eficácia do tratamento deste tipo de patologia?**

**MP** – É fundamental! Por isso, a AFUA desenvolve nas escolas acções de sensibilização que vão de encontro à prevenção primária da doença mental. Vamos às escolas primárias e secundárias e a associações que trabalham na Comissão Social de Freguesia de Matosinhos e pomos as pessoas a falar, com os nossos utentes, sobre a questão da doença mental.

**Falamos de uma doença com um perfil comum de idade?**

**MP** – Não, a doença mental pode instalar-se na pessoa em qualquer idade. Nenhum de nós está livre de vir a ter uma doença mental.

**Quer dizer que podemos ter pessoas com doença mental em idade escolar?**

**MP** – Exactamente! E com estas acções de sensibilização, quem sabe, os professores poderão ficar mais despertos para algumas questões específicas e eventualmente referenciar essas pessoas o mais precocemente possível, aumentando significativamente a possibilidade de reabilitação.

**Que papel poderão desempenhar as famílias nesta relação com os serviços oferecidos pelas instituições da sociedade civil que as representam?**

**AS** – As famílias podem desempenhar um papel mais activo nas instituições, nomeadamente nas IPSS formadas no seio da comunidade e que acabam por conferir um apoio social mais significativo a estas situações e por estarem mais próximas dos familiares dos utentes.

**Quem pode ser membro da AFUA?**

**AS** – Qualquer pessoa que pretenda inscrever-se e tenha essa força de querer colaborar com a comunidade. E não constitui critério de admissão ter qualquer familiar com algum problema de saúde mental. Daí as vertentes de familiares, utentes e amigos estarem consignadas na designação da AFUA. Temos um site, [www.afua.pt](http://www.afua.pt), que está acessível a qualquer pessoa que pretenda tornar-se amigo ou associado desta causa.



CRI do Ribatejo e Instituto Politécnico de Santarém em parceria:

# I Workshop “Entre margens – Gaming, Drinking e Cenas”

*O Centro de Respostas Integradas do Ribatejo organizou, no passado dia 19 de Novembro, em conjunto com o Instituto Politécnico de Santarém, o “1º Workshop Entre Margens - Gaming, Drinking e Cenas”, que teve lugar no auditório da Escola Superior de Saúde de Santarém.*

O Workshop contou com a presença de cerca de 300 participantes, divididos entre alunos e técnicos das áreas da educação, da área social e da saúde. O evento elegia como objectivos aumentar os conhecimentos e a compreensão sobre as dependências, trazer aos participantes outros olhares sobre os comportamentos aditivos com e sem substância nos jovens, promover uma atitude mais interventiva face a este fenómeno emergente na sociedade actual, consolidar parcerias e abrir portas para novos projectos de investigação, de formação e de uma intervenção concertada junto da população juvenil nas áreas da Lezíria e do Médio Tejo.

A intervenção do Centro de Respostas Integradas do Ribatejo tem pautado por uma atitude proactiva face à evolução do fenómeno das dependências a nível nacional, bem como pela implementação de boas práticas no âmbito do tratamento, da reinserção, da redução de riscos e minimização de danos e da prevenção, dirigidas a diferentes grupos de risco e implementadas em diversos contextos.

Neste sentido, a presente iniciativa surgiu enquanto uma das actividades que as duas entidades organizadoras do evento pretendem dinamizar em parceria, no decorrer do presente ano lectivo, e no âmbito de um programa de intervenção a implementar junto dos alunos que frequentam as cinco escolas de ensino superior que integram o Instituto Politécnico de Santarém. Neste programa de intervenção está ainda contemplada a organização de workshops específicos como ferramentas de enriquecimento curricular para os vários cursos da área da saúde e da educação, a formação de alunos mediadores para in-



Isabel Baptista

tervenção em eventos festivos académicos e uma campanha de intervenção na recepção ao caloiro e na semana académica de Santarém.

Na primeira mesa do Workshop os olhares dirigiram-se para os jovens e a sua relação com o consumo de álcool. Verificámos que existem significativas diferenças geracionais relativamente aos padrões de consumo e ao seu significado. Os actuais padrões de consumo de álcool estão associados a novas formas de beber, a novas formas de estar na festa. Beber antes de chegar, beber para socializar, beber para anestesiar. Questionámos se este tipo de relação com o álcool não traduz uma







nova forma de procurar lidar com o prazer... ou com o desprazer? Um prazer imediato e sem controlo de emoções.

Analisando o significado deste comportamento de risco na fase da adolescência e na juventude, temos a percepção que, para os adolescentes, o consumo de álcool é assumido como a procura de um estatuto perante os seus pares, enquanto que no contexto universitário o álcool tem para os jovens um papel adaptativo, já sem a monitorização da família. Os rituais de passagem passam a rituais diários e a novos desafios que poderão ameaçar ou pôr em risco o equilíbrio entre margens.

Estiveram também em debate os actuais modelos educativos enquanto potenciais factores protectores, dado que por parte de algumas famílias se verifica uma atitude de negligência, de tolerância e de banalização face a estes comportamentos de risco presentes nos seus filhos.

Outro aspecto abordado pelos intervenientes desta mesa prende-se com a pertinência da recente alteração da lei do álcool, a qual permite a venda e consumo de qualquer bebida alcoólica a partir dos 18 anos de idade. Sendo o álcool um neurotóxico, do ponto de vista cerebral o desenvolvimento de qualquer indivíduo ficará comprometido com os consumos regulares de álcool, dado que o processo de maturação só ficará concluído por volta dos 21 anos de idade. Assim como a capacidade do fígado processar esta substância psicoactiva sem riscos maiores para a saúde.

Se para educar uma criança é necessário mais que toda a aldeia, qual é o papel e a responsabilidade de cada um de nós na prevenção destes comportamentos aditivos? Esta questão remete-nos para a necessidade de envolvimento dos pais, dos amigos, da escola, dos decisores políticos e toda a comunidade civil na definição e implementação de estratégias globais assentes no conhecimento científico e experiencial.

Na segunda mesa sobre o Gaming foi consensual que os jovens são nativos digitais, são multitasks do novo milénio e que a utilização dos ecrãs surge como um problema para os adultos e não para os jovens. A investigação e as neurociências mereceram uma atenção especial nesta mesa, dado que, embora o jogo seja maioritariamente utilizado como um divertimento, actualmente tem-se revelado uma ferramenta fundamental na reabilitação neurológica de indivíduos que por diversas circunstâncias se confrontaram com o comprometimento de algumas das suas funções cognitivas (ex: indivíduos toxicodependentes).

Foi questionada a relação entre os comportamentos de agressividade nos jovens e a influência dos vídeo games. Alguns dos técnicos da área da saúde presentes nesta mesa consideraram não existir uma correlação. Os comportamentos agressivos que se registam nalguns jovens são consequência de outros factores presentes no seu processo de desenvolvimento. No que se refere à utilização dos vídeo games pelas crianças é fundamental termos presente o papel do jogar e o papel do brincar no desenvolvimento de competências pessoais e sociais. A criança que não brinca é adulto que não pensa.

Foi do consenso geral que estamos perante um novo paradigma da comunicação e, por isso, é necessário um acompanhamento muito presente por parte dos educadores relativamente a uma correcta utilização da internet no que se refere ao estabelecimento de regras e limites, à gestão do tempo, ao respeito pelo outro (cyberbullying), ao direito à privacidade (redes sociais), etc.

A relação dos jovens com as festas e festivais surgiu como último tema proposto para discussão neste dia de trabalho. Os jovens, enquanto catalisadores da mudança, afirmam-se através de uma contra cultura, apropriando-se por vezes e de uma forma "assustadora" da gestão de si próprios e da realidade envolvente, mesmo que para isso tenham que recorrer ao uso de substâncias psicoactivas.

É pensando neste movimento de mudança e das novas formas de procura de prazer que se considerou importante encontrar novas estratégias que facilitem a proximidade e a relação com os frequentadores das festas numa dimensão da redução de riscos e minimização de danos. Considerando que existem diferentes tipos de festas que se afirmam quer pela sua periodicidade e intensidade, quer pelo tipo de música, frequentadores e contextos, é fundamental adaptar a intervenção a cada situação per si, o que exige investigação, formação e planeamento, sem perder o respeito pelo outro.



Encontro celebra 21 anos de serviço:

# Unidade de Desabilitação do Norte: uma casa com muitas janelas

*O I Encontro da Unidade de Desabilitação do Norte, intitulado “Uma Casa com muitas Janelas”, decorreu no dia 20 de Novembro, no Salão Nobre da Câmara Municipal de Matosinhos. A Unidade de Desabilitação do Norte, fundada em 2010, é o único internamento do país resultante da fusão de dois internamentos, ambos com um longo percurso e experiência: o do Centro Regional de Alcoologia do Norte (CRAN), destinado ao tratamento de doentes com problemas ligados ao álcool, e o da Unidade de Desabilitação de Cedofeita (UDC), destinado ao tratamento de desintoxicação de substâncias psicoactivas ilícitas. Dependências não faltou e aproveitou a ocasião para entrevistar a coordenadora técnica da UDN, Margarida Pinho.*



**Margarida Pinho,**  
diretora da Unidade de Desabilitação

**O título atribuído ao encontro organizado pela Unidade de Desabilitação de Matosinhos afigura-se sugestivo... Porquê “Uma casa com muitas janelas”?**

**Margarida Pinho (MP)** – Porque, de facto, temos muitas janelas, estamos muito voltados para o exterior. Internamos doentes que vêm orientados por terapeutas de todas as Equipas de Tratamento Especializadas (ETE), desde Bragança a

Santa Maria da Feira e até de outras zonas do país, nomeadamente do centro, dos Açores e da Madeira. Os doentes, de ambos os sexos, estão aqui internados uma ou duas semanas em regime de internamento fechado, o que significa que não têm contacto com o exterior, nem sequer telefonicamente. Todo o contacto é feito através da equipa de enfermagem, que informa os familiares ou tutores que os utentes indiquem, sobre a evolução do seu estado de saúde. Portanto, tanto os utentes como esta equipa, se não tivessem estas “janelas” podiam sufocar aqui dentro... É isso que não queremos. Pretendemos manter-nos voltados para o exterior, procurando uma adaptação constante das nossas respostas de tratamento ao que nos é solicitado do exterior.

**Seguindo a analogia, pergunto-lhe se esta é uma casa aberta ou fechada...**

**MP** – É uma casa que, tendo um regime fechado, é muito aberta ao exterior.

Os doentes estão aqui protegidos e fechados porque achamos que, de facto, essa é a forma de obterem um ambiente tranquilo e seguro que lhes permite estarem completamente dedicados a si próprios e ao seu tratamento e afastados do seu meio ambiente habitual.

Mas nós não nos fechamos e sempre recebemos muita gente. A começar pelo entrevistador (risos), temos sempre muitos estágios médicos do internato de psiquiatria, de enfermagem e de terapia ocupacional. Ainda hoje temos uma visita de observação de um grupo de estudantes do Curso de Técnicos Auxiliares de Saúde de uma escola profissional do Porto.

**Como se desenrola este processo de tratamento, há uns anos designado desintoxicação e actualmente desabilitação?**

**MP** – É sabido que a paragem do consumo da substância da qual o indivíduo é dependente vai trazer sintomas de privação, o que os doentes vulgarmente chamam de ressaca. No internamento, pretendemos fazer essa desabilitação, através da administração de medicamentos que permitam minimizar esses sintomas de privação tanto físicos como psicológicos, mas não ficamos por aqui...

**Mas se o estão a desabilitar, retirando-lhe a substância que está presente no organismo, não lhe estão a provocar a tal ressaca?**

**MP** – Por isso mesmo... Não é tirar a substância... O doente ao parar a substância, porque pretende deixar de consumir uma ou mais substâncias causadoras da dependência, vai começando a ficar sem ela e entrando em privação. Por isso, vamos administrar medicação que ajude a diminuir os sintomas





que essa paragem do consumo provoca. Ele quis sair, parou de consumir a substância, que começa a ser eliminada e, não entrando novamente, o indivíduo fica privado da mesma. A medicação evita ou pelo menos minimiza o sofrimento. Nomeadamente os sintomas de privação de heroína são, por vezes, quer física quer psicologicamente muito difíceis de suportar sem o auxílio da medicação, o que origina normalmente a que procurem novamente a substância e não consigam interromper esse ciclo, por muito que o desejem. E se falarmos numa substância como o álcool podemos estar perante sintomas de privação mais graves, como delirium tremens, crises convulsivas e outras situações que, se não forem tratadas atempadamente, podem mesmo colocar em risco a vida do doente.

#### **Quanto tempo pode durar esse tratamento?**

**MP** – Depende da substância. E estamos perante duas coisas diferentes: o tempo que os sintomas de privação demoram a desaparecer a partir do momento em que pára a substância e o tempo de internamento. Este último é um pouco mais longo, pois não nos cingimos a ajudar a ultrapassar essa fase da privação propriamente dita mas igualmente a ajudar a criar outras estratégias, a recuperar outro modo de vida e de auto-cuidados de que os utentes estão privados. Em suma, os doentes estão aqui internados uma ou duas semanas, algo que é contratualizado à entrada. E isto também os ajuda a tolerar o facto de irem estar isolados do exterior. Uma semana para substâncias ilícitas – heroína e cocaína – e duas semanas para desintoxicação de álcool, agonistas opiáceos como metadona ou buprenorfina, benzodiazepinas ou politoxicodependências. Depois disso, são reorientados para a consulta de onde vieram ou para comunidade terapêutica. Isso depende do projecto que tenham feito com o seu terapeuta, na unidade de origem. Os doentes são orien-

tados para aqui preparados e com a consciência de que a desintoxicação é apenas um pequeno degrau. É importante que não criem expectativas de que sairão daqui curados. Saem prontos a continuarem o tratamento em ambulatório ou, se estiver previsto, em comunidade terapêutica.

#### **O programa do encontro organizado pela UD Matosinhos não se cingiu apenas ao tema da desabitação, resultando numa discussão multidisciplinar... Porquê?**

**MP** – Desde logo, porque aqui trabalha uma equipa multidisciplinar, integrada por médicos psiquiatras, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes operacionais e assistente técnico. Toda esta equipa procura fazer mais para além do tratamento farmacológico e, de facto, os enfermeiros executam intervenções com o objectivo da preparação do doente para a alta, como é o exemplo de uma terapia de grupo onde se abordam crenças típicas a respeito do uso de drogas e se promovem estratégias de coping para situações que ameacem a abstinência do doente, ao mesmo tempo que se trabalha a motivação para a mudança e a prevenção da recaída. Também fazem diariamente uma sessão de treino de relaxamento muscular progressivo no turno da noite com o propósito de dotar o doente de recursos para o alívio da ansiedade e insónia. A educação para a saúde, é também uma preocupação da equipa de enfermagem desta unidade, oferecendo semanalmente duas sessões onde são abordados temas como, infecções sexualmente transmissíveis, hipertensão arterial, malefícios do álcool, etc. Os terapeutas ocupacionais fazem sessões bi-diárias de tratamento pela actividade com vista à melhoria da funcionalidade e equilíbrio ocupacional pelas diferentes áreas de ocupação. Executam com os doentes desde actividades tarefa-projecto, movimento e expressão corporal, treino de aptidões sociais, estimulação cognitiva, sociodrama, etc.







**Nalgumas mesmas também assistimos à participação de profissionais de comunidades terapêuticas... Em que medida será esta uma resposta importante após a realização do processo de desabitação?**

**MP** – Com certeza. Não sendo a única resposta nem a ideal para todos os doentes, é uma resposta que pode fazer todo o sentido. Ela é planeada durante a preparação do doente para o internamento e contratualizada entre o terapeuta e o doente. E para alguns doentes é indispensável e muito importante.

**Na sua prelecção, mostrou a casa por dentro... Em que está alicerçada esta casa?**

**MP** – Os alicerces da casa são, por um lado, todas as equipas de tratamento com as quais trabalhamos, por outro a DICAD, que nos dá as orientações e o SICAD, com quem também mantemos alguma relação de proximidade, nomeadamente com a Divisão de Estatística e de Investigação.

**Um dos problemas mais debatidos prende-se com a dependência do álcool... É assim tão difícil combater esta doença crónica?**

**MP** – Não lhe chamaria combater mas antes tratar... Tratar qualquer dependência não é fácil, tal como não é fácil tratar qualquer doença. Dificilmente falamos de cura em relação a qualquer doença... Quando dizemos que a toxicodependência não tem cura, eu peço que me indiquem alguma doença que tenha cura... Uma diabetes não tem cura, tal como uma hipertensão, uma amigdalite pode recidivar... As doenças têm tratamento mas o risco de recair existe sempre e é nisso que temos que trabalhar, em tentar prevenir a recaída, acompanhando o doente no seu percurso e ajudando-o a autonomizar-se, a amadurecer, a crescer, a não precisar de drogas para aliviar algum sofrimento mental ou físico... Mas nunca irá ser fácil. Nós so-

mos a única unidade do país que interna ao mesmo tempo doentes alcoólicos e dependentes de substâncias ilícitas e não fazemos muita diferença entre uma substância e outra. São doentes dependentes de substâncias. Obviamente, as substâncias em si são diferentes mas a doença é a mesma, a dependência e, é também por isso que é frequente mudarem de uma substância para outra.

**Por que sentiu necessidade de organizar este encontro?**

**MP** – Devo dizer-lhe que este encontro foi um desafio lançado pelo Dr. Adelino Vale Ferreira, coordenador regional da DICAD e confesso que não respondi de imediato... De facto, no dia-a-dia, temos muito trabalho e pensamos: mais trabalho ainda? Mas achei importante dar alguma visibilidade à unidade. Temos 22 camas e uma taxa de ocupação que ronda os 82 por cento com uma rotatividade muito grande e admissões e altas todos os dias à excepção dos fins-de-semana e achámos que devíamos mostrar o que fazemos. Dar visibilidade a um serviço também é importante. Além disso, recuando às origens deste serviço, com a equipa de Cedofeita, celebrámos 21 anos, uma idade e um marco que, para além de maturidade, significa idoneidade. Paralelamente, também fazia cinco anos desde que estamos aqui, nas instalações atuais. Mais um motivo para entender que seria o tempo oportuno para reunir as pessoas e abrir mais uma janela.

**E que balanço faz deste encontro?**

**MP** – Valeu a pena... Por um lado, mostrámos o que fazemos, o que nos permitiu parar, encontrar tempo e disponibilidade para fazer algo diferente, o que, sendo cansativo, também nos tira da rotina. Esta equipa continua a ser empenhada, apesar de todas as dificuldades que todos conhecemos. Mesmo reclamando, faz-se e continua a mostrar-se muita energia e empenho. Sente-se que as pessoas gostam do que fazem, o que me dá muito orgulho. Por outro lado ainda, estes momentos permitem um contacto mais próximo com os profissionais de outras unidades que apenas conhecemos pelo telefone. Foi uma oportunidade para estarmos juntos e nos conhecermos pessoalmente, o que facilita a relação entre as pessoas. Além disso, rever pessoas e colegas que já não via há muito tempo... Soube-nos muito bem a todos.

**Os recursos de que dispõem são suficientes para o trabalho que desenvolvem?**

**MP** – Dificilmente alguém dirá que tem tudo o que precisa... Quanto mais não seja, haverá sempre a ambição de ter um pouco mais... Porque esse pouco mais corresponde também a melhorar a estadia e o tratamento dos doentes, será sempre em benefício dos doentes entregues aos nossos cuidados.



# Um modelo em aperfeiçoamento há 17 anos

*A Comunidade Terapêutica Horta Nova, unidade valência da Caritas Diocesana de Beja, tem como missão a recuperação e a reinserção plena de pessoas com dependências químicas. A comunidade tem licença para 32 camas, das quais 30 são convencionadas com o SICAD e as restantes são privadas. Das 30 camas convencionadas 10% são disponibilizadas para utentes encaminhados por determinação judicial. Elege como população alvo toxicodependentes e alcoólicos do sexo masculino maiores de 18 anos e conta com uma equipa técnica que inclui uma directora técnica e psicóloga clínica, uma psicóloga clínica, uma assistente social, três monitores, um professor de educação física, um médico psiquiatra e supervisor, uma médica de clínica geral e terapêutica familiar.*

*O modelo seguido baseia-se na responsabilidade progressiva de cada residente em relação a si próprio, ao grupo onde se insere e à comunidade. Pretende-se valorizar a vivência de sentimentos de honestidade e sinceridade, enquadrados num clima de afecto e de comunicação entre os residentes.*

*É criado um contexto onde o residente é estimulado à consciencialização do seu problema, dificuldades e limitações. A Comunidade representa um ambiente protegido, facilitador dos processos de mudança comportamentais e relacionais, que permitam a cada residente, de futuro, manter uma vida abstinentemente de consumos nocivos.*

*Todo o processo de tratamento tem por base seis vertentes: psicoterapêutica, organizativa/funcional, lazer, médica, social e socioprofissional.*

*Dependências foi conhecer o projecto in loco, acompanhado por Maria do Carmo directora da Comunidade Terapêutica.*

**Gostava que nos relatasse a história desta comunidade...**

**Como surgiu?**

**Maria do Carmo – (MC)** Confesso que não acompanhei a génese da comunidade, uma vez que estou apenas há dois anos na direcção técnica, embora já sirva a instituição há 15 anos. Sei que foi inaugurada em Fevereiro de 1998 e recebemos o primeiro residente a 16 de Março, data que consideramos para a celebração do aniversário da comunidade. Daí para cá têm existido algumas alterações. Inicialmente, tínhamos apenas o programa geral para toxicodependentes, desde 2011 temos o programa específico para alcoólicos e, desde o início deste ano, temos também o programa de longa duração.

**O que foi mudando na estrutura terapêutica da comunidade ao longo deste período?**

**MC** – Introduzimos os programas específicos referidos em cima. Temos tornado o programa mais personalizado, com maior flexibilidade na abordagem dos problemas colocados pelos nossos utentes. A equipa tem sido receptiva à mudança sempre que se tem perspectivado uma evolução na nossa intervenção.

**É difícil tratar os doentes alcoólicos?**

**MC** - O tratamento acaba por ser muito similar ao dos outros residentes. Tratamos uma dependência. No entanto, claro que existem especificidades. Desde logo, existem diferenças a nível neurológico porque a substância também actua de forma diferente, o que resulta em formas de estar e de actuar diferenciadas por parte dos utentes. O fato de também começarem a sentir as consequência de alguns comportamentos mais tarde, também procuram tratamento em comunidade com idade mais avançada, muitas vezes com sequelas que dificultam, sem dúvida a nossa intervenção. Nesse sentido, embora o programa não seja específico para uma dessas populações, centramo-nos no facto de existir uma dependência, promovendo especificidades na abordagem dos temas e das características de cada substância.

**Estamos a falar de uma comunidade aberta ou de uma comunidade fechada em que as pessoas são “encarceradas” em processo de tratamento?**

**MC** – Numa comunidade aberta, apenas criamos condições para que a convivência em comunidade ocorra num ambiente protegido e terapêutico. Os residentes têm a opção de continuarem ou não em tratamento e sabem disso. Sempre que existe a opção de abandono, tentamos perceber por que o tentam e, muitas vezes, trata-se de uma falsa questão. Muitas vezes, o abandono significa apenas evitar o confronto com uma certa situação. Claro que essas situações são sempre vistas com os terapeutas mas eles são livres de decidir se se enquadram no tratamento ou de procurarem outro tipo de ajuda.



Maria do Carmo



#### Como se encaixa a possibilidade da recaída no processo de tratamento?

**MC** - A recaída acaba por ser trabalhada ao longo do tratamento, porque temos noção que pode acontecer. Nos mais novos, a questão do abandono está presente com mais frequência e, aí, temos que trabalhar a questão da recaída e dos riscos que poderão correr se saírem daqui sem o tratamento concluído. À medida que o tratamento vai avançando, na segunda fase, uma vez que começam a fazer saídas a casa, também abordamos muito as questões da recaída e, no final do tratamento, um momento em que vão colocar-se à prova e ficar menos protegidos, esse trabalho também é muito presente.

#### A recaída constitui um factor de exclusão para a admissão?

**MC** - Não, normalmente não negamos... Claro que temos critérios para estas situações. No entanto, analisamos cada situação em particular mas, habitualmente, entendemos que a recaída pode acontecer ao longo do processo de tratamento. Existem pessoas que não conseguem obter sucesso na primeira ou segunda tentativa de tratamento... Agora, também depende em que circunstâncias a recaída ocorre e devemos ponderar se esta será a resposta mais indicada para aquele utente em particular.

#### Qual é o papel da família no processo terapêutico?

**MC** - A família, muitas vezes, colabora no sentido do residente adquirir confiança e vínculo com a comunidade para que se estabeleça uma relação de confiança e aceitação do tratamento. A família entra em contacto connosco desde o início.

#### Programa Geral para toxicodependentes

Destina-se a pessoas com problemas de uso/abuso ou dependência de substâncias psicoactivas lícitas (medicamentos) ou ilícitas, maiores de 18 anos, do sexo masculino.

O Programa Geral para Toxicodependentes tem a duração de 12 a 18 meses, e está dividido em 3 fases. A última fase corresponde à reinserção profissional e social, para a qual a Comunidade Terapêutica.

#### Programa específico para alcoólicos

Destina-se a pessoas com problemas de uso/abuso e ou dependência de Álcool, maiores de 18 anos, do sexo masculino.

O Programa específico para alcoólicos tem a duração de 6 a 12 meses e está dividido em 2 fases.

#### Programa de Longa Duração

Este programa destina-se a pessoas com história de dependência de substâncias psicoactivas de longa duração (superior a dez anos) em que exista um marcado isolamento social, com elevado grau de desinserção a todos os níveis (social, familiar, profissional) e múltiplos insucessos em anteriores intervenções terapêuticas. O Programa de Longa Duração tem a duração de 36 meses, podendo ser prolongado até 48 meses. Este programa está dividido em 3 fases, contando com uma forte vertente de intervenção ao nível da inserção social e profissional.

***“A família, muitas vezes, colabora no sentido do residente adquirir confiança e vínculo com a comunidade para que se estabeleça uma relação de confiança e aceitação do tratamento.”***







Logo à entrada do utente, as famílias podem vir cá e conhecer as instalações. Na primeira fase, os residentes têm um contacto mais restrito com a família. Esse contacto vai sendo restabelecido à medida que avançam no tratamento... Por outro lado, a família pode contactar a equipa semanalmente, que vai dando informação sobre o processo mantendo, obviamente, as obrigações de sigilo. Na segunda fase, também temos as terapias familiares. Também temos os dias abertos em que as famílias vêm visitar a comunidade.

**Que motivos sustentam estas limitações dos contactos familiares a um doente toxicodependente internado, que não se verificam com qualquer outro tipo de doença?**

**MC** - Tem a ver com o processo terapêutico. Principalmente, na primeira fase, há uma necessidade de se criarem estratégias e metodologias de intervenção, com o objetivo de desenvolver projetos de acompanhamento, que estimulam o utente a refletir sobre si próprio e a sua circunstância, os seus problemas, dificuldades e limitações... para se conhecer melhor. Muitas vezes, um contacto regular com a família faz com que fujam disso.

**O que tratam na comunidade? O consumo ou a pessoa?**

**MC** - A pessoa e a sua relação com o consumo. Nós tratamos a forma como a pessoa é dependente. Sabemos que as alterações de consciência provocadas por cada substância são diferentes, assim como a forma como actuam, mas tratamos a pessoa que consome. Temos que perceber o que se passa com ela...

**Como se sente uma técnica que sabe que está a retirar um prazer aos seus utentes?**

**MC** – Um prazer com consequências devastadoras. Temos que ter isto muito bem trabalhado connosco próprio... Temos que dizer frequentemente um não, que contrariar, que saber lidar com as frustrações ou com as exigências imediatas... Impomos constantemente limites mas também lhes conferimos a possibilidade de vivenciarem outras experiências e focos de prazer a que antigamente não ligavam... Tentamos que descubram outros focos de prazer.

**Não será isso excessivamente paternalista?**

**MC** - Não considero que seja propriamente paternalista, até porque criamos todas estas condições no âmbito de um programa muito baseado na responsabilização e autonomia progressiva. Ensinamos, damos determinadas ferramentas para que possam trabalhar e potenciar as suas capacidades e competências de forma a construir a sua autonomia e reinserção social.

**Têm noção de como ficam os residentes que saem da comunidade?**

**MC** - Sim, temos noção, até porque normalmente ficam com alguma ligação à comunidade, por vezes, entram em contacto connosco e, outras vezes, somos nós que contactamos. Pelo menos as pessoas que fizeram alta clínica, mas não só, fornecemos indicadores que nos permitem perceber que há pessoas que ficam bem. Às vezes, até uma expulsão resulta em terapêutica. Por outro lado, temos um sistema da qualidade que nos obriga a fazermos a avaliação de processos e a procurar continuamente a melhoria da nossa intervenção junto dos utentes, que são, como é óbvio, a nossa prioridade.



Pori em debate autárquico:

# Junta de Freguesia de Anta e Guetim

*A Junta de Freguesia de Anta e Guetim foi o anfitrião e palco do encontro que reuniu profissionais e utentes das equipas de rua do Centro Social de Paramos e da ADCE, para falar e enquadrar os projectos “(En)caminhar o Futuro e SMACTE” que se desenvolvem no concelho de Espinho. João Goulão, Diretor Geral do SICAD, veio ao terreno ver o trabalho de ambas as equipas apoiadas por diversas instituições, empresas e as Juntas de Freguesia do concelho. Dependência quis conhecer a intervenção e apoio autárquico e falou com Nuno Almeida presidente da freguesia.*



**Falar dos problemas da toxicodependência não é muito comum nas freguesias...É uma freguesia preocupada e de portas abertas?**

**Nuno Almeida (NA)** – Obviamente que sim. É importante participar neste tipo de iniciativas para relembrar que as Juntas de Freguesia também podem ter um papel importante, apesar de serem entidades frequentemente esquecidas neste domínio. Não nos limitamos a limpar ruas ou a tapar buracos nas estradas. Somos as entidades públicas mais próximas das populações, que sentem e vivem mais os seus problemas, que não se resumem a questões menores do quotidiano. Existem também problemas sociais a que estamos atentos e eu, atendendo à minha formação pessoal, e os restantes colegas do executivo de freguesia elegemos também esse tipo de preocupações como prioritárias. Receber hoje estas duas entidades para prestar um esclarecimento, criar sinergias de entendimento e auscultar quem está no terreno, quem sente e absorve os problemas, é uma ferramenta essencial para que possamos criar medidas positivas que visem o desenvolvimento de soluções mais adequadas.

**Este tipo de problemas é incidente na freguesia?**

**NA** - Não temos relatos de grandes problemas relacionados com o consumo de drogas e toxicodependência no nosso território.

Mas somos conhecedores de alguns focos de tráfico e naturalmente consumo, mas não vemos pessoas toxicodependentes a vaguearem pelas ruas. De certa forma, o mesmo se aplica ao concelho de Espinho, mas esta é uma área em que os problemas dizem respeito a todos, independentemente da área geográfica onde se localizam.

**Sendo o autarca de freguesia o político mais próximo dos cidadãos e o que mais de perto sente as reclamações dos munícipes, a verdade é que o próprio presidente de junta tem reclamado face à carência de recursos e competências que permitam resolver os problemas com que é confrontado...**

**NA** - Como é sabido, a lei tem vindo a sofrer alterações e, com a implementação da união de freguesias e com a revisão à

***O Projecto SMACTE é uma Equipa de Rua que visa promover a Redução de Riscos e Minimização de Danos associada aos consumos de substâncias psicoativas e às práticas sexuais, os cuidados de saúde e de higiene e contribuir para a progressiva estruturação biopsicossocial dos utilizadores de drogas e dos trabalhadores do sexo.***



***O Projecto “ (En) caminhar o futuro”, no âmbito do Programa operacional de Respostas Integradas, é uma iniciativa que visa apoiar a reinserção socioprofissional de população toxicodependente, em processo de recuperação, em parceria com várias instituições e empresas do concelho de Espinho.***

lei do poder local, foram retiradas competências à Câmara Municipal, transferindo-as para a Junta de Freguesia. Não foram, no entanto, transferidas de forma direta, obrigando a que essa transição fosse negociada com a Câmara Municipal. Algumas câmaras fizeram-no em toda a plenitude do artigo, mas a Câmara Municipal de Espinho optou por não o fazer, entendendo que as Juntas poderiam não ter competência, o que resulta, na minha opinião, de uma má interpretação da lei. Nós, presidentes de junta, estivemos recentemente reunidos no Congresso Nacional da ANAFRE e uma das temáticas debatidas foi precisamente essa. Somos o órgão do poder local mais próximo das pessoas e sentimo-nos, de alguma forma, limitados e amarrados à vontade municipal de querer ou não ajudar. Muitas vezes, o próprio município não consegue dar resposta e nós já provámos saber gerir melhor, fazendo até autênticos “milagres” ao nível da gestão pública, realizando com pouco dinheiro o que a câmara, com muito, não consegue. Nesse sentido, entendemos que temos capacidade para recebermos mais competências, o próprio ministro e o secretário de estado que marcaram presença, como é habitual nestas circunstâncias, proferiram discursos de apoio às juntas de freguesia e reconheceram que as mesmas devem ser mais apoiadas mas, na prática, não o materializam.

**O que resultou da junção destas duas freguesias?**

NA - Resultaram mais problemas e mais trabalho com menos recursos financeiros. O Orçamento de Estado previa uma majoração de 15 por cento, que não aconteceu, e a lei também determinava que não poderia haver uma diminuição de verbas de um ano para o outro no âmbito da transferência do Fundo de Financiamento das Freguesias. Contudo, logo no primeiro ano, o governo não cumpriu com essa lei, verificando-se um corte de 4 por cento. Ao nível municipal, financiamento anterior às duas juntas ascendia aos 120 mil euros, ao passo que atualmente se situa apenas nos 60 mil.

**Dependendo as juntas de freguesia da delegação de recursos e de competências por parte das câmaras municipais, existe ainda uma condicionante relacionada com as filiações partidárias dos diferentes executivos...**

NA - Pois, isso seria evitado se as pessoas que assumem cargos públicos adotassem efetivamente um sentido de missão pública ao serviço dos cargos que ocupam. Em última instância, somos todos eleitos pelo povo e estamos aqui para servir as pessoas e não as cores partidárias. Eu não faço gestão política pessoal nem do meu partido. Faço gestão autárquica da minha população e é este o cerne da minha preocupação. Esse tipo de situações verifica-se quando as pessoas não estão cientes da responsabilidade associada ao cargo que ocupam, privilegiando as questões políticas e partidárias e olhando para o exercício da sua atividade meramente como cargo político, onde podem resolver alguns problemas das suas vidas.

**Enquanto autarca, próximo do cidadão, em que medida relaciona estas questões sociais relacionadas com o consumo de substâncias psicoactivas, com os problemas das famílias, a violência doméstica e outras problemáticas com a crise que o país atravessa?**

NA - Certamente que não podemos descurar o impacto da crise económica e social nos comportamentos individuais, particularmente nos comportamentos de risco. No entanto, há também que perceber que a dependência de substâncias é algo que custa dinheiro e não é pouco. Infelizmente, enfrentamos uma perigosa e imponente negação chamada tráfico. Por tudo isto, é bom termos estes tipos de projetos para ajudar quem cai nas redes deste flagelo que destrói a sua vida, a dos familiares e pessoas próximas.





# Vemos, ouvimos e lemos. Não podemos ignorar

O Auditório da Associação Industrial e Comercial de Gondomar foi o palco de um Seminário organizado pela Associação Social Recreativa Cultural e Bem Fazer “Vai Avante” cujo tema central foi “A Migração entre a crise e as oportunidades”. Na sessão de abertura Fernando Duarte presidente da associação “vai avante” referiu a importância deste seminário “porque não podemos ficar indiferentes ao facto de só este ano terem morrido afogados mais de dois mil e quinhentos imigrantes no mar mediterrâneo que fugiam da guerra e tentavam chegar à europa”.

“Convidamos pessoas capazes de nos clarificar as causas e as consequências deste fluxo migratório de pessoas desesperadas que arriscam a sua e a vida dos seus filhos, na busca da paz e de melhores condições de vida”, disse.

“A nossa Associação, elegeu este tema, porque não pode ficar indiferente ao que se está a passar nesta parte do globo, com imagens violentas de guerra, terrorismo e de países destruídos com milhares de crianças nutridas e sem famílias ou famílias destruídas”. Fernando Duarte acrescentou ainda a sua preocupação face à inexistência de uma política de asilo europeia que clarifique as regras e os direitos desta população e por isso convidamos Rui Pereira que em representação do SEF tem participado em diversos fóruns sobre matérias relacionadas com migração e tráfico de seres humanos, Irmã Irene Guia que faz parte da PAR e tem trabalhado em muitas missões em países de conflito armado, Mónica Farinha do Conselho Português para os Refugiados e a Deputada Isabel Santos presidente da Comissão de Democracia, Direitos Humanos e Questões Humanitárias da Assembleia Parlamentar da OSCE, a quem agradeço e desafio a tornarem claro este grande problema da migração que todos estamos a viver”.

Dependência esteve presente e moderou o debate e desafiou os presentes para um debate sobre as causas do problema migratório das pessoas que buscam a paz, asilo, apoio, alimentação e uma resposta para os seus graves problemas. Que as autoridades assumam as suas responsabilidades... Que a solidariedade seja efectivamente a palavra chave de toda a acção internacional. Para responder a estas questões Dependências entrevistou a deputada Isabel Santos.

Isabel dos Santos, deputada



**É habitual falar-se mais nas consequências do que nas causas... Recentemente, Tony Blair afirmava ter sido a Europa, através das intervenções no Iraque, na Síria e na Líbia, a criar o Estado Islâmico... Concorde com esta afirmação?**

Isabel dos Santos (IS) – Há uma série de causas e até podemos recuar mais na história, fazendo remontar tudo isto às questões relacionadas com a colonização e

descolonização de muitos destes países e a todos os problemas que se seguiram. Realmente, poderíamos encontrar uma causa mais próxima de nós nesse deflagrar do conflito no Iraque que, mais tarde viria a degenerar nestes conflitos actuais, consequências da instabilidade política que se tem vivido naquela região, destruindo estados, não permitindo que se afirmem e que acaba nesta situação de conflito extremo, provocando uma leva de refugiados de gente que está a ser perseguida e que, em defesa da vida, está a procurar refúgio noutros países.

**A verdade é que quem normalmente causa estes conflitos não os está a pagar...**

IS – Pois não... Inclusive os países que foram colonizadores e tiveram más políticas de colonização, processos de descolonização nem sempre bem sucedidos e orientados deveriam estar actualmente a ajudar a suportar esta crise, à imagem do que sucedeu depois de 1975 no retorno de muita gente a Portugal e na vinda de muitos refugiados de conflitos em África. Na altura, assumimos, certamente com erros mas também com muitos aspectos positivos esse movimento de pessoas que procuravam asilo, abrigo e acolhimento em Portugal.



### **Haverá razões para que as pessoas receiem a chegada de refugiados a Portugal?**

IS – Não existe qualquer motivo de receio. Primeiro, neste processo de relocalização levado a cabo pela União Europeia, só vamos receber cinco mil refugiados. Ao longo da nossa história já tivemos momentos em que acolhemos muito mais gente, nomeadamente na II Guerra Mundial, altura em que se estima que tenhamos recebido entre 100 mil e um milhão de pessoas... num momento em que as nossas condições de vida eram muito débeis. Basta dizer que os alimentos eram racionados em Portugal. E os portugueses acolheram essas pessoas nas suas próprias casas mesmo sem o suporte financeiro que irão agora ter da União Europeia. Mais tarde, após a descolonização, recebemos cerca de 500 mil pessoas, hoje perfeitamente integradas na nossa sociedade, outras retornaram a África... e não houve problema nenhum. Estamos agora a criar uma verdadeira tempestade num copo de água porque estamos a falar de apenas cinco mil pessoas... Não existe qualquer motivo para intranquilidade. Será certamente um processo muito sereno e tranquilo desde que comece a funcionar e que vejamos os primeiros casos de acolhimento e de integração. É natural que se verifique esta primeira reacção mas tudo irá acalmar. Aliás, até devemos encarar a vinda destes refugiados como uma oportunidade porque, como diversos estudos comprovam, os emigrantes têm uma especial capacidade empreendedora. São pessoas que passaram por experiências extremas de vida que as torna particularmente aptas e ágeis na procura de soluções de reconstrução para as suas vidas. São uma força motriz para as economias nacionais e para os países europeus, que estão em forte declínio demográfico, e assim se poderão rejuvenescer e obter um apoio para manterem o seu modelo social e de suporte ao sistema de pensões.

### **Numa altura em que tantos portugueses abandonam o país – só no mês passado foram mais 19 mil – será que temos condições de acolher cidadãos de outros países?**

IS – Pois, as pessoas saem de Portugal mas fazem-no à procura de melhores condições de vida. Estes refugiados não vêm à procura de melhores condições de vida. Vêm à procura de se manterem vivos. Vêm a fugir da morte. Há uma diferença abismal... Além disso, para quem fala em desigualdades, apenas refiro que existem soluções para todos e o facto de darmos resposta às necessidades de uns não implica deixar de dar resposta às necessidades de outros. E há muita informação a circular que, depois de verificada, se constata não ser verdadeira. Repare-se no que aconteceu em Paris, em que foi encontrado um documento identificativo junto a um terrorista e já circulava entre os órgãos de comunicação que se tratava de um terrorista

que tinha vindo entre os refugiados, e veio a verificar-se que, afinal, aquela identidade era falsa e que a informação não correspondia à verdade.

### **Mas muita gente teme uma possível associação deste movimento ao do terrorismo...**

IS – Há que distinguir os movimentos terroristas da vinda de refugiados. Um terrorista que quer praticar actos terroristas em território europeu vem dentro de uma estrutura perfeitamente organizada, que lhe garante condições de vida em segurança, o que não corresponde minimamente às condições em que vêm estes refugiados, que chegam em condições inimagináveis para qualquer um de nós. São muito poucos os que sobrevivem à própria viagem. E só quem ouviu contar o que é a viagem, o que é a saída dos países de origem, a travessia por outros países, a travessia marítima e a forma como chegam cá não percebe a diferença. Um terrorista vem com a identidade falsificada, com documentos, em viagem de avião e tudo devidamente organizado. Aliás, muitos dos actos terroristas têm sido praticados por pessoas que têm nacionalidade europeia... Estas células terroristas estão entre nós.

### **Embora se tenha verificado disponibilidade por parte do povo português para acolher e auxiliar estas populações, a verdade é que, da parte governamental, essa disponibilidade não parece ter correspondência, uma vez que os refugiados nunca mais chegam... Algumas instituições já deram inclusive o primeiro passo...**

IS – Sim, e isso é muito positivo, ver que a sociedade civil está aberta e que há disponibilidade. Verifica-se algum atraso por parte das entidades governamentais mas, em nome da verdade e da justiça, face à informação que recebi recentemente junto de entidades da União Europeia e outras de apoio aos migrantes, existe um atraso muito significativo na implementação deste processo de relocalização na generalidade dos países. Há até já quem faça cálculos que, se mantivermos este ritmo, que não pode continuar, demoraremos mais de 15 anos a fazer o processo, o que não é aceitável nem irá certamente ocorrer. Depois deste primeiro momento de impasse e de alguma dificuldade, ao que não serão alheios acontecimentos recentes como o de Paris, estou convicta de que este processo será acelerado. Obviamente, considero que o processo deveria ter sido mais ágil desde o início e que deveríamos ter sido mais proactivos na resposta, possibilitando que, nesta altura, a estrutura já estivesse a funcionar. Seria o desejável quer em Portugal, quer nos restantes países.



Entrevista com Laranja Pontes, Presidente do Conselho de Administração do IPO Porto:

# A excelência na organização, tratamento e investigação... ao serviço dos doentes

**Como descreveria o estado da arte em Oncologia em Portugal?**

**Laranja Pontes (LP)** – Felizmente, temos um Serviço Nacional de Saúde que, contrariando a opinião de alguns, é excelente. Sobretudo porque permite um acesso aos cuidados de saúde em bom tempo na maior parte do território, o que possibilitou que já consigamos ter muito bons indicadores de qualidade de serviço. A título de exemplo, em oncologia, de acordo com o Euro Care 5, publicado em Dezembro de 2013, os nossos indicadores de sobrevivência para a maior parte dos cancros eram muito superiores aos do norte da Europa, em países que traduzem elevados padrões de desenvolvimento e que, para além dos recursos financeiros, há muitos anos beneficiam de um planeamento que visa a constante procura da qualidade. E os padrões de sobrevivência dos nossos doentes são muito semelhantes! Isso deve-se fundamentalmente ao diagnóstico precoce, resultante do acesso e rastreio e ao acesso ao tratamento. E os doentes são tratados conforme o estado da arte.

**Ultimamente, temos assistido a algumas discussões em torno do surgimento de novos medicamentos... Em que medida traduzem os mesmos uma nova áurea para o tratamento?**

**LP** - Apesar de habitualmente assistirmos a algumas discussões sobre o acesso a drogas inovadoras, nomeadamente no seio dos meios de comunicação social, esse é um falso problema, um mito, uma vez que, de inovadoras, essas drogas apenas têm o facto de se tratarem de novidades. A maior parte é utilizada no fim da linha do tratamento, não produzindo impacto em cura. A quase totalidade é utilizada em terapêuticas paliativas, tendo apenas impacto, por vezes, num ligeiro aumento da sobrevida, o que nos leva a pensar que temos que ser muito criteriosos e que realizar uma avaliação muito cuidada dessas tecnologias. Esses medicamentos são tecnologias. Eu defendo que o desenvolvimento imediato, a verificar-se nos próximos cinco a dez anos, não estará relacionado com grandes descobertas ao nível do medicamento mas antes com o impacto do digital. Estou certo de que o digital produzirá impacto ao nível da eficiência, oferecendo a possibilidade de fazermos diagnóstico menos invasivo e mais cedo porque os aparelhos são melhores. Isso permitirá fazer a análise dos resultados, os designados outcomes research, algo impossível de fazermos com o papel. Hoje, com os processos clínicos electrónicos, é possível fazer cruzamento de dados e rapidamente perceber se as tais novidades produzem ou não impacto. E os próprios utentes vão ter acesso aos resultados e poderão fazer opções



não baseadas num mito mas, provavelmente, fundamentadas em informações sobre o mal menor. Provavelmente, sabendo que apenas poderão prolongar a sua vida em 15 dias ou um mês, a qualidade de vida e outras vertentes poderão ser privilegiadas... Em suma, creio que estamos bem organizados em Portugal e que os cidadãos podem confiar na maior parte das instituições, cujos profissionais são devidamente qualificados.

**Parece cada vez mais assumido que o sucesso em oncologia está indefectivelmente relacionado com o diagnóstico precoce, o que sustenta a necessidade de promover uma articulação muito próxima entre os cuidados de saúde de primários e estes, mais especializados...**

**LP** – Sim, e felizmente temos uma série de exemplos, dos quais nem sempre nos apercebemos, em que as coisas funcio-



nam bem, até politicamente e no sentido legislativo. Um dos melhores actos de prevenção primária dos últimos anos foi a lei anti-tabaco. Já tem alguns anos, foi alvo de algumas revisões mas, essencialmente, precisa de ser levada a cabo nos locais onde ainda não foi. Já começa a verificar-se uma significativa consciencialização cívica mas é pena que subsista uma série de locais frequentados sobretudo por jovens, provavelmente o escalão etário em maior risco, que não estão devidamente enquadrados na lei. Essencialmente por falta de fiscalização. E o caminho não passa por multar os fumadores mas antes por penalizar fortemente os que autorizam que se fume dentro de um estabelecimento. Outras alterações feitas, nomeadamente na área da nutrição, com a redução do sal, também são importantes. Tal como a legislação que garante a resposta aos cidadãos em tempo útil. Eu considero fundamental que o primeiro elo de entrada no SNS seja continuamente colocado ao nível dos cuidados primários e, se calhar, nestas reformulações, até se devia pensar no agendamento através do “Saúde 24” para estes cuidados, o que facilitaria ainda mais o acesso aos doentes que, ao fazerem uma chamada, estariam já dentro do SNS... Ao falarem com um profissional, que possui uma grelha parametrizada para avaliar sintomas e necessidades, estão a facilitar o processo, evitando ir para uma fila de espera num centro de saúde para marcar uma consulta... De todo o modo, uma das grandes barreiras que existia há uns anos prendia-se com a transição dos cuidados primários para os hospitais, foi produzida legislação sobre a matéria e todos os hospitais têm os seus contratos programa e indicadores de acesso com verbas associadas, o que implica que o não cumprimento dessas regras significa penalizações ao nível do financiamento. Além disto, será necessário um pouco mais de auditoria. É um pouco o que sucede com a fiscalização para o tabaco: a lei existe, os indicadores parecem estar cumpridos mas é necessário auditar esse mesmo cumprimento. Por isso, a articulação entre os cuidados primários e os hospitalares já têm limitações jurídicas, que são importantes para os cidadãos. E mesmo dentro dos hospitais existe o designado tempo máximo de resposta garantida que, em várias etapas, vai criando barreiras para o que é considerado boa prática. A última das quais reside na transferência para outros hospitais dentro do SNS e esse é um mecanismo que está a funcionar perfeitamente.

#### **O tabaco continua a ser a principal causa de cancro em Portugal?**

**LP** – O tabaco continua a ser uma das principais causas evitáveis. Trata-se de um vício, uma adição e defendo que devem ser feitas todas as diligências para que, essencialmente os jovens, não comecem a fumar. O fumo não é uma necessidade orgânica, transforma-se nisso mas, antes, é somente um padrão de comportamento. E essas formas de comportamento têm que ser penalizadas. A sociedade ocidental retirou a presença do tabaco no cinema e no desporto mas, do ponto de vista social, também temos que criar padrões comportamentais em que a opção não fumar seja premiada. E, evidentemente, produzir leis restritivas e fazer com que sejam aplicadas.

#### **Em que medida deveria ser igualmente facilitado o tratamento a quem fuma?**

**LP** – Está mais do que estudado e provado que o grande factor que origina uma redução do consumo de tabaco é o preço. Apesar de ser caro em Portugal, continua a ser muito mais barato

do que em Inglaterra, Suécia e outros países. O preço é um grande dissuasor mas concordo que a luta anti-tabágica também passa pelo tratamento e ajuda a quem pretende deixar de fumar. Também sabemos que o principal factor é a vontade, até porque os métodos substitutivos não são tão eficazes quanto isso. Grande parte dos fumadores incluídos nesses programas retoma o consumo e a taxa de sucesso ronda os 20 por cento. Ainda assim, parece-me que se o SNS pudesse colocar esses meios à disposição dos cidadãos, obteria poupanças muito significativas em contraponto com os tratamentos realizados em fase tardia e perda de produtividade. Claro que sabemos que todos vamos morrer e que, provavelmente, precisaremos de cuidados de saúde no último ano de vida. O que as políticas de prevenção fazem é empurrar para cada vez mais tarde a existência de problemas, portanto, é obrigação essencialmente dos cidadãos investirem na prevenção. Tudo aquilo que o cidadão investir nesta vertente colherá em efeitos na sua quantidade e qualidade de vida.

#### **A evolução das taxas de cura e de sobrevida no IPO Porto... à partida, quando diagnosticado precocemente, um cancro apresenta um potencial de cura elevado**

**LP** – Sim, sem dúvida. Aliás, temos publicados no nosso site os dados relacionados com a sobrevivência dos nossos doentes. Os dos anos 2007 e 2008, avaliados após cinco anos, revelam que temos estatísticas muito sobreponíveis às boas estatísticas existentes. Hoje, podemos dizer que a sobrevivência aos cinco anos é superior a 50 por cento e existem tumores com sobrevivências superiores a 90 por cento. Alguns dos resultados são decorrentes desta questão do acesso e dos meios complementares de diagnóstico. Neste momento, por exemplo, o segundo tumor mais frequente nas mulheres no IPO Porto é a tiróide, um cancro cujo comportamento é relativamente bom, até porque, antigamente, na maior parte das vezes, nem sequer era diagnosticado. Actualmente, com as novas tecnologias, nomeadamente a ecografia, algo simples e barato mas com muita acuidade, conseguem encontrar-se lesões na tiróide. A patologia que há uns anos era muito frequente e ainda hoje dá origem a um dos programas de rastreio mais básicos e eficazes é o cancro do colo do útero, já é actualmente a oitava patologia na nossa instituição. Isto porque é rastreável, porque houve maior acesso aos cuidados e, agora, vamos esperar pelo efeito da vacina administrada às jovens que ainda maior impacto terá no seu controlo.

#### **Mesmo naqueles casos pelo menos do ponto de vista empírico considerados mais graves porque ocorrem em órgãos vitais, a sobrevida parece ter aumentado substancialmente nos últimos anos...**

**LP** – Não... Isso não tem efectivamente acontecido... Os “big killers” continuam a existir. Existem tumores como o do pâncreas, do pulmão ou mesmo do fígado, que não dão sintomas inicialmente e, quando os doentes têm os primeiros sinais já estão, muitas vezes, num estadio avançado. E algo que sabemos é que, quando as coisas já estão muito avançadas, não têm cura. Fazemos muitas vezes quimioterapia e outros tratamentos agressivos mas com um intuito paliativo, que visam unicamente aumentar a sobrevida e, por isso, é preciso avaliar muito bem o que acontece aos doentes: se a sua qualidade de vida diminui para um potencial aumento de meia dúzia de meses, não devem ser feitos porque poderão representar apenas

o aumento do sofrimento por meia dúzia de meses. Também por isso não devemos ir no canto da sereia quando se diz que houve um aumento de 50 por cento porque antigamente era de três meses e, recentemente, passou a quatro e meio com complicações graves e custos sociais enormes.

**Também por aí deverá passar a humanização dos cuidados... além do contacto promovido por todos os profissionais e voluntários que constituem esta comunidade, existem opções terapêuticas informadas, sensibilização...**

**LP** – Sim, cada vez mais os doentes estão empoderados. E uma das maiores ferramentas da empoderação é a informação. Um doente que sabe o que tem à sua frente terá escolhas mais esclarecidas sobre o assunto. E temos muitos doentes que sabem o que se passa, estão bem esclarecidos, conhecem as expectativas e tomam as decisões mais acertivas. São opções que só os cidadãos bem informados podem tomar. Muitos continuam a preferir que decidamos por eles e, normalmente, nesses contextos, a maior parte dos profissionais, sabe e descobre com o doente e a família a melhor atitude a tomar.

**Voltando ao tema, a humanização no IPO Porto é muito mais do que isto...**

**LP** – Sim, na humanização um dos aspectos fundamentais consiste em destruir os mitos do medo, da dor, do estigma. Assim como no cancro, isso foi perfeitamente visível noutras doenças nomeadamente infecto-contagiosas. O conhecimento da doença é muito importante para a comunidade onde as pessoas estão integradas, seja na família ou nos amigos. A humanização passa por isso: informação. Os cidadãos precisam de estar conscientes daquelas que são as limitações da própria instituição e dos profissionais. Não somos uma casa de milagres mas sim de ciência e o que temos à disposição dos cidadãos é o equivalente ao estado da arte.

**Por onde passará o futuro da investigação nestas áreas?**

**LP** – O futuro da investigação passa por duas vertentes. Uma prende-se com os mecanismos iniciais e, nesse âmbito, ainda estamos longe do objectivo. Uma das conclusões destes últimos desenvolvimentos é que nós produzimos um clone que é maligno – sabemos que o cancro é um clone nosso, não uma doença contagiosa – e que, normalmente, os tumores não são uniformes. E aí temos um problema, seja para as antigas drogas, em que sabíamos que apenas algumas linhas morriam e outras sobreviviam, seja para as novas drogas. Há linhas que respondem muito bem a um bloqueador de ciclo e outras que não. De tal forma que, muitas vezes, observamos um “arrefecimento” da doença mas, depois, a mesma reaparece. Em suma, experimentam-se outras drogas que não apresentam o mesmo estilo de toxicidade que antigamente tinha a quimioterapia mas têm outro estilo de toxicidade muitas vezes grave. Por isso, estas novas drogas não são inócuas e também interferem em mecanismos muito básicos da regulação celular, reduzindo mesmo efeitos nas células normais.

**E a nível tecnológico?**

**LP** – A nível tecnológico, no pressuposto de que, no futuro, os cancros serão descobertos mais cedo, teremos que encontrar uma oferta de tratamentos radicais mas pouco invasivos



aos doentes. Acredito que, nos próximos anos, a radioterapia terá uma melhoria significativa na utilização e nas indicações. Radioterapia eficiente e muito concentrada em lesões muito pequenas detectadas, por exemplo, por imagem molecular, complementado pela fusão das imagens do PET com informações obtidas a partir de outros aparelhos poderá permitir, em lesões muito iniciais, evitar cirurgias e outras técnicas invasivas, cingindo-nos exclusivamente à radioterapia. Estou convencido de que, dentro de poucos anos, será possível termos normas de orientação para situações como estas, o que corresponderá a uma grande evolução. Menos agressividade e com o mesmo efeito terapêutico.

**O que o mantém há tantos anos neste cargo de presidente do conselho de administração do IPO Porto há dez anos e ao serviço da população nesta área tão difícil?**

**LP** – É muitas vezes uma fonte de preocupação mas igualmente uma fonte de satisfação. Havendo interesse e planeamento estratégico, ao fim de seis anos começamos a ver resultados interessantes e, ao fim destes dez anos, considero que tenho ajudado muito a moldar a instituição no sentido da melhoria não só da vertente assistencial directamente relacionada com os meios complementares de tratamento mas igualmente com a organização e gestão do atendimento, no sentido de empoderar cada vez mais os cidadãos e de lhes facilitar o acesso. E agora estamos à espera das novas tecnologias... É um desafio permanente. Também temos consciência da importância da investigação farmacêutica e de que a excelência das instituições também passa por terem uma vertente de investigação impregnada na restante comunidade de profissionais. É importante que os clínicos percebam que as questões com que se deparam podem ter correspondência em linhas de investigação básica. Por isso, celebrámos um consórcio de investigação com o IPATIMUP, daí que sejamos acreditados e designados como Comprehensive Cancer Center. Temos muitos projectos comuns, os investigadores do IPATIMUP respondem a questões que os nossos clínicos colocam e aplicamos ainda alguns dos ensaios. Temos muitos projectos de iniciativa própria, seja em investigação básica ou em tecnologias de diagnóstico, com o ISEP, com a Faculdade de Engenharia e uma série de parceiros cada vez mais interessados em algo muito importante como os problemas que os nossos doentes têm. A isto chama-se investigação ao serviço dos doentes, investigação de translação ou como temos comunicado 3B's, bed, bench and back. Acreditamos que o futuro vai ser melhor e nós queremos estar presentes para contribuir para a sua disponibilização aos cidadãos que servimos.