

dependências

Parceiro do Plano
Nacional de Saúde 2014



Plano Nacional de Saúde
2012-2016

Primeira Cimeira Política
HCV da UE lança desafio:

**Europa livre
da Hepatite C
até 2030**

Testemunhos
na primeira pessoa:

**Assim nasceu
o modelo
português**



António Pacheco Palha:
**“Faz o que deves e não esperes
a recompensa”**

Está na hora...



O tráfico de drogas, de armas e de seres humanos constituem, na verdade, um grande e lucrativo negócio. Não estamos a falar de qualquer economia paralela produzida no “vão de escada”, como se costuma dizer, quando os senhores da alta finança se querem referir aos “pobres empreendedores” que, na impossibilidade de encontrar trabalho, lá vão tentando puxar pela cabeça para criar alguma capacidade de sobreviver a este mundo global podre e parasitário, liderado por gente sem escrúpulos que não olha a meios para atingir os fins.

Este negócio liderado pelos “senhores de colarinho branco” constitui uma das mais importantes e lucrativas actividades do crime organizado e os valores envolvidos dariam para matar a fome e a miséria em que vivem tantos milhões de pessoas.

Estou a falar de crime global económico e financeiro como uma ameaça mundial que não se resume a pequenas intervenções mediáticas. Estou a falar de crimes interligados com muitas outras actividades que, para além do

tráfico de droga, da lavagem de dinheiro, do branqueamento de capitais, das guerras, do negócio do petróleo, do tráfico de armas e de seres humanos, vive, apoia e financia o terrorismo.

Como é possível assistirmos às imagens dramáticas dos milhares de refugiados da guerra, à indiferença com que alguns países olham aquelas crianças e as deixam abandonadas à fome e ao frio, condenando-as “democraticamente” à morte? Estamos hoje a assistir a um dos períodos mais negros da nossa história... Uma espécie de ressurgimento dos campos de concentração Nazi e do genocídio da população...

O crime organizado tem nome e tem culpados. O nome é o silêncio... e os culpados estão por aí, invisíveis, de palavras falsas e de “colarinho branco”... armados pelo vil metal, negro, dourado e do papel lavado proveniente dos negócios ilícitos, sem nome e sem fronteira, que causam o terror e morte na vida de tantas pessoas inocentes.

Não sei se continuaremos dependentes do crime organizado ou

se o mundo estará disposto a não se submeter ao jugo do terrorismo religioso ou financeiro. O que sei é que não poderemos prolongar por muito mais tempo a situação a que estamos sujeitos, venha ela das escolas liberais, Keynesianas ou outras que tais que nos aplicam sempre a mesma “cartilha”... É hora de encontrar uma nova resposta para um mundo que diz não ter dinheiro para financiar as economias e criar emprego mas já o tem para financiar o terror e as guerras!

É hora da Europa dar o primeiro passo para a mudança. Uma Europa das pessoas para as pessoas que envolva todo o mundo para uma vivência pacífica e tolerante, que passa por emitir moeda que permita realizar a produção necessária ao desenvolvimento económico e social de todos os países. Uma Europa que saiba dar um exemplo ao mundo com a criação de trabalho, com a ajuda ao desenvolvimento pacífico dos países mais pobres.

Sérgio Oliveira,
director

“A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências”

Numa iniciativa levada a cabo pelo SICAD, o país ficou a conhecer, no dia 3 de Fevereiro, a sua situação em matéria de drogas e de toxicodependência. Como é habitual, o relatório foi apresentado em primeira mão à Assembleia da República e, este ano, tendo sido alargado o âmbito de intervenção das drogas e da toxicodependência aos comportamentos aditivos e dependências, foram igualmente apresentados os Relatórios Anuais “A Situação do País em Matéria de Álcool 2014” e “Respostas e Intervenções no Âmbito dos Comportamentos Aditivos e Dependências 2014”. Nesta sessão foram também apresentadas, pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, as principais tendências e desafios da situação da Droga na União Europeia. Dependências apresenta um resumo das informações produzidas e apresentadas no evento.

7 em cada mil são consumidores recentes

Sete em cada mil portugueses entre os 15 e os 64 anos são consumidores recentes de pelo menos uma das seguintes substâncias psicoactivas: opiáceos, cocaína, anfetaminas ou metanfetaminas. Embora se verifique uma tendência para a diminuição destes utilizadores recentes que combinam ainda o indicador de alto risco, João Goulão alertou para a “enorme complacência social” que existe, por outro lado, em relação à cannabis, uma droga que está cada vez mais potente e que tem desencadeado episódios de urgência, psicoses agudas e esquizofrenias. O relatório sustenta a tendência que se vinha a verificar e em 2014 foi uma vez mais constatado o predomínio crescente da cannabis. João Goulão sublinhou o risco que pressupõe o consumo de cannabis, sobretudo de forma intensiva ou em associação com outras substâncias como o álcool ou as benzodiazepinas.

O relatório revela mesmo que a droga principal mais referida pelos novos utentes em tratamento em ambulatório em 2014 foi a cannabis (49%), sendo simultaneamente a droga ilícita percebida como a de menor risco para a saúde, facto que preocupa o

Director Geral do SICAD: “Chamo a atenção de que há uma enorme complacência social em relação à cannabis. Quando chegou à nossa sociedade, o seu uso era residual, não era um fenómeno de massas mas, depois, transformou-se numa substância usada transgeracionalmente. As gerações mais velhas desvalorizaram o seu consumo, bem como o dos filhos ou dos netos, toleram esse uso, o que é preocupante”.

João Goulão referiu ainda não acreditar que “erradiquemos, mas minoraremos o impacto negativo. Hoje há urgências, psicoses agudas e esquizofrenias desencadeadas por estes consumos”, cujo grau de pureza das substâncias, em particular da cannabis resina, tem vindo a aumentar nos últimos anos, atingindo em 2014 os valores médios mais elevados desde 2005.

O relatório introduz ainda uma novidade no que respeita à história de consumos em Portugal: pela primeira vez, o número de consumidores problemáticos de cocaína é maior do que o de heroína. O relatório inclui outros indicadores mais recentes no capítulo do tratamento da toxicodependência: no ambulatório da rede pública estiveram em tratamento 28.133 utentes, inscritos como utentes com problemas relacionados com o uso de drogas. No ano anterior tinham sido pouco mais de 29 mil. O número dos que iniciaram tratamento em 2013 também baixou (neste caso, uma descida maior, de cerca de 30%).

Cannabis e cocaína ganham terreno como drogas principais

No que concerne aos internamentos nas redes pública e licenciada, registaram-se 1631 internamentos em unidades de desabilitação e mais de 3500 em comunidades terapêuticas. A droga mais referida pelos que procuraram pela primeira vez os serviços de ambulatório foi a cannabis, indicador que confirma a prevalência e perigosidade cada vez mais relevante desta substância, sendo que a cocaína já se assume como a substância mais predominante nos utentes que procuram comunidades terapêuticas públicas. Nos últimos três anos, face aos anos anteriores, verifica-se



um aumento nas proporções de utentes que referem a *cannabis* e a cocaína como drogas principais.

Os últimos quatro anos marcam ainda uma viragem no universo de utentes que iniciaram tratamento em ambulatório, verificando-se uma maior heterogeneidade nas idades dos utentes, com um grupo cada vez mais jovem de novos utentes e outro, de utentes readmitidos, cada vez mais envelhecido. “Perante esta heterogeneidade dos perfis demográficos e de consumo dos utentes em tratamento, é essencial continuar a reforçar a diversificação das respostas”, assegurou João Goulão.

48,7% das pessoas que em 2013 procuraram tratamento pela primeira vez em ambulatório referiram a *cannabis* como a principal substância que consumiam. Tradicionalmente e durante largos anos, era a heroína a droga mais mencionada mas 2012 viria a ser um ano de viragem, quando 38% dos recém-chegados ao sistema tinham referido a *cannabis* como a sua principal droga. O relatório constata ainda uma redução do universo de pessoas em tratamento - menos mil em ambulatório do que em 2012. Tanto na população em geral como na população jovem (dos 15 aos 34 anos) a *cannabis* é droga mais experimentada e ou consumida.

Drogas matam mais

Em 2013, foram registados pelo Instituto Nacional de Medicina Legal 184 óbitos com a presença de pelo menos uma substância ilícita e com informação sobre a causa de morte. 22 destas mortes resultaram de overdose (29 em 2012). Entre as substâncias detectadas nestas overdoses, estavam presentes opiáceos em 46% dos casos, seguindo-se-lhe a cocaína (36%) e metadona (27%). De realçar ainda a ocorrência de overdose com a presença de drogas sintéticas, ainda que em valores residuais.

Processos atingem número recorde

2001 foi o ano que marcou o pioneirismo de Portugal em termos legislativos, tendo a aquisição, a posse e o consumo de drogas deixado de ser criminalizado e passando a constituir contra-ordenação social. O relatório demonstra que, em 2013, foram instaurados 8729 processos, o valor mais elevado desde 2001. Entre as decisões proferidas predominam as suspensões provisórias dos processos de consumidores não toxicodependentes (70%), seguindo-se-lhes as suspensões dos processos de consumidores toxicodependentes que aceitaram submeter-se a tratamento (12%). Por outro lado, o número de reclusos condenados ao abrigo da Lei da Droga subiu em 2013 (mais 2% do que em 2012). Havia 2290 indivíduos nesta situação, que representavam 24% do universo da população reclusa condenada.



Substâncias bem mais potentes

Em 2013 repetiu-se a tendência já verificada desde 2005, com o haxixe a ser a substância alvo do maior número de apreensões (3087). Os testes realizados às substâncias apreendidas demonstram que a potência média da *cannabis*, e em particular da *cannabis* resina, tem vindo a aumentar nos últimos anos, atingindo em 2013 os valores médios mais elevados desde 2005.

Mais de 100 novas drogas notificadas em 2014

Em 2014 foram notificadas pela primeira vez mais de cem novas drogas junto do Sistema de Alerta Rápido da União Europeia, elevando para perto de 500 o número de novas substâncias sujeitas a vigilância. Quem deu a conhecer mais esta evolução no mercado das novas drogas foi Maria Moreira, responsável do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, presente na apresentação à Assembleia da República. Acrescente-se que, em 2013, tinham sido 81 as novas substâncias identificadas.

De acordo com Maria Moreira, este é “um mercado que está sempre a mudar, e em que os canabinóides sintéticos são o grupo mais significativo e a venda pela Internet é comum”.

Manuel Cardoso destacou o papel da mudança na legislação portuguesa, com o encerramento das smartshops, constatando uma grande redução do consumo deste tipo de substâncias novas mas igualmente o “enorme esforço que a Polícia Judiciária tem feito no combate a este tipo de drogas”.

Álcool motiva significativa taxa de reclusão

Em 2014, os resultados do Inquérito Nacional de Saúde, 2014 relativos ao consumo de álcool evidenciaram prevalências e frequências do consumo recente de bebidas alcoólicas não muito distintas às do INPG 2012, apesar das diferenças metodológicas entre os dois estudos: 70% da população com 15 ou mais anos consumiu bebidas alcoólicas pelo menos uma vez, nos últimos 12 meses, sobretudo com uma frequência diária ou semanal. Ao nível do consumo arriscado / binge, os resultados do INS 2014 apontaram para valores muito superiores aos do INPG 2012: 33% da população consumidora referiu ter tomado, pelo menos uma vez, 6 ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião, com mais de metade a referir que o fez com uma frequência ocasional.

Segundo o Flash Eurobarometer 2014, a grande maioria dos jovens portugueses de 15-24 anos considerou o consumo regular de álcool como de alto risco (59%) ou de médio risco (36%) para a saúde. É de notar que a evolução nacional destas perceções entre 2011 e 2014 foi mais favorável que a evolução a nível do conjunto



dos jovens europeus, o que permitiu que em 2014 se verificasse uma atribuição de maior risco para a saúde por parte dos jovens portugueses, tanto em relação ao consumo ocasional como regular de álcool.

No que respeita a problemas relacionados com o consumo de álcool, em 2014 estiveram em tratamento no ambulatório da rede pública 11 881 utentes inscritos como utentes com problemas relacionados com o uso de álcool. Dos que iniciaram tratamento em 2014, 930 eram utentes readmitidos e 3 353 novos utentes. Nos últimos anos há uma tendência de acréscimo no número de utentes em tratamento, registando-se nos últimos três anos os valores mais elevados de novos utentes e de readmitidos. Em 2014, nas redes pública e licenciada registaram-se 1 472 internamentos por problemas relacionados com o uso de álcool em Unidades de Alcoologia e Unidades de Desabilitação (1 465 na rede pública e 7 na licenciada), e 2 256 em Comunidades Terapêuticas (61 em CT públicas e 2 195 em CT licenciadas), correspondendo respetivamente a 65% e a 31% do total de internamentos naquelas estruturas. Pelo segundo ano consecutivo que aumentou o número de internamentos por problemas relacionados com o uso de álcool em UA/UD, contrariamente à tendência de descida nos anos anteriores. No caso das CT, persiste a tendência manifestada há já vários anos, de subida do número de internamentos por problemas relacionados com o uso de álcool.

Relativamente a doenças infecciosas entre estas populações em tratamento por problemas relacionados com o uso de álcool, em 2014, as prevalências nos vários grupos de utentes enquadraram-se no padrão dos últimos anos: VIH+ (1% - 5%), VHC+ (3% - 67%) e AgHBs+ (0% - 4%). Entre os utentes em ambulatório constata-se uma estabilidade das prevalências e das novas infeções de VIH+ e de VHC+ nos últimos quatro anos, embora tendencialmente com valores inferiores aos registados nos dois anos anteriores.

Em 2014 registaram-se em Portugal Continental 5 768 episódios de internamento hospitalar (altas hospitalares) com diagnóstico principal atribuível ao consumo de álcool, na sua maioria relacionados com doença alcoólica do fígado (67%) – com destaque para a cirrose alcoólica (53%) – e o síndrome de dependência alcoólica (20%). Constata-se nos últimos três anos uma diminuição no número destes internamentos, representando em 2014 um decréscimo de -7% face a 2013 e de -17% em relação a 2012.

No entanto, se se considerar para além do diagnóstico principal também os secundários, o número de internamentos atribuíveis ao consumo de álcool é bastante superior – 34 272 internamentos em 2014 –, e têm vindo a aumentar ao longo dos últimos

anos (+1,4% entre 2013 e 2014). Em 2014, os internamentos relacionados com o consumo de álcool representaram, no total de internamentos hospitalares registados em Portugal Continental, cerca de 0,36% e 2,13%, consoante se considere apenas o diagnóstico principal ou para além do diagnóstico principal também os secundários.

Segundo as estatísticas nacionais da mortalidade do INE, I.P., em 2013 registaram-se em Portugal 2 301 óbitos por doenças atribuíveis ao álcool, representando 2,15% do total de óbitos e uma ligeira diminuição em relação a 2012 (-5%). A maioria destes óbitos pertencia ao sexo masculino (79%). A taxa de mortalidade padronizada para todas as idades foi de 16,2 óbitos por 100 000 habitantes, sendo inferior para as idades abaixo dos 65 anos (11,6) e bastante superior para as idades de 65 e mais anos (53,2). Em 2013, o número médio de anos potenciais de vida perdidos por doenças atribuíveis ao álcool foi de 13,3 anos. De um modo geral, constata-se para os vários indicadores da mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool, uma tendência de estabilidade entre 2009 e 2011, registando-se nos últimos dois anos e particularmente em 2013, um decréscimo para a maioria dos indicadores.

Quanto à mortalidade atribuída a perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de álcool, uma das categorias de doenças atribuíveis ao álcool, em 2013 foram registados 84 óbitos em Portugal, representando 0,1% da mortalidade no país e 4,1% dos óbitos por doenças atribuíveis ao álcool. Nos últimos três anos constata-se uma diminuição no número destes óbitos (-15% em 2013, após as descidas de -12% em 2012 e de -23% em 2011).

Quanto à informação dos registos específicos de mortalidade do INMLCF, I.P., em 2014, dos 829 óbitos positivos para o álcool e com informação sobre a causa de morte, cerca de 33% foram atribuídos a acidente (incluindo os de viação), 31% a morte natural, 18% a suicídio e 5% a intoxicação alcoólica. Cerca de metade (46%) dos 44 óbitos atribuídos a intoxicação alcoólica apresentaram resultados positivos só para o álcool, e em 45% dos casos foram detectados só álcool e medicamentos, em particular benzodiazepinas. Das 140 vítimas mortais de acidentes de viação que estavam sob a influência do álcool ($TAS \geq 0,5g/l$), cerca de 72% eram condutores, 21% peões e 7% passageiros. 85% destas vítimas tinham uma $TAS \geq 1,2g/l$. Nos últimos anos verifica-se uma tendência de diminuição no número de vítimas mortais de acidentes de viação sob influência do álcool (-17% entre 2013 e 2014), designadamente na situação de condutor, um indicador das metas do PNRCAD 2013-20 (-16% entre 2013 e 2014 e -27% entre 2012 e 2014).



Ao nível de problemas sociais/legais, em 2014 foram registadas 88 situações comunicadas às CPCJ e em processos instaurados em que a criança/jovem assume comportamentos que afetam o seu bem-estar relacionadas com o consumo de bebidas alcoólicas, e 123 situações por exposição a comportamentos que possam comprometer o bem-estar e desenvolvimento da criança relacionadas com o consumo de bebidas alcoólicas, valores ligeiramente inferiores aos registados nos dois anos anteriores.

No âmbito da criminalidade registada directamente relacionada com o consumo de álcool, em 2014 registaram-se 20 752 crimes por condução com TAS $\geq 1,2\text{g/l}$, representando 52% do total de crimes contra a sociedade e 6% da criminalidade registada em 2014. A tendência de aumento destes crimes verificada entre 2009 e 2012, foi invertida nos últimos dois anos, com os valores de 2014 a registarem uma diminuição (-16%) em relação a 2013. No entanto, mantém-se a tendência de aumento das proporções destes crimes no total da criminalidade registada e no conjunto da categoria de crimes contra a sociedade

A 31/12/2014 estavam em situação de reclusão, 304 indivíduos por crimes de condução em estado de embriaguez ou sob a influência de estupefacientes ou substâncias psicotrópicas e 2 indivíduos por embriaguez e intoxicação. Apesar da estabilidade no número destes reclusos entre 2013 e 2014, verifica-se nos últimos seis anos uma tendência de acréscimo (+135% entre 2009 e 2014).

Em relação à criminalidade potencialmente relacionada com o consumo de álcool, em 2014 foram registadas pelas Forças de Segurança 27 317 participações de violência doméstica, 41% das quais com sinalizações de problemas relacionados com o consumo de álcool por parte do/a denunciado/a. Esta proporção não tem sofrido oscilações relevantes nos últimos cinco anos.

Alguns resultados do Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional, 2014, são ilustrativos da importância da criminalidade indirectamente relacionada com o consumo de álcool, designadamente a cometida sob o efeito de álcool. Em 2014, cerca de 28% dos reclusos declararam estar sob o efeito de álcool quando cometeram o/os crime/s que motivaram a atual reclusão. Em relação aos crimes cometidos sob o efeito do álcool, destacaram-se o roubo, o furto e as ofensas à integridade física, seguidos dos crimes de condução sem habilitação legal, os de condução em estado de embriaguez ou sob a influência de estupefacientes ou substâncias psicotrópicas, homicídio e tráfico de drogas. Comparativamente aos crimes cometidos sob o efeito de drogas, os cometidos sob o efeito de álcool estão associados a crimes mais violentos e com penas mais pesadas.

No domínio dos mercados, 2014 representou o “ano piloto” na implementação da legislação em matéria de álcool produzida em 2013, que se traduziu na introdução de medidas mais restritivas na disponibilização, venda e consumo, bem como na condução sob o efeito do álcool, com a finalidade de proteger a saúde dos cidadãos. Também ao nível da regulação se constata, nos últimos anos, uma preocupação acrescida em matéria de comunicação comercial (incluída a publicidade) de bebidas alcoólicas, destacando-se a produção pelo ICAP – Instituto Civil da Autodisciplina da Comunicação Comercial –, de Códigos de Conduta sobre esta matéria.

Em 2014 foi publicada múltipla legislação relativa ao sector vinícola, como a relacionada com os regimes de produção e comércio dos vinhos com direito a denominação de origem ou indicação geográfica, de forma a contribuir para o aumento do valor económico dos produtos delas provenientes.

No âmbito da fiscalização relativa à disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público, em 2014 foram alvo de fiscalização 7 312 estabelecimentos comerciais, tendo sido registadas 728 infracções. Foram aplicadas 87 contra-ordenações relacionadas com a disponibilização ou venda a menores.

Para além do já referido sobre os níveis de consumo de bebidas alcoólicas em Portugal, são de destacar também, ao nível dos mercados, alguns dados relativos à introdução no consumo de bebidas alcoólicas em Portugal Continental. Em 2014, a cerveja, os produtos intermédios e as bebidas espirituosas representaram respectivamente 95,1%, 3,3% e 1,6% do volume total de vendas no conjunto dos três segmentos de bebidas, proporções próximas às registadas em 2013. Em relação a 2013, a cerveja registou uma redução (-5,1%), observando-se um aumento no segmento dos produtos intermédios (+4,3%) e no das bebidas espirituosas (+0,2%), com vendas respectivamente de cerca de 4,5 milhões de hectolitros e, de 158,1 e de 75,1 mil hectolitros.

Em 2014, a taxa do imposto aumentou 5% nas bebidas espirituosas e nos produtos intermédios, e 0,9% na cerveja, continuando a taxa do imposto aplicável ao vinho e a outras bebidas fermentadas, tranquilas e espumantes a ser de € 0,00. As receitas fiscais do IABA no conjunto dos três segmentos de bebidas alcoólicas foram de 176,1 milhões de euros em 2014, contribuindo as bebidas espirituosas com 95,8 milhões de euros, a cerveja com 69,3 milhões e os produtos intermédios com 11 milhões de euros. O aumento pelo segundo ano consecutivo do total destas receitas fiscais considerando os três segmentos de bebidas alcoólicas (+2,2% entre 2013 e 2014 e +2,7% entre 2012 e 2013), foi devido sobretudo ao aumento das receitas das bebidas espirituosas.



Entrevista com Catarina Durão:

Viseu aborda velhos e novos consumos de álcool e aponta boas práticas

Decorreu em Viseu o seminário “Velhos e Novos Consumos de Álcool e Boas Práticas de Intervenção”, um contributo para o debate de questões relacionadas com os diferentes padrões de consumo de álcool, dos contextos festivos e do conceito de “noite segura”. Dependências esteve presente e entrevistou Catarina Durão, responsável do CRI de Viseu.



Do que falamos em concreto quando abordamos novos e velhos consumos de substâncias?

Catarina Durão (CD) – Falamos de uma alteração que já está vigente na literatura e que se verificou efectivamente ao nível dos padrões de consumo. E os dois coexistem. Neste momento, temos o “velho” utilizador de substâncias, que mantém alguma fidelização a uma substância, enquanto temos outros padrões de consumos, que são mais pontuais, em alguns momentos mais abusivos e de diferentes substâncias. Numa mesma noite, o mesmo utilizador pode consumir duas, três ou quatro substâncias...

Isso distingue, por exemplo, o consumo problemático do não problemático?

CD – Distingue mais ou menos, no sentido em que existem consumos problemáticos de uma única substância, existem consumos não problemáticos de uma substância, assim como existem consumos problemáticos de várias substâncias em simultâneo e consumos não problemáticos de várias substâncias.

Mas parece ser hoje cada vez frequente a abordagem a poli consumidores...

CD – Sim, na grande maioria... Pelo menos, quando falamos de álcool, tabaco e uma das ilícitas já temos policonsumo, independentemente da valoração jurídica que colocamos às substâncias.

Quando se abordam os novos consumos surge habitualmente associado o contexto recreativo... Então e os outros contextos?

CD – Se calhar, tem algo a ver com o enfoque que estamos a verificar no nosso país. Somos um país com uma enorme oferta de eventos recreativos em que, de alguma forma, se fazem determinados consumos. Não quero dizer com isto que são os eventos que provocam os consumos. Os consumos já eram feitos mas, há 20 anos atrás, eram feitos num contexto mais privado, em determinados settings do foro individual ou em contexto de pequeno grupo. Face à oferta de eventos actual e a procura para a diversão, existem muitas vezes consumos abusivos, seja na comum discoteca ao fim-de-semana, como nos grandes festivais de Verão.

É estratégico não ter referido o problema das festas académicas?

CD – Não. Essas festas têm que ter até uma atenção especial e particular. Efectivamente, o meio académico, até em cidades mais pequenas como Viseu, têm vários momentos, desde a recepção ao caloiro no início do ano lectivo, às festas de curso que se estendem por todo o ano lectivo, até ao grande momento, a semana académica, marcados por um vasto número de eventos, sendo certo que, regra geral, existe uma componente nocturna marcada por consumos excessivos de álcool.

Em que medida se estará a diabolizar a noite e o convívio entre os jovens e estudantes?

CD – Creio que essa questão tem algo de verdade... Creio que isto não se passa apenas à noite, tanto mais que, por via de projectos como o Checkin Viseu, constatámos que a festa se prolonga para além da noite, nomeadamente através do after hours. A intervenção deste tipo de projectos também nos permite conhecer melhor o que se passa. Concorro que haja uma certa diabolização, ao ponto de se considerar que tudo o que é mau acontece à noite.

E que padrão é este, o do Binge drinking, em que constatamos que as pessoas se juntam para beber apenas ao fim-de-semana ou em momentos festivos? Calculo que o mesmo exija novas formas de intervenção face a consumos que, apesar de esporádicos, são abusivos...

CD – O binge drinking, ou seja, esse consumo abusivo e de alguma forma pontual, num fim-de-semana, passa-se com novos e com mais velhos... É um padrão para o qual estamos a direccionar mais

a atenção provavelmente porque a percepção que temos do mesmo é maior mas gostaria de referir que se trata de um fenómeno que sempre existiu em determinados eventos, como os casamentos ou aniversários. O mesmo sucede há muitos anos durante a queima das fitas... Desde logo, temos que conhecer para intervir. Na minha opinião, o conhecimento relativamente a esta questão ainda não está bem documentado... Também sabemos que existem pessoas que, durante um período das suas vidas, fazem estes consumos de binge e depois o ultrapassam, entrando num padrão de beber socialmente.

Viseu é um território particularmente conhecido como incubador de boas práticas ao nível da prevenção, de que constitui referência o programa Eu e os Outros... Hoje porém, não percebe muito bem onde andam essas intervenções...

CD – O CRI de Viseu continua a fazer a sua intervenção no âmbito preventivo. Nomeadamente no concelho de Viseu, temos o projecto Jogos + Vida que trabalha essencialmente a prevenção em contexto escolar, inclusive o projecto Eu e os Outros. Os técnicos do projecto são aplicadores do Eu e os Outros, implementam e dinamizam o programa em escolas, em lares de infância e juventude e noutros contextos previamente diagnosticados em Viseu. A intervenção do CRI no projecto Eu e os Outros continua... não com os números que já teve a nível do universo de jogadores, algo que teve a ver com as alterações do contexto escolar. A grande dificuldade tem residido no tempo de escola que é necessário dar a este projecto. Com a reforma curricular que aconteceu, os professores deixaram de ter esse tempo dedicado ao trabalho destas questões que se prendem com competências pessoais e sociais... No entanto, no âmbito do território do CRI Viseu, temos estado disponíveis e temos feito outro tipo de trabalho, nomeadamente com pais, técnicos e professores, dinamizando sessões de informação e de formação.

Que importância terá resultado da extinção, há quatro anos, de uma estrutura vertical como a do IDT para que tantos PRI tenham ficado em “banho-maria”?

CD – Todas as mudanças a nível estrutural repercutem-se a seu tempo no trabalho... Efectivamente, a última reestruturação que a política pública nos comportamentos aditivos teve em Portugal não correu da melhor maneira. Em qualquer tempo de mudança, as expectativas são sempre algumas, os receios são muitos. Se num dado momento se pensou que as coisas iriam ficar melhores porque, nomeadamente a nossa área de missão do tratamento, estando nas ARS, teria facilidade no trabalho em rede dentro da saúde, isso não se verificou. Como por exemplo, em termos da prevenção, o modelo existente na saúde em Portugal assenta ainda na prevenção primária, secundária e terciária, enquanto que no ex-IDT, já tínhamos feito um upgrade, utilizando a terminologia prevenção universal, selectiva ou indicada, que tentámos partilhar com os nossos pares da saúde...



É quase como pegar na dita prevenção primária e subdividi-la em três grandes patamares e, efectivamente, com esta última reestruturação, se não houve ganhos na área de missão do tratamento, também não houve nenhuns ganhos na prevenção. De uma vez por todas, ou se assume a prevenção como a linha da frente e dotam-se as equipas com recursos adequados, ou não vale a pena. Sem técnicos não há intervenção e a prevenção não pode ser vista como uma área que qualquer técnico faz. É preciso afectar técnicos a tempo inteiro, para que possam aprender, estudar, documentar-se, por forma a melhor planear, programar, realizar as intervenções junto da comunidade. Ou seja, os técnicos da prevenção devem definitivamente ser encarados como um custo e não meramente como um recurso. Alguns PRI ficaram em “banho-maria” pois existe uma grande morosidade na tomada de decisão, vários patamares de decisão, uma imensidão de outros problemas graves que existem na saúde.

Podemos concluir que esta reestruturação foi meramente experimentalista, não obedecendo a critérios como a evidência científica e técnica em que estava alicerçada a estratégia portuguesa?

CD – Podemos. Ao fazer-se esta última reforma, quebrámos um ritmo de crescimento, que o próprio alargamento aos comportamentos aditivos preconizava, delapidámos uma estrutura de âmbito nacional que permitia a uniformidade de procedimentos e criou-se muito ruído a nível organizacional, tendo sido mergulhados num universo extremamente burocrático e desajustado ao clamor da comunidade. É importante fazer um reconhecimento aos técnicos que se mantiveram nos seus postos de trabalho, trabalhando da melhor forma que podiam e sabiam, para assim mantermos a resposta de serviço público.

Se não tem havido este ruído em termos organizacionais, a resposta teria sido ainda melhor. Penso que é urgente um novo olhar para esta política pública, revitalizando o modelo português de intervenção nos comportamentos aditivos dependências, sob pena de, caso nada seja feito, assistirmos ao esboroar da intervenção nesta área especializada e vermos no futuro o despoletar de situações graves e de grandes dimensões.



APDES e Estabelecimento Prisional da Guarda promovem seminário :

Prisão Participada discutida

Prisão Participada foi o tema do evento organizado em parceria entre a APDES e o Estabelecimento Prisional da Guarda e que contou com o apoio da autarquia local. O seminário, que reuniu profissionais e investigadores de vários domínios do conhecimento, resultou num contributo transversal e multidisciplinar para a discussão das problemáticas da reclusão e pós-reclusão, orientado para as áreas da saúde e reinserção, colocando em destaque os aspectos subjacentes ao papel dos diversos actores presentes nestes contextos. O seminário contou com oradores de renome, cujas acções políticas, técnicas e científicas assumem um destaque incontornável nestas matérias.

Dependências marcou presença no evento e entrevistou Rui Correia, director do CRI da Guarda e Cândido da Agra, Professor Catedrático da Faculdade de Direito da Universidade do Porto e director da Escola de Criminologia.

Que importância assume a realização deste encontro para a estrutura e projectos que coordena?

Rui Correia (RC) – Em primeiro lugar, coloca a Guarda numa centralidade que normalmente não tem mas poderia ter porque, de facto, é por vezes mais fácil chegar à Guarda do que a Lisboa ou ao Porto e pode debater-se aqui como em qualquer outro sítio. Em termos de importância, julgo que é uma reflexão sobre um trabalho que se viu aprofundado por via da entrada da APDES, no âmbito do PORI, no Estabelecimento Prisional da Guarda. Nós começámos a cooperar em 2008, entretanto já passaram três projectos, estamos a iniciar o quarto e julgo que esta será uma forma de olhar para o caminho que fomos traçando conjuntamente, fazendo o balanço do muito que se foi conseguindo mas também perspectivando o muito que falta fazer no futuro.



Rui Correia

Começando pelo balanço...

RC – O CRI da Guarda, e outrora o CAT, já vinha intervindo no estabelecimento prisional de uma forma muito consistente desde 1999. Entretanto, foi para nós uma alegria quando vimos aprovado o co-financiamento à candidatura que apresentámos ao IDT por via do Diagnóstico Territorial e constar que podíamos ir mais longe com a entrada em cena de uma entidade com a credibilidade da APDES, que ganhou o concurso público e se propunha cumprir o caderno de encargos de um trabalho que nós, com a prata da casa, não conseguíamos fazer. Em suma, nem o CRI nem o CAT da altura nem qualquer outra entidade conseguia fazer o necessário update para irmos mais longe. Com esta metodologia via PORI e este programa co-financiado, pudemos fazer um trabalho de reinserção e de prevenção que hoje se vê, por exemplo, plasmado neste Manual que está a ser aqui apresentado. Nunca será demais ressaltar que o PORI é uma metodologia de intervenção em saúde que não é fácil de encontrar. Foi algo de novo: apoiar financeiramente projectos muito bem auditados, precedidos de um diagnóstico prévio e que exigem um acompanhamento de grande proximidade. Não se tratava de dar subsídios mas de co-financiar intervenções





em saúde. Foi uma metodologia inovadora no panorama nacional que carece de uma revitalização, de um outro olhar, tal como sucede com o modelo português de intervenção em dependências que também urge revitalizar. Precisamos perspectivar o futuro e de mais investimento.

No caso dos projectos desenvolvidos na Guarda, nomeadamente nos eixos da reinserção e da prevenção em contexto de reclusão, não será fácil obter indicadores quantitativos resultantes das intervenções, que se situam num âmbito mais qualitativo, dotando as pessoas de competências e conhecimentos. Como conjugam esta missão com a obrigatoriedade de se submeterem a avaliações, muitas vezes “cegas” e que condicionam os financiamentos?

RC – Sobre esta matéria, posso dizer que, se não houvesse indicadores consistentes, estaríamos a trabalhar no escuro. E, de facto, havia... Os indicadores foram surgindo numa base mensal e



os projectos que estão actualmente a entrar na sua quarta edição foram sempre auditados ao fim de dois anos. Portanto, se tiveram continuidade foi porque apresentaram os resultados esperados e que estão bem descritos nos relatórios que fomos apresentando e validando. O que mais me preocupa não são tanto os resultados já alcançados mas antes olhar para o futuro. O PORI pressupõe a possibilidade de dar continuidade a uma intervenção num dado território com os parceiros que aí existem. Ora, num país em que o momento actual é marcado pela falta de recursos, em que os serviços estão à pele e as pessoas entregues a múltiplas tarefas, e onde o voluntariado vai pesando cada vez mais, eu pergunto como se dá continuidade a um trabalho que vem sendo feito de forma tão meritória. Continuará a haver financiamento? Serão os serviços dotados de especificidades que actualmente não têm? Haverá o necessário olhar e afinamento da máquina de intervenção para podermos ir mais longe? Essas são as questões às quais não sei responder...

Cândido da Agra

Que importância atribui à realização deste encontro?

Cândido da Agra (CA) – É fundamental! Como o é ser no interior... O interior tem que ser mais valorizado e trata-se efectivamente de uma grande iniciativa. Debater esta questão das prisões é fundamental. Actualmente, estão a ser publicadas obras e artigos em revistas científicas internacionais sobre o tratamento, a humanização e a judicialização, três componentes de uma grande actualidade que convém articularmos e debatermos.



Uma Europa livre da Hepatite C é possível até 2030

BRUXELAS, 17 de Fevereiro de 2016: os principais especialistas da Europa, especialistas médicos e grupos de defesa dos pacientes sobre a hepatite anunciaram a intenção de trabalhar no sentido da eliminação do Vírus da Hepatite C (HCV) na Europa em 2030.

O “Manifesto pela Eliminação da Hepatite C” foi apresentado na primeira Cimeira Política HCV da UE, organizada pela Associação de Políticas Públicas para a Hepatite B e C, e apoiada pelos principais grupos de pacientes e clínicos Europeus.

Os signatários do compromisso do “Manifesto pela Eliminação da Hepatite C” comprometem-se a:

- Fazer da hepatite C e da sua eliminação na Europa uma prioridade explícita de saúde pública a ser perseguida a todos os níveis;
- Assegurar que os pacientes, grupos da sociedade civil e outras partes interessadas estão directamente envolvidos no desenvolvimento e implementação de estratégias de eliminação da hepatite C;
- Prestar especial atenção às ligações entre a hepatite C e a marginalização social;
- Introduzir uma Semana Europeia de consciencialização para a Hepatite.

Vytienis Andriukaitis, Comissário da Saúde e da Segurança Alimentar, fez um importante discurso no evento, comentando que “a hepatite C tem sido referida no passado como uma epidemia “silenciosa” no seio da União Europeia. É hora de trazermos esta epidemia “silenciosa” de fora das sombras para a luz, por isso, congratulo-me com iniciativas como esta cimeira e com o Manifesto pela Eliminação, para criar uma dinâmica para a acção, para a sensibilização e para estimular a discussão “.

Depois de vinte e cinco anos de pesquisa, os cientistas encontraram os meios para curar eficazmente a hepatite C, abrindo o caminho para a eliminação na Europa na próxima década. “O que teria levado cem anos para alcançar, está agora na mão! Esta é uma oportunidade única, mas a acção política é necessária para que isso aconteça “, afirmou o Prof. Angelos Hatzakis, Co-Presidente da Associação de Políticas Públicas para a Hepatite B e C. “O Nosso ‘Manifesto Eliminação’ é uma plataforma de encorajamento para os decisores políticos e defensores. Se agirmos agora, a Europa estará livre da hepatite C até 2030 “, continuou o Prof. Hatzakis.

Os desafios específicos da hepatite C exigem abordagens holísticas, centradas nas pessoas e em todo o sistema de saúde para a consciencialização para a doença, prevenção e cuidados integrados, com todas as partes interessadas, combinando as suas diversas habilitações e recursos numa resposta unificada.

“Ter sucesso contra a hepatite C na Europa é ainda mais importante dadas as atuais crises internacionais e os fluxos de refugiados para os nossos países”, explicou Cristian-Silviu Buşoi, eurodeputado e co-presidente do Grupo dos Amigos Parlamentares do Grupo do Fígado. Buşoi continuou: “As estratégias de eliminação precisam de ter em consideração as relações entre a hepatite C e os grupos marginalizados, tais como imigrantes recentes, pessoas que injectam drogas e outros.”

“O Manifesto define a nossa visão e compromisso de eliminar a hepatite C na Europa”, declarou o professor Michael P. Manns, Co-Presidente da Associação de Política Pública da hepatite B e C, “acções concretas a todos os níveis devem seguir-se para alcançarmos o nosso objectivo”. O Manifesto será apresentado aos governos nacionais e locais, bem como às instituições europeias para incentivar a acção.

Signatários

O “Manifesto pela Eliminação da Hepatite C” é suportado por organizações como a European Liver Patients Association (ELPA), European Association for the Study of the Liver (EASL), Viral Hepatitis Prevention Board (VHPB), The Correlation Network, The International Center for Migration Health and Development (ICMHD), The World Hepatitis Alliance (WHA), Hepatitis B and C Public Policy Association.

A hepatite C na Europa

- A Hepatite C (HCV) é um importante problema de saúde pública na Europa. Na UE, mais pessoas morrem a cada ano por HCV do que por HIV.
- O HCV é 7 vezes mais prevalente que o HIV na Europa.
- Estima-se que 15 milhões de europeus estão cronicamente infectados, incluindo 5,5 milhões que vivem na UE; a cada ano há 27,000-29,000 casos de HCV recém-diagnosticados na UE / EEE.
- A evidência existente mostra que, para alguns países europeus, as mortes anuais por HCV quadruplicaram nos últimos 20 anos.
- Mesmo com o geralmente bom acompanhamento de epidemias da Europa, o HCV continua a espalhar-se sem ser detectado como uma “pandemia silenciosa”, uma vez que os pacientes não apresentam muitas vezes sintomas durante os primeiros 20 a 30 anos.
- O VHC é a principal causa de transplante de fígado em adultos; os custos de saúde aumentam exponencialmente com a progressão da doença do fígado, o que ocorre em paralelo com o sofrimento dos pacientes.
- Além disso, os custos indirectos relacionados com a perda de produtividade tornam o encargo económico da doença ainda mais significativo.

A Eliminação

• Pretende-se que a eliminação de uma doença corresponda à redução a zero da incidência de uma doença específica numa área geográfica definida, como resultado de esforços intencionais.

• A eliminação do VHC foi tornada possível graças aos recentes avanços terapêuticos, que tornaram o HCV curável na maioria dos casos - as taxas de cura têm progredido de 6% em 1991 (primeiro tratamento interferon aprovado para HCV) para mais de 90% em 2014 (introdução de antivirais de acção directa).

• Abordagens e estratégias holísticas para melhorar a consciência geral, aumentar o teste/ diagnóstico para indivíduos em risco e o encaminhamento de indivíduos infectados para vias de cuidados específicos precisa de ser desenvolvido.

O “Manifesto pela Eliminação da Hepatite C”

Os principais autores do “Manifesto pela Eliminação da Hepatite C” são o Prof Jeffrey V. Lázaro, Universidade de Copenhaga (Dinamarca), Prof Mark Thursz, Imperial College, Londres (Reino Unido), Prof Pierre Van Damme, Viral Hepatitis Prevention Board, Vaccine and Infectious Disease Institute, Antuérpia (Bélgica), Prof Angelos Hatzakis, Atenas University Medical School (Grécia).

A primeira Cimeira HCV da UE

A Cimeira HCV da UE foi organizada pela Hepatitis B & C Public Policy Association em parceria com a Associação Europeia

para o Estudo do Fígado (EASL), a European Liver Patient Association (ELPA) e a Correlation Network. O evento foi apoiado financeiramente pela Abbvie, BMS, Gilead e MSD. A Cimeira, que teve a participação de 120 responsáveis políticos e partes interessadas de toda a Europa e mais além, foi oficialmente endossada pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT), o Centro Internacional para a Migração, Saúde e Desenvolvimento (ICMHD), o Grupo dos amigos do fígado do Parlamento Europeu e da Aliança Mundial da Hepatite (WHA).

A Hepatitis B & C Public Policy Association

A Hepatitis B & C Public Policy Association foi fundada em 2009 por um grupo de cientistas europeus, especialistas em saúde pública e defensores dos pacientes. O objectivo da instituição consiste em incitar e facilitar a formulação de políticas públicas a nível nacional e internacional para a comunicação, prevenção e gestão da Hepatite B e C. A única abordagem da Associação para a prossecução deste objectivo é reunir e trabalhar em parceria com os principais intervenientes no domínio dessas doenças, incluindo reguladores, pacientes, médicos, saúde pública e comunidades da sociedade civil e do sector privado. As principais actividades da Associação, até à data, incluem três grandes conferências sobre hepatite com consequentes chamadas para a acção. A Associação tem grupos de trabalho e publica uma newsletter de notícias 4 vezes por ano para 4000 parceiros no campo da hepatite. Para mais informações sobre as actividades da Associação visite www.hepbccpa.org

CIRROSE E CANCRO DO FÍGADO EM PORTUGAL



Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia

Doença Crónica do Fígado

7.ª
Causa de morte na Europa

Fonte: Eurostat - 2013

Estima-se que morrem

2500 pessoas/ano por Doença do Fígado



5.ª



Causa de Morte Precoce <70 em Portugal

Fonte: DGS Plano Nacional de Saúde 2012-2016

Cancro do Fígado



95%
Mortes ao fim de 5 anos

Na cirrose e no cancro **≈75%** São Homens



Principais Causas



Álcool
Hepatitis (C e B)
Obesidade

Portugal é o **10.º** país do mundo com maior consumo de álcool

Fonte: OMS 2012

Icterícia

Ascite (“barriga de água”)

Sinais de Cirrose em fase avançada



Análises

ALT

Inclua nas suas análises de rotina **Hepatitis Viricas**
Faça o teste das Hepatitis C e B pelo menos uma vez na vida



www.spg.pt

<https://www.facebook.com/SociedadePortuguesaGastroenterologia/>
https://twitter.com/SP_Gastro
<https://www.linkedin.com/company/sociedade-portuguesa-de-gastroenterologia>



Fígado Saudável



Fígado com Cirrose



Fígado com Cirrose e Cancro

1 a 4% por ano

Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia organiza reunião monotemática:

Da cirrose ao cancro

O Centro Cultural de Belém acolheu, no dia 6 de Fevereiro, a organização da reunião monotemática subordinada ao tema Da cirrose ao cancro. O evento foi promovido pela Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia. Num momento em que se assinala um ano após o início da disponibilização em Portugal da cura da Hepatite C, a inovação e a actualidade em vários temas da hepatologia moderna marcaram o programa científico e, como não poderia deixar de acontecer, o tema principal foi este vírus crónico e oncogénico. A par, cerca de 100 profissionais disertaram sobre toda a sequência que envolve a infecção crónica, cirrose hepática e carcinoma hepatocelular. Dependências marcou presença no evento e, num momento em que se afigura particularmente premente o desenho e a implementação de uma estratégia nacional para a hepatite C ou, se preferirmos, para as hepatites, entrevistámos António Diniz, Rui Tato Marinho e Agustín Abillos, prelector da conferência Plano Estratégico para a Hepatite C em Espanha.

António Diniz



Estará certamente satisfeito com os resultados aqui apresentados relativamente ao programa da Hepatite C e com a produção de conhecimento que Portugal tem evidenciado nesta matéria...

António Diniz (AD) – Está absolutamente fora de questão! Quando se têm resultados de 96 por cento de taxa de cura – bem sei que é nos primeiros 1200 doentes – não há qualquer dúvida que só temos que estar satisfeitos pela justeza da posição que foi assumida na altura de se tratar todas as pessoas infectadas por VHC. Evidentemente com as necessárias prioridades de ordem clínica mas, como tivemos hoje demonstrado, foram tratadas pessoas com os diferentes níveis de evolução da doença.

Está em condições de assegurar a criação de um plano nacional estratégico para o VHC?

AD – (Risos)... A estratégia nacional não é só para o VHC mas para todas as hepatites. Existe já um conjunto de documentos elaborado e... mais recursos humanos não seria mau para se poder fazer todo o trabalho necessário. De qualquer forma, nesta altura houve mais algumas mudanças e quem está a trabalhar mais de perto comigo é o Professor Rui Tato Marinho e é natural que consigamos dar um novo impulso a um processo que já se atrasou tempo demais.

Será possível termos o plano em funcionamento este ano?

AD – Tudo está dependente de um conjunto de condições que possam ser preenchidas para que se possa fazer um trabalho que é sobretudo de continuidade.

Mas já falou com a tutela sobre isso?

AD – Já falei e a tutela já sabe... Como perceberá, viveram-se tempos agitados nos últimos meses, portanto, foi um assunto que ficou um pouco em suspenso. A tutela sabia tal como a actual sabe quais são as questões e quero crer que irá dar, como tem sido a norma, bom andamento a este processo para que se possa ter, não só a estratégia nacional para as hepatites virais mas também um plano de acção devidamente programado para os diferentes anos.

Rui Tato Marinho



Ouvi-o defender que as doenças do fígado devem ser pensadas e tratadas de uma forma mais global... O que quer dizer com isso?

Rui Tato Marinho (RM) – Quero dizer que, eventualmente, deveria haver ou um grupo de trabalho ou um plano estratégico ou um conjunto de pessoas que pensem sobre o assunto. A doença do fígado pode ser semelhante a outras doenças crónicas, por

exemplo, com a diabetes porque afecta o olho e o rim, isto é tem formas muito variadas de apresentação. A doença do fígado é uma doença sem sintomas, pode ser uma cirrose, que um dia descompensa, é uma doença do mundo do transplante; pode manifestar-se com situações muito graves nomeadamente quando rompem as varizes, com um risco de morte de 20%. É ainda uma doença fortemente relacionada com os cuidados paliativos e com a morte... É a quinta causa de morte precoce em Portugal... Tudo isto deveria ser pensado de uma maneira global porque a sua importância clínica e social justifica-o plenamente. É a sétima causa de morte na Europa, de acordo com as estatísticas oficiais.

A multidisciplinaridade ou interdisciplinaridade é fundamental...

RM – Sem qualquer dúvida! Temos o caso da hepatite C, que afecta muito o mundo da toxicodependência, o mundo das prisões, as bolsas sociais mais desfavorecidas... Está em todo o lado, sendo transversal à sociedade em geral. É uma doença multifacetada, um puzzle. Precisamos de chamar enfermeiros, assistentes sociais, gente da comunicação social, os políticos... É uma entidade bem mais complexa do que se pensa.

Temos um novo elenco governativo... É vossa intenção chegar ao diálogo e apresentar essas propostas ao novo ministério da saúde?

RM – Sem o poder político não se faz nada. Eles é que são os grandes decisores, os estrategas do que se vai passar. Cabe-nos a nós, que estamos muito dentro do terreno, chamar a atenção para um problema. Em Portugal já se percebeu que a hepatite C e o álcool são grandes problemas e sei que o poder político começa a estar sensível para esses mesmos problemas.

Apesar de este novo tratamento para a hepatite C ter introduzido uma nova áurea e esperança de cura quer para os profissionais quer para os utentes, não teme que se descure a intervenção pensando que a problemática já está tratada?

RM – Antes pelo contrário... O fígado na sua globalidade vem colado ao tratamento da hepatite C e, a pouco e pouco, irá falar-se mais deste órgão tão vital. A Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia, em colaboração com os diversos órgãos de comunicação social temos procurado informar e sensibilizar os portugueses. Nunca se falou tanto da problemática das doenças do fígado. Isso parece-me excelente. O Fígado é álcool, é hepatites víricas (B e C), é obesidade (esteatose), é medicamentos tóxicos, é cirrose, é cancro, é transplante, etc.



A doença do fígado é uma doença sem sintomas, pode ser uma cirrose, que um dia descompensa, é uma doença do mundo do transplante; pode manifestar-se com situações muito graves .

Agustín Albillos



Pedia-lhe que resumisse aos nossos leitores a comunicação que apresentou neste evento, subordinada ao plano estratégico espanhol para a hepatite C...

Agustín Albillos (AA) – Pretendi apresentar aqui os objectivos e as linhas estratégicas do plano estratégico nacional para a abordagem da hepatite C no sistema nacional de saúde espanhol. O plano contempla toda uma abordagem integrada à hepatite C e uma das suas linhas estratégicas fundamentais é a estratégia terapêutica, a qual permitiu o tratamento dos pacientes com antivirais de acção directa em Espanha no último ano.

Como foi esse acesso?

AA – Foi um acesso massivo mas priorizado, tratando inicialmente os pacientes que apresentavam maior gravidade com graus de fibrose mais avançados. O plano também apresenta aspectos em desenvolvimento, como a área de I&D, a investigação em hepatite C, bem como o conhecimento da epidemiologia, ao passo que a prevenção da infecção, quer primária quer secundária ou terciária estão ainda por desenvolver, apesar de contemplados no plano.

Nesta área falamos de duas populações de risco acrescido, os toxicodependentes e os reclusos. A estratégia contempla medidas específicas para estes dois grupos?

AA – Os toxicodependentes não constituem uma população extraordinariamente prevalente em Espanha. Por outro lado, estes grupos de pacientes estão bastante bem identificados e acompanhados para que lhes possam ser orientadas estratégias específi-

O plano nacional estratégico apresenta, desde logo, a vantagem de colocar na agenda ministerial toda a problemática da hepatite C. Como qualquer infecção ou doença, vai mais além da terapêutica, devendo contemplar a profilaxia nas suas distintas versões. O ideal é ter um plano mas que tenha todas as suas vertentes adequadamente fundamentadas e sustentadas.

cas. O plano incide muito mais sobre a população reclusa, onde a prevalência da infecção é muito alta e, tal como me disseram ser comum a Portugal, existe um problema de falta de dependência do ministério da saúde. É um facto que, desde que o plano foi levado a cabo, têm sido implementadas acções para chegarmos mais próximos a essas populações, embora não tão rapidamente como desejávamos.

Um profissional fulcral na abordagem a esta problemática é, necessariamente, o médico de família. Como abordaram esta classe e os mecanismos de referenciação para os cuidados especializados?

AA – Até ao momento, não estamos a desenvolver qualquer tipo de procedimento a esse nível, uma vez que os pacientes tratados possuíam já uma doença hepática crónica avançada e, como tal, já estavam identificados nos hospitais. No futuro, há que fazer duas coisas: primeiro, identificar os pacientes que ainda não desenvolveram uma doença hepática avançada; em segundo lugar, há que aflorar muitos pacientes que, provavelmente, não poderão ser tratados no meio hospitalar, porque nem todos o poderão fazer. Portanto, há que definir à partida que coortes ou grupos de pacientes se fará o diagnóstico, se a todos os que acedam a um centro de saúde ou aos coortes nascidos em determinado intervalo ou às populações de alto risco... Provavelmente, estes dois últimos serão os mais adequados: um determinado coorte nascidos num determinado intervalo e as populações de alto risco, onde há que fazer um screening desde os cuidados de saúde primários. Provavelmente, nas primeiras fases, estes pacientes serão encaminhados para os hospitais mas, à medida que isto se generalize, creio que este tratamento, pela facilidade de uso e adequadamente controlado, deve ser levado a cabo desde os próprios cuidados de saúde primários. É um tratamento muito eficaz e

seguro e que não apresenta minimamente a complexidade dos que tínhamos antes.

Há um ano que Portugal disponibiliza o tratamento com sofosbuvir, com taxas de cura altamente satisfatórias... O que lhe parece o facto de o país não possuir ainda um plano estratégico?

AA – O plano nacional estratégico apresenta, desde logo, a vantagem de colocar na agenda ministerial toda a problemática da hepatite C. Como qualquer infecção ou doença, vai mais além da terapêutica, devendo contemplar a profilaxia nas suas distintas versões. O ideal é ter um plano mas que tenha todas as suas vertentes adequadamente fundamentadas e sustentadas. A verdade é que o papel aguenta tudo mas, se não houver dinheiro, não se podem levar a cabo as acções pertinentes. Por outro prisma, em Portugal, sem um plano, alcançaram-se muitas das metas definidas em Espanha com um plano, nomeadamente no que concerne ao fácil acesso da população à medicação e no registo nacional que se tem revelado muito útil. Como tal, creio que as coisas estão a funcionar adequadamente em Portugal, ainda que seja obviamente melhor ter um plano e, sobretudo, um plano financiado.

Com estes novos fármacos e o desenvolvimento da investigação, acredita ser possível erradicar no futuro a hepatite C?

AA – Esse é o objectivo. Creio que será perfeitamente possível a eliminação. Os fármacos são excelentes, conhecem-se muito bem os mecanismos de transmissão da doença, os tratamentos curam a infecção, portanto, a extinção da doença já não é uma utopia mas antes um objectivo que todas as sociedades desenvolvidas levarão a cabo.



Entrevista com Fernando Barata:

“Nunca como hoje se investigou tanto no cancro do pulmão”

Em entrevista a Dependências, no decurso das nas III Jornadas de Patologia Pulmonar Crónica, Fernando Barata comenta as questões tabágicas e as suas consequências e a importância da prevenção e da detecção precoce quando se fala em cancro do pulmão. O especialista revela-se muito confiante no desenvolvimento e reforço do trabalho desenvolvido e no progresso da investigação.

O que impede que o cancro do pulmão seja uma doença crónica?

Fernando Barata (FB) – Penso que a resposta se centra muito nas características que tem o cancro do pulmão: na forma como cresce, como se evade aos mecanismos normais de controlo que temos em todos nós e porque possui um conjunto de alterações mutagénicas muito elevado. É muito heterogéneo e sucede dar-se por exemplo a proliferação de determinada linha celular enquanto estamos a controlar outra linha celular. Por outro lado, até hoje, as terapêuticas disponíveis ficaram um pouco aquém das expectativas que se foram criando. Ao contrário de outros tumores, relativamente aos quais já se evoluiu no conhecimento e no surgimento de várias linhas terapêuticas, no cancro do pulmão apenas existiam duas ou três linhas terapêuticas, o que, associado a um não controlo da doença tumoral, leva a que os resultados tenham ficado muito aquém das nossas expectativas.

Parece haver uma ideia na sociedade de que esta doença está cada vez mais presente... Será uma mera percepção ou uma evidência?

FB – É verdade que há hoje muito mais cancro do pulmão. Ainda na semana passada, saíram registos oncológicos a nível nacional e mesmo dados divulgados pela Sociedade Portuguesa de Oncologia e outros pela Comissão Nacional de Oncologia que apontam o cancro do pulmão em crescendo quer em termos de incidência, quer também na mortalidade. Uma incidência fundamentalmente nas mulheres e verificamos uma certa estabilização nos homens, o que parece dever-se, entre outros factores, sobretudo à manutenção dos hábitos tabágicos e à elevada incidência de mulheres fumadoras.

Um dos aspectos fundamentais reside na detecção precoce... Quando, como e quem a deve fazer?

FB – Quanto ao rastreio, se bem que existam resultados positivos quanto ao uso da TAC de baixa dosagem, devido aos custos associados e à necessidade de aferir melhor as populações e a metodologia, ainda não está recomendada como uma metodologia para ser feita em massa...

E isso seria importante?

FB – Seria muito importante porque nos traduziria em reduções da mortalidade por cancro do pulmão, que é o objectivo do rastreio, e



iria catapultar os nossos resultados para não aqueles 15 a 17% de sobrevivência aos cinco anos mas para valores muito mais altos.

Como está actualmente a investigação? Que barreiras existem para a oferta de esperança a estes doentes e às suas famílias?

FB – Nunca como hoje se investigou tanto no cancro do pulmão a nível mundial. Portugal também tem dado o seu contributo. Praticamente todos os ensaios das múltiplas companhias farmacêuticas e todos os novos produtos têm passado pela colaboração dos centros de investigação a nível nacional e isso traduz-se não só em dar aos nossos doentes acesso a novas terapêuticas como também permitiu aos investigadores e aos clínicos a possibilidade de manusearem de forma precoce essas terapêuticas e os benefícios que podemos tirar das mesmas.

Sendo o tabaco o inimigo número um, quais são os outros factores de risco para o cancro do pulmão?

FB – O tabaco passivo, a poluição atmosférica, a poluição em casa, as lareiras... Haverá outros cuja importância no desencadear o cancro do pulmão será menor. Penso que é importante sublinhar o papel do tabaco como um malefício para o cancro do pulmão.

Fala-se muito sobre o doente e sobre a família, esquecendo-se muitas vezes o papel dos profissionais. Em que posição fica cada um destes vértices de uma trilogia que se pretende dotada do maior equilíbrio?

FB – O doente e a família são os objectivos da vida dos profissionais que se dedicam ao tratamento do cancro do pulmão. Conseguirmos ver dia-a-dia, mês a mês, ano a ano que estamos a transformar os nossos doentes com cancro do pulmão em longos sobreviventes e numa patologia crónica dá-nos a todos uma imensa satisfação.

O necessário pragmatismo faz com que os profissionais de saúde tenham deixado de sofrer ao observar o sofrimento causado por esta doença?

FB – Pelo contrário! Os profissionais de saúde sofrem e muito com esta doença e com a forma como vêem decorrer muitas situações em que, apesar de todas as medidas terapêuticas instituídas, a evolução é inexoravelmente para o insucesso. Mas isso não nos impede de termos ânimo para continuarmos a lutar e a dar aos nossos doentes não só mais tempo de vida como melhor qualidade de vida.

Homenagem Nacional ao Professor António Pacheco Palha

A XX edição das Jornadas Patient Care – JNPC, que decorreu entre os dias 24 e 25 de Fevereiro, no Centro de Congressos de Lisboa, ficou marcada por uma homenagem prestada ao Prof. António Pacheco Palha. Este importante congresso médico nacional trata os mais variados temas da área médica na prática clínica e tem permitido uma atualização anual dos mais de mil médicos que habitualmente participam.

O Prof. António Pacheco Palha é um bracarense ilustre, filho do médico e psiquiatra Dr. António Alves Palha, clínico, e é atual diretor clínico da Casa de Saúde do Bom Jesus. A sua carreira académica foi realizada na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, desde 1964, tendo tido um percurso muito interessante e rico, ensinando na disciplina de Psiquiatria e Saúde Mental, tendo-se jubinado como professor catedrático em 2009. Tem tido um importante papel na formação de médicos psiquiatras da República de Moçambique, onde foi colaborador do Professor Veiga Simão na criação da Faculdade Médica da Universidade de Lourenço Marques, onde foi professor de Psicologia Médica e Psiquiatria, nos anos 60. Preparou o seu doutoramento na Universidade de Londres e defendeu a tese em 1985.

Foi diretor do Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João, de 1991 a 2009, onde reabilitou o Serviço de Psiquiatria com uma obra completa de modernização e de aumento. Foi presidente da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, da Sociedade de Psiquiatria Biológica e da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica,

bem como presidente Federação Europeia de Sexologia. Foi o responsável durante 10 anos pelo Curso de Gerontologia Social Aplicada na Universidade Católica Portuguesa - Pólo Regional de Braga. Tem numerosos trabalhos científicos publicados em jornais nacionais e internacionais. É atualmente o Presidente da Associação de Saúde Mental em Língua Portuguesa (ASMELP) e diretor da Casa de Saúde do Bom Jesus.

Dependências entrevistou este vulto da sociedade portuguesa...

Têm sido homenagens, umas atrás das outras... Será o reconhecimento de quê, propriamente?

António Pacheco Palha (AP) – É simpatia por parte dos meus amigos... Por outro lado, sempre fui uma pessoa muito activa, muito envolvida nas áreas da medicina, do apoio social aos doentes e às famílias e nalguns temas que, há cerca de 40 anos, eram fracturantes, como o planeamento familiar, a sexualidade humana, a contraceção, as drogas, as esquizofrenias, os ensaios com psicofármacos... Enfim, muitas atividades que fui desenvolvendo em áreas complicadas mas às quais nunca virei a cara, procurando antes tratar de coisas que, na altura, seriam difíceis. Depois, também sempre tive muito envolvimento naquilo que é a divulgação, a parte pedagógica, quer em conferências formais, quer na relação direta, coloquial com alunos e professores nas escolas (tenho um livro com a Dra. Irene Cortesão, Maria Alcinda Silva e Arminda Torres e sobre “Educação para uma Sexualidade Humanizada”), para os clínicos gerais, internos de psiquiatria, etc ... tive sempre uma vida muito diversificada. Por outro lado, sempre se-



gui um lema que recebi do meu pai: “Faz o que deves e não esperes a recompensa”. Era uma época de austeridade, de pós-guerra, de dificuldades e esse legado acabou por se revelar muito útil no meu percurso. Tenho dado apoio aos países africanos de expressão portuguesa, os PALOP, particularmente com Moçambique onde a maior parte dos psiquiatras de Moçambique foram formados e preparados por mim, quer no Porto (Faculdade e Hospital S. João), quer em Braga (Casa de Saúde do Bom Jesus, Universidade do Minho e Hospital) e tudo isso me dá uma certa alegria e satisfação cívica.

Quem ficou a perder neste seu longo percurso de vida?

AP – Sou capaz de ter tirado um bocado ao convívio familiar e a atividades de lazer, a alguns hobbies de que gostava, como a fotografia ou a vela... Quanto à família, devo dizer que me diverti muito com os meus filhos e os tive sempre muito próximo, mas talvez pudesse ter tido mais relação com a restante família, nomeadamente pais e tios, de um modo mais íntimo e frequente...

Após este momento alto, o que fará?

AP – Este é um momento transversal... A minha vida continua enquanto tiver força e energia. Continuarei a fazer o trabalho que tenho feito na clínica, que eu adoro, e também na pós-graduação ligado à minha Faculdade e à Universidade do Minho e manter a minha atividade de Diretor Clínico da Casa de Saúde do Bom Jesus das Irmãs Hospitaleiras, hospital que sofrerá em breve uma enorme transformação, dando origem a uma unidade assistencial moderna, que espero venha a ser um exemplo para colmatar a necessidade dos doentes psíquicos, de terem um tratamento em regime de internamento, com instalações modelares com os equipamentos e facilidades necessárias para uma rápida recuperação e reabilitação psicossocial.

O que mais o marca ao longo deste rico percurso?

AP – O meu grande objetivo era a carreira académica, uma carreira difícil e exigente que nunca deixei de enfrentar com coragem, apesar de todos os obstáculos que encontrei e todas as provas académicas que tive que vencer. A clínica era outro objetivo onde também perdia muito tempo e me tirava os horários regulares dos meus dias. Era uma situação difícil de conciliar entre os deveres académicos, que não eram bem remunerados, que eu gostava muito porque me levavam a estudar sempre e a estar atualizado, e os deveres da clínica que eu também gostava e me permitia uma vida melhor. Amigos diziam-me que a vida académica era uma ilusão e que devia privilegiar a prática clínica onde poderia encontrar uma melhor vida e maiores facilidades. Mas eu queria viver bem, no sentido de não enfrentar dificuldades e de poder tratar os meus filhos com um bom nível, mas também dedicar o meu tempo com outras coisas e, nesse sentido, a academia, os estudos, as associações pedagógicas na comunidade e as relações internacionais eram áreas que me preenchiam. Aliás, tenho hoje ótimas relações com colegas e sociedades do Brasil, da África, dos EUA e da Europa. Fui presidente da Federação Europeia de Sexologia, sou membro honorário da World Psychiatric Association (WPA), da Sociedade Espanhola de Psiquiatria e da Associação Brasileira de Psiquiatria. Tenho estado também muito ligado à área da toxicodependência e das suas organizações internacionais.

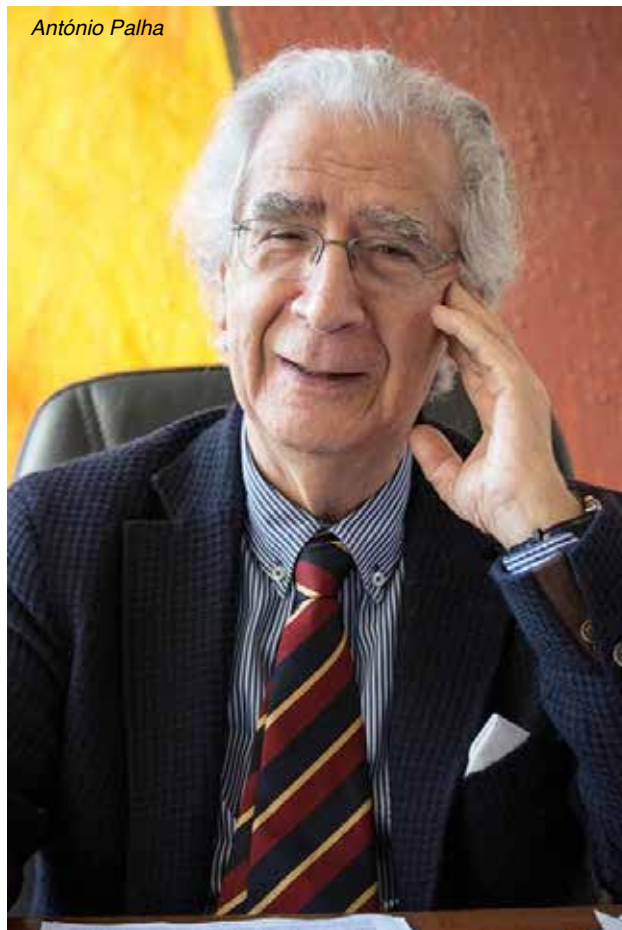
Enfim... vou continuar a fazer o que puder com o objetivo de tratar bem e ensinar melhor.



E a psiquiatria, continua a ser a mesma?

AP – Continuo a dizer que o que faz falta na psiquiatria é uma maior formação clínica. Ver clinicamente bem os doentes, captar os sintomas, perceber como se inserem na realidade existencial das pessoas e tentar fazer uma abordagem multidisciplinar. Isso não significa que tenhamos que possuir uma enorme equipa mas a visão do caso tem que ser alicerçada em várias vertentes e o psiquiatra deveria estar preparado para isso (na clínica o dogmatismo é mau conselheiro...). E esta visão clínica tem faltado porque as pessoas esperam muito das análises, dos exames e das escalas e esquecem-se do resto que é observar com rigor e de modo completo e conhecer a patoplastia de cada situação para só depois propor o plano terapêutico.

António Palha



Homenagem de Moçambique:

Khanimambo Professor Palha!

Caro Professor Palha,

Desde a época dos descobrimentos, muitos portugueses por nossas terras quentes passaram. Marinheiros, exploradores, soldados, cozinheiros, arquitectos, poetas, enfermeiros, professores, médicos entre outros;

Cada um deixou marcas neste Moçambique de gente humilde e trabalhadora, um país rico em recursos e potencialidades, infelizmente repleto de assimetrias que afectam a população de formas variadas, uma delas – a de enlouquecer as pessoas, tanto no bom como no pior dos sentidos e o Amigo e Professor Palha, também “enlouqueceu” há mais de 50 anos quando por cá passou para cumprir o seu serviço militar... e ajudou a criar a primeira Faculdade de Medicina de Moçambique da Universidade de Lourenço Marques, onde foi o primeiro Professor de Psicologia Médica e Psiquiatria e onde criou o laboratório de Psicologia, o laboratório de Neurofisiologia e o Centro de Estudos de Psicologia da Universidade.

No meio da loucura e de tantas outras prioridades - porque sim, um país com tantos recursos e tanta pobreza vive de urgências – escolheu a Saúde Mental, um mundo das pessoas suficientemente loucas pois sempre acreditou que a saúde mental é também um problema de saúde pública que impede o país de atingir o seu potencial.

Professor Palha, para nós os Africanos, o melhor legado que um pai pode deixar para os seus filhos é plantar uma árvore, pois dela as gerações se alimentarão dos seus frutos.

Bebeu muito bem desta sabedoria Africana e decidiu deixar o seu legado – Sua Árvore!

Quando a Saúde Mental dava os primeiros passos no pós-independência, nesta pérola do Índico com pouquíssimos quadros que sonhavam...O Prof. deu o devido incentivo e direcção, com paciência,



perseverança, ao ritmo do nosso crescimento e com a liberdade necessária que um mestre reconhece aos seus discípulos. Faz parte dos homens bravos e corajosos, “loucos” o suficiente para fertilizarem o terreno da saúde mental moçambicana e de todos os PALOPs, dando-nos voz através da criação da ASMELP (Associação de Saúde Mental de Língua Portuguesa). Dessa maneira contagiou também os seus colegas Portugueses e até Brasileiros.

Professor Palha,

Temos orgulho de fazer parte do seu projecto de vida pessoal e profissional; Consigo aprendemos a ser firmes, rigorosos, éticos e tolerantes com os discípulos e subordinados bem como extremamente humanos para com os pacientes.

A sua paixão por esta terra e seu Povo – Seu legado – Árvore - tem hoje frutos valiosos e preciosos - Nós a Família da Saúde Mental em Moçambique!

Hoje associamo-nos a esta singela homenagem que merecidamente lhe prestam, para de uma forma “maningue” Moçambicana, dizer apenas ... Khanimambo Professor Palha!!...



SNS mais próximo das pessoas:

Todas as informações do SNS num novo portal

O novo Portal do Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi apresentado no dia 1 de Fevereiro, no Pavilhão do Conhecimento, em Lisboa, numa sessão presidida pelo Ministro da Saúde, Adalberto Campos Fernandes. “Próximo de si” é o lema do portal, que pretende reunir toda a informação sobre saúde num único sítio, em www.sns.gov.pt.

Estruturado em quatro áreas - SNS, Institucional, Cidadão e Profissional – o site integra novas funcionalidades como a visualização dos tempos de espera nas urgências hospitalares, das listas de espera para cirurgia e ainda a consulta de dados relativos a um ano específico.

A panóplia de acções que o portal coloca ao dispor do utilizador garante uma nova forma de comunicar, utilizando a interactividade e a transparência como pontos-chave.

“O objectivo deste portal do SNS é fazer ou estabelecer uma relação diferente com os cidadãos, com os dirigentes e com os responsáveis. A partir de hoje nós estamos totalmente online e a nossa responsabilidade política e dos gestores está também online. Os cidadãos têm o direito a saber como funcionam os serviços, como são utilizados os recursos, como se compara cada instituição entre si. É um exercício de cidadania responsável e de dever de serviço público” afirmou Adalberto Campos Fernandes.

O ministro da saúde acrescentou que, através desta nova funcionalidade, na área dos cidadãos, estes podem aceder a dados como “consultas, a questões como a isenção de taxas moderadoras ou da receita ou prescrição médica electrónica e tudo aquilo que será precursor do nosso objectivo para o próximo ano, realizarmos o registo de saúde electrónico”.

Para Adalberto Campos Fernandes, esta inovação “significa que existe um clima diferente no SNS, onde a opacidade tem de deixar de existir. Não podemos confundir escassez de recursos com falta de qualidade de organização dos mesmos. Não ignoramos que o país tem muita falta de recursos e de meios e que, infelizmente, somos ainda um país muito pobre mas também temos ainda muita falta de capacidade de organizar os poucos recursos



que temos. Portanto, este é um instrumento que permite que nos comparemos uns com os outros. Porque só melhora quem é comparado. Nunca melhora quem está a viver sozinho, isolado e que não tem noção da relatividade desses mesmos recursos. Este é um primeiro e modesto contributo da saúde para uma ambição maior, o Simplex para a administração pública, mas é também um instrumento para a competitividade interna. Na área pública, temos que ser mais competitivos. Temos que ser capazes de competir pelos melhores resultados. Como foi dito pelo Dr. António Arnaut, há muitos anos que fazemos em Portugal coisas muito bem feitas, que são desconhecidas e não divulgadas. Infelizmente, a mediatização da saúde é quase sempre a mediatização dos casos que correm menos bem ou até muito mal. Ora, esta é uma responsabilidade de Estado, que tenho a certeza de que perdurará em qualquer outro Governo que nos suceda, pois não acredito que alguém possa voltar atrás num imperativo de transparência e de relação honesta com o cidadão”.

A criação do site insere-se no programa Simplex para a administração pública.



Na antecâmara do II Congresso do SICAD:

O modelo português na primeira pessoa

Na antecâmara da realização do II Congresso do SICAD, e volvidas quatro décadas de intervenção em Portugal no âmbito das adições, a revista Dependências propôs um desafio a um conjunto de profissionais cujo desempenho marca claramente o percurso traçado no nosso país.

Desde a concepção das primeiras respostas ao fenómeno, passando pela criação de estruturas que permitissem minimizar os danos resultantes de um panorama então considerado epidémico e catastrófico, até à concepção da primeira estratégia nacional para a toxicodependência, envolvendo áreas como as da saúde, social, jurídica e dos direitos humanos, convidámos um conjunto de actores a descreverem as suas vivências e experiências neste domínio que reflectam o seu exercício e visão sobre o fenómeno no país desde o seu primeiro dia de actividade nesta área até à actualidade.

Alexandre Quintanilha



Congratulo-me com o facto de, 20 anos depois de a estratégia ter sido introduzida, poder contar com o apoio dos grupos que, nessa altura, tiveram enorme dificuldade em apoiar a estratégia que tinha sido proposta para o projecto português. Lembro-me que, há 20 anos atrás, a estratégia apresentada e posteriormente desenvolvida pelo Governo foi vista por um grupo muito grande de pessoas em Portugal como perigosíssima... Entendiam que Portugal viria a ser o centro de consumo da droga e da toxicodependência, não só na Europa como no mundo. Lembro-me de várias intervenções de responsáveis que falavam com imenso medo do que poderia resultar da introdução de uma estratégia que era inovadora, não só a nível nacional como internacional. De tal maneira inovadora que, durante estes últimos 20 anos, tem havido um número cada vez maior de países a olhar para a experiência portuguesa para saberem como devem desenvolver as suas estraté-

gias. Estive muito levemente envolvido no processo inicial, até porque não é particularmente esta a minha área de interesse mas foi uma das áreas em que me senti mais realizado em termos de intervenção pública sobre o que se devia fazer e posso dizer que quase todos os anos, nestes últimos 20, recebo telefonemas da Austrália, da Nova Zelândia, de jornalistas do Leste europeu, da América Latina... mas recorro também clarissimamente os gritos de apreensão que tinham vindo não só de dentro de Portugal, como dos EUA, que tinham ficado absolutamente estarelecidos com a nossa proposta e o que o Governo tinha desenvolvido. Gostava de enfatizar esta constatação de que, afinal, valeu a pena e, nesta altura, estamos a servir de exemplo para o que o resto do mundo está a pensar fazer. Sei que houve alterações organizacionais na forma como esta área passou a ser tratada e gostava de perceber claramente o que ficou mais frágil e o que saiu reforçado. Depois, tenho outra questão que tem a ver com uma área que ainda não é uma preocupação em Portugal nem no resto do mundo mas que suspeito que o venha a ser de forma crescente: tem a ver com outro tipo de smart drugs, outras drogas que estão a ser cada vez mais utilizadas por jovens e também outra área emergente que me tem fascinado, os dispositivos de estimulação cerebral. Os dispositivos de enormíssimos campos magnéticos utilizados para estimular o cérebro e, dessa forma, outras funções do corpo. São elementos que estão a atrair uma enorme atenção de jovens e menos jovens...

Cândido da Agra



Integrou o grupo de trabalho responsável pela produção de recomendações que viriam a dar origem à estratégia nacional para a droga e toxicodependência e para o tão propalado modelo português. Que memórias guarda desse momento em equipa em que estavam a conceber uma

ferramenta pioneira, centrada na humanização e na descriminalização?

Cândido da Agra (CA) – É um momento muito forte em toda a minha carreira académica porque criou as condições para concretizar o que sempre defendi: os trabalhos científicos devem ser plasmados em políticas criminais. Ora, eu tinha desenvolvido um estudo interdisciplinar com uma equipa de 12 investigadores, que originou a produção científica de 12 volumes, que me permitiram dizer que Portugal, descriminalizando, não iria de modo algum aumentar a criminalidade. Era essa a minha hipótese, baseada nesses estudos, e estava certo. Efectivamente, depois da estratégia, foi assinado um protocolo entre o IPDT e o Departamento de Criminologia da Universidade do Porto, para avaliar a estratégia de descriminalização e todos os estudos que foram sendo produzidos, entre os quais uma tese de doutoramento do Dr. Jorge Quintas, provam que as hipóteses científicas estavam correctas. E quão importante é articularmos a investigação científica com as políticas criminais... Ainda recentemente, a pedido da ministra da justiça francesa, tive a oportunidade de falar sobre a experiência portuguesa nas drogas para 2300 actores do terreno, desde os serviços prisionais, de reinserção social e de saúde. Eram 2300 actores de terreno! Desde magistrados a médicos, passando por criminólogos. Falou em memória... para mim é um momento presente porque não cesso de fazer o apostolado da política portuguesa, simultaneamente humanista, científica e pragmática. Não só em conferências internacionais, como em obras, em periódicos científicos.

Tudo parece ter partido de recomendações com base na ciência. Hoje, são evidências produzidas. Como se sente ao ver a internacionalização deste modelo?

CA – Sinto que Portugal não devia parar nessa caminhada, sempre baseado nos conhecimentos científicos. Temos que continuar a ser pioneiros como fomos, por exemplo, relativamente à pena de morte. Portugal é um país que, em termos de penalidade, tem tradição humanista e devemos progredir nesse caminho dando lições ao mundo. Com esta experiência da descriminalização estamos a dar uma lição ao mundo! Excepto aos países que não a querem receber, mesmo face a evidência empírica como a que temos para apresentar...

Como foi trabalhar ao longo destes anos com profissionais de outras áreas, numa perspectiva multidisciplinar?

CA – Em Portugal e noutros países, nos últimos anos, encontro algo extraordinário: o vencer barreiras tradicionais. O sector da saúde não fala com o da justiça, esta comunica mal com a saúde... Durante a estratégia, verificámos isso: fizemos entrevistas e constatámos que havia ali um muro. No entanto, daí para cá, encontro um extraordinário movimento de recuperação e dá ideia de que aquelas atitudes um tanto persecutórias e paranóides desapareceram e, felizmente, esta realidade não é um exclusivo de Portugal. É este caminho entre os que estão no terreno e os que estão nas universidades têm que percorrer em conjunto. Nós, nas universidades, precisamos equacionar problemas a partir do terreno e não a partir de hipóteses meramente académicas. Por outro lado, quem está no terreno precisa de evidência científica, que é determinada fundamentalmente pelos métodos. E esta produção de evidência que deve e há-de transferir-se para as políticas.

Elza Pais



A Dra. Elza Pais é uma das figuras que estiveram na génese daquela que é hoje a intervenção portuguesa em dependências, tendo assumido a presidência do então IPDT. Que memórias guarda desse tempo?

Elza Pais (EP) – Guardo muitas e boas memórias, sobretudo das pessoas, que estavam envolvidas e empenhadas em desenvolver intervenções com qualidade e demonstravam uma enorme vontade de fazer a mudança. Os modelos então em curso já não se coadunavam com o conjunto de novos entendimentos do fenómeno que estavam a surgir e, portanto, foi a altura de passarmos do modelo da criminalização para o modelo da despenalização, mais humanista e que permitisse uma visão do toxicodependente como uma pessoa com direitos, um doente que precisava de tratamento e não como um criminoso que precisa de ir para a prisão. Na altura era presidente do IPDT, antes disso cheguei a ser Alta-Comissária do Projecto Vida e acompanhei todo este movimento, desde as recomendações que tinham chegado à tutela, cujo secretário de estado era o Dr. Vitalino Canas, pelas mãos de um grupo de peritos coordenado pelo Professor Alexandre Quintanilha. Um dos modelos apontados foi aquele que Portugal seguiu: uma política baseada na descriminalização, mantendo ilícito o consumo, não como ilícito criminal, mas como um ilícito administrativo. Lutámos pela lei, aprovámo-la e, depois, tive o particular privilégio, extremamente gratificante do ponto de vista profissional de, em meio ano, criámos 18 CDT. Foi uma loucura! Envolveu todos os profissionais do Instituto Português da Drogas e da Toxicodependência na criação dessas 18 estruturas logísticas no terreno, com espaços que tinham que ser encontrados e adaptados e com o recrutamento e formação de pessoas. Valeu a pena porque Portugal passou a ser um país de referência nas políticas de prevenção combate da droga e da toxicodependência. Hoje, toda a gente quer saber como este pequeno país à beira mar plantado conseguiu avançar com um modelo relativamente ao qual havia alguns receios até no nosso país, os quais não vieram a concretizar-se, como já prevíamos. Portanto, foi pacífico e resultou sobretudo num modelo orientado para o bem-estar das pessoas.

Foi um modelo que custou muito construir, enfrentando muitas batalhas políticas e que resultou mesmo em produção de evidência... Mas, neste momento, esse modelo parece ter sido desmantelado...

EP – Sim, a estrutura tal e qual funcionava, foi desmantelada. O modelo da descriminalização não. As CDT mantêm-se e bem,

embora não tenha havido investimento nas mesmas e o serviço só não foi mais prejudicado porque temos profissionais de alta qualidade que mantiveram a prestação do cuidado aos utentes, pese embora estivessem a viver situações profissionais de grande instabilidade e incerteza e num quadro orgânico com o qual nem sequer se identificavam.

Talvez se tenham mantido porque continuam sob a égide do SICAD...

EP – E por amor à área porque há aqui pessoas muito dedicadas. Agora, três anos volvidos, existe um novo ciclo político que seguramente introduzirá as alterações possíveis para salvar a qualidade do serviço integrado que tínhamos desenhado. Ganhos, não houve nenhuns, estou mesmo em crer que houve prejuízos porque se constata recuos em termos de comportamentos aditivos. A título de exemplo, em 2014 aumentaram 50 por cento as mortes por overdose relativamente a 2013. Os consumos injectados também estão a aumentar, o que também acarreta questões associadas à problemática do VIH/sida. No álcool devíamos ter uma estratégia mais integrada mas, como está tudo desintegrado, acabamos não estar e intervir com eficácia num problema que atinge muitas pessoas. Existem estimativas que apontam que 500 mil portugueses têm problemas relacionados com o álcool e

muitos não estão em tratamento. Os serviços têm que ser proactivos para se aproximarem dessas pessoas. Em suma, houve prejuízos e estes retrocessos nos consumos devem-se, em meu entender, ao facto de o modelo ter deixado de ser integrado.

Faria sentido voltarmos a uma estrutura vertical como era o IDT?

EP – Tem que se repensar. Acho que os tratamentos, a redução de riscos e a prevenção não podem estar diluídas nas ARS. Têm que voltar a ter o comando do SICAD e com articulações óbvias às ARS pelo menos ao nível do tratamento, como sempre houve, porque além do tratamento do consumo específico haverá outras vertentes em que as pessoas precisarão da rede do SNS. Estou preocupada e disponível para ajudar a encontrar uma solução. Vamos receber o grupo da Declaração de Aveiro ainda esta semana, no seio da Comissão de Saúde iremos propor alguns formatos de audição das pessoas para percebermos que alterações introduzir. Assim é que não podemos ficar! Temos que travar estes prejuízos. O caminho que temos pela frente não será fácil, mas, como deputada e cidadã estarei sempre empenhada na procura de soluções eficazes, que deverão ser apresentadas à tutela, no sentido se poderem vir a introduzir-se algumas mudanças úteis, necessárias e urgentes.

Fernando Negrão



Que memórias guarda da sua passagem por esta área das dependências?

Fernando Negrão (FN) – Guardo memórias muito interessantes. Foi uma altura em que se fez uma fusão entre a área da prevenção, do tratamento e da redução de danos e foi particularmente interessante do ponto de vista interno pelas questões organizativas, em que era preciso juntar duas culturas completamente distintas. Isso fez-se e deve-se muito a todos os funcionários que lá trabalharam e que desenvolveram esse esforço. Do ponto de vista externo, conseguimos fazer essas transformações e manter a mesma resposta, com a mesma qualidade nas áreas da prevenção, do tratamento e da redução de danos.

Foram os primeiros passos para a criação de uma estrutura integrada, que estaria na base do modelo português, tão reconhecido internacionalmente... Neste momento, fala-se em desmantelamento... Fica alguma frustração?

FN – Não diria que existe desmantelamento... Há uma evolução dentro da normalidade. Como sabemos, a toxicodependência está tratada no âmbito da saúde e, portanto, é olhar para a toxicodependência como mais uma área da saúde. Por isso, há aqui um entrosamento não só das estruturas directamente ligadas à toxicodependência mas também aos hospitais, aos centros de saúde e por aí adiante. Agora, temos aqui a criação de uma nova cultura, que reside neste entrosamento entre a área da toxicodependência e o SNS.

Mas também tem sido por demais evidenciado que é necessário trabalhar muito melhor em vários aspectos, nomeadamente na referenciação e na articulação entre as diferentes estruturas e unidades...

FN – Naturalmente... É imprescindível fazer-se isso mas, da mesma maneira que se fez uma fusão de dois serviços e culturas distintas, agora é preciso fazer-se esse trabalho fundamental para, de uma vez por todas, olharmos para a toxicodependência como uma doença e não como um estigma.

Recordo uma máxima sua: mais vale prevenir do que tratar; mais vale tratar do que reduzir danos; mais vale reduzir danos do que não fazer nada... Continua a pensar assim?

FN – Continuo a pensar assim. Acho que a prevenção é fundamental em idades cada vez mais precoces. E apetece-me até fazer uma crítica, uma vez que se começou a olhar para a prevenção de uma forma desconfiada e não se investiu o que se devia ter investido ou continuado a investir na prevenção. Não se pode descurar o tratamento, que é importantíssimo e é preciso haver resposta para as muitas pessoas que pretendem tratar-se e criar condições para que aqueles que não pretendem fazê-lo venham a tratar-se. E depois temos a redução de danos, um campo que também não pode ser descurado, até porque quando não se pode fazer mais nada, há que investir neste eixo.

Observatório Europeu apresenta novo relatório: a internet e os mercados de droga:

Mercados virtuais: mudança das dinâmicas de compra e venda de droga

Como funcionam os mercados de drogas online? Que tecnologias utilizam? Como se relacionam com o mercado tradicional de droga? Como podem ser monitorizados e controlados? O Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCDDA) revelou, no dia 11 de Fevereiro, algumas das complexidades destas questões num novo relatório: *The internet and drug markets* (A internet e os mercados de droga).

Ao longo da última década, os mercados virtuais têm vindo a mudar as dinâmicas de compra e venda de droga. Embora ainda se considere que a maioria das transacções de drogas ilícitas são efectuadas offline, os mercados de droga online têm o potencial de transformar, no futuro, as vendas de droga, da mesma forma que as compras online revolucionaram o comércio a retalho. De acordo com o relatório, são variadíssimos os factores que, aparentemente, têm vindo a determinar a evolução dos mercados de droga na internet “na sua maioria associados à tecnologia, globalização e inovação do mercado”.

Dimitris Avramopoulos, Comissário Europeu responsável pela Migração, os Assuntos Internos e a Cidadania, afirmou que “actualmente, é possível comprar online e receber por correio praticamente todo o tipo de drogas ilícitas sem existir qualquer contacto presencial entre o comprador e o traficante. O mercado ilícito está a desenvolver-se, pelo que temos de o combater da mesma forma. Devemos impedir o uso da internet por aqueles que querem transformá-la num mercado de droga. A tecnologia está a proporcionar novas oportunidades para aplicação da lei no sentido de fazermos face aos mercados de droga online e reduzirmos as ameaças para a saúde pública. Aproveitemos estas oportunidades para combater o problema de frente e reduzir a oferta de droga online”.

Esta nova investigação do Observatório sobre o mundo dos mercados de droga online reúne os dados mais recentes disponibilizados por mais de 20 especialistas - do meio académico, jornalístico e profissionais na linha de frente - e contribui para a base de conhecimento sobre esta parte da cadeia de abastecimento.

Alexis Goosdeel, Director do Observatório constatou que “Seja em locais abertos de consumo ou no apartamento de um traficante, a venda de droga de pequena escala está habitualmente associada a pessoas reais e a lugares reais. Embora a maioria do tráfico permaneça firmemente enraizado neste mundo físico, os mercados virtuais estão agora a alargar as fronteiras da oferta de droga, proporcionando opções mais variadas aos potenciais compradores. Trata-se de uma evolução preocupante na medida em que a literacia digital aumenta, as tecnologias avançam e a gama de drogas disponível se diversifica. O EMCDDA continuará a acompanhar de perto a rápida evolução dos mercados de droga na internet e a evidenciar as lacunas com vista a futuras investigações nesta área. Reunindo os conhecimentos especializados mais recentes a nível internacional, este relatório representa o nosso primeiro estudo detalhado do problema”, observou.

No próximo dia 5 de Abril, o EMCDDA e a Europol unem esforços para apresentar o seu segundo Relatório sobre Mercados de Droga na UE, em Bruxelas. O relatório 2016 será apresentado pelo Comissário Europeu Dimitris Avramopoulos. O Comissário será acompanhado na conferência de imprensa pelo Director do EMCDDA, Alexis Goosdeel, e pelo Director da Europol, Rob Wainwright.

O relatório descreve o *modus operandi* dos mercados de droga online na “internet de superfície” - acessível através de motores de busca comuns - bem como na «deep web» (web invisível) - inacessível através dos motores de busca normais. O relatório estuda igualmente os mercados das redes que garantem o anonimato, as chamadas «darknets», que residem na «deep web». Também conhecidos como «cryptomercados», estes permitem a troca de produtos e serviços entre as partes que utilizam moedas digitais (como o Bitcoin) e software de encriptação digital (como o Tor) para ocultar as suas identidades. O crescimento dos media sociais assistiu também ao aparecimento de «aplicações» de telemóveis e de fóruns online, nos quais se debatem, publicitam e, por vezes, se vendem drogas.

Segundo o relatório, a «internet de superfície» está principalmente associada à distribuição de substâncias não-controladas (por exemplo, novas substâncias psicoactivas/«euforizantes legais», medicamentos, precursores químicos), ou substâncias em torno das quais podem ocorrer ambiguidades legais (por exemplo, devido às diferenças na legislação nacional). Em contrapartida, a maioria das vendas associadas a drogas ilícitas realizam-se na «deep web».

As intervenções destinadas a reduzir a oferta e a procura de droga têm vindo a intensificar-se na «surface web» (por exemplo, campanhas de informação online). Os profissionais de saúde e os responsáveis pela aplicação da lei estão também a aproveitar as oportunidades existentes na «deep web». O relatório descreve o interesse crescente em intervenções relacionadas com a saúde dos utilizadores das «darknets». As autoridades responsáveis pela aplicação da lei têm vindo igualmente a ganhar experiência na área da monitorização dos mercados de droga online, a combater a oferta perturbando os mercados, a reduzir a confiança no anonimato e a processar os vendedores dos «cryptomercados».

O relatório conclui que “A velocidade com que os mercados de droga se transformam graças à internet continuará a representar grandes desafios a todos os níveis, nos serviços de aplicação da lei, nas entidades de saúde pública, de investigação e de monitorização”.

O EMCDDA continuará a estudar as questões colocadas por esta dinâmica e a contribuir para a compreensão da actual oferta de droga online.

Torneio internacional de futebol infantil integra encontro sobre comportamentos aditivos:

U.D. Ponte de Frielas combina desporto e prevenção

É um clube sem grandes aspirações no que concerne à conquista de títulos mas cuja responsabilidade social justifica o epíteto de colosso. Como vem sendo tradição há mais de duas décadas, o U.D. Ponte de Frielas organizou, de 6 a 9 de Fevereiro, o Torneio Internacional de Futebol Infantil, assinalando a XXIV edição deste evento que reúne perto de 200 crianças em torno da prática desportiva mas também aproveitando para passar algumas mensagens e valores que potenciam um sã crescimento.

A par do torneio, que reuniu equipas como o U.D. Ponte de Frielas, Desportivo da Corunha, Estoril, Belenenses, Benfica, Sporting, G.S. Loures e F.C. Porto, realizou-se um encontro intitulado Conversas sobre Comportamentos Aditivos e Desporto, que contou com prelectores como João Goulão, Manuel Cardoso, Graça Vilar e Mário Castro. Eliminando formalismos, o grupo acabou por convidar os demais presentes a incluírem uma mesa redonda e a discutirem em conjunto, na Biblioteca José Saramago, em Loures, estas temáticas.

Dependências marcou presença nos dois eventos e entrevistou João Sequeira, presidente da Direcção da U.D. Ponte de Frielas, Nené, ex-jogador de futebol e actual treinador de escalões de formação do Benfica e Manuel Cardoso.

João Sequeira



24 anos volvidos desde a realização do primeiro torneio internacional de futebol infantil da U.D. Ponte de Frielas a emoção ainda é a mesma?

João Sequeira (JS) – A emoção é a mesma, o cansaço maior... Fisicamente, estes anos já contam mas o prazer que me dá... esse é o mesmo!

Quantas crianças estão aqui a praticar desporto ao longo dos três dias de torneio?

JS – Cerca de 160. Mais do que uma prova, pretendemos que este seja um momento de convívio e de transmissão de valores para estes jovens. Hoje, posso orgulhar-me de muitos grandes jogadores do futebol português terem jogado aqui, incluindo o Cristiano Ronaldo, o Beto, o Bruno Varela e muitos mais, o que é sempre um marco quer para nós, quer para eles. Nós temos 11 equipas federadas e, quando os treinadores chegam, pergunto sempre se houve algum problema que mereça a nossa atenção ou se houve expulsões. Se a resposta for negativa, considero que correu tudo bem... O resultado, para um clube com a dimensão do Ponte de Frielas, é o menos. O mais importante é termos 11 equipas aqui a jogar, termos mais de 300 atletas federados e mais 300 a treinarem regularmente. Claro que não gostamos de perder mas a nossa grande ilusão é termos os meninos a jogar com disciplina.

A edição deste ano fica ainda marcada pela realização de um encontro subordinado à relação do desporto com os comportamentos aditivos...

JS – Pensamos que o desporto é uma alternativa muito boa à droga e ao álcool. Felizmente, tenho o prazer de ser há muitos anos amigo do Dr. Manuel Cardoso, também conheço o Dr. João Goulão e considero que têm feito um trabalho extraordinário. O SICAD é uma instituição credenciada em todo o mundo e que prestigia este país. Aproveitando essa amizade, traremos cá quatro das pessoas que mais sabem destes problemas neste país.

Habitualmente, o desporto não é bem para todos, como seria desejável... Quem tem o dom é seleccionado e quem tem menos aptidões fica normalmente vetado à prática. Como funciona a U.D. Ponte de Frielas a este nível?

JS – Se quisermos ir mais longe ainda, podemos incluir a questão da deficiência... Habitualmente, digo que o dependente de substâncias tem alguma responsabilidade quanto às suas escolhas, ao passo que o deficiente não tem qualquer culpa de sê-lo. Confesso que já tentámos ter aqui desporto adaptado mas, infelizmente, as dificuldades são tantas que ainda não conseguimos. Relativamente aos mais ou menos aptos, no caso do futebol deparamo-nos actualmente com um grave problema: algumas empresas mascaradas de clubes vão buscar os meninos e, para terem mais, criam franchisings aos quais dão os nomes de Benfica, Sporting ou Porto. E os clubes de menor dimensão ficam sem jogadores para formarem equipas porque esses clubes mascarados os foram buscar. No Ponte de Frielas, ficamos com os meninos que vão prestar provas aos maiores clubes e não são aceites por não terem a aptidão pretendida. Aqui, submetem-se a ordens rigorosas que têm que cumprir na escola, se tiverem desvios comportamentais não os deixamos jogar e a selecção faz-se mais pela qualidade humana do que desportiva. Não somos muito sectários...

Nené



Numa altura em que o futebol se tornou uma indústria e em que os principais clubes assumiram uma dimensão empresarial, o que sente ao ver aqui tantas crianças a crescer, praticando?

Nené – Sinto uma alegria muito grande porque sempre estive na formação e isto sempre foi o que quis ser depois de deixar de jogar futebol. Participar em algo que tivesse miúdos é congratulante, até porque eles precisam que pessoas mais adultas os ensinem, lhes façam ver aquilo que muitas vezes lhes parece certo mas é errado e nós estamos numa plataforma mais atrás a orientar, a formar, a ensinar...

Apesar de estas crianças não o terem visto jogar, o Nené não deixa de ser para eles uma referência, o que pressupõe uma responsabilidade acrescida...

Nené – Acho que é... Temos que saber estar e que saber falar com um miúdo desta idade, até porque eles copiam os exemplos que vêem. Felizmente, já lido com eles há muitos anos e procuro ajudá-los sempre que necessário.

Esta edição do torneio fica marcada pela realização de um encontro em que se irá falar sobre desporto e consumo de substâncias psicoactivas. É importante falar sobre estas temáticas com os jovens?

Nené – É muito importante porque, cada vez mais, temos as coisas mais facilmente ao dispor. E se calhar, numa determinada situação, na altura certa, quando intervimos, eles começam a pensar duas vezes. É bom que pensem uma vez mas de forma adequada.

Está aqui com a equipa infantil do Benfica... É para ganhar ou para crescer?

Nené – Toda a gente sabe que no Benfica crescemos a ganhar (risos)... Aprendi isso quando era atleta mas o mais importante é estarmos aqui no convívio, nomeadamente com o Sr. João Sequeira, cujo trabalho com estas crianças conheço e sei que é um bom professor para estes jovens.

Manuel Cardoso



O que se pretende com esta iniciativa, inserida na realização de um torneio desportivo?

Manuel Cardoso (MC) – Esta iniciativa integra-se no Torneio Infantil de Ponte de Frielas, que vai na XXIV edição. Tenho dado um apoio solidário a este clube há mais de 25 anos e uma das razões pelas quais o faço foi sempre ter visto por parte do presidente uma postura comprometida com a formação de pessoas, muito mais do que ganhar campeonatos. A sua visão para o clube consiste em fazer com que os jovens que se aproximam e que querem jogar à bola o possam fazer, divertindo-se e crescendo na componente educacional, desportiva, etc. Relativamente a este encontro, o presidente pretende que alguém fale sobre comportamentos aditivos e dependências, algo de que os dois falamos há muito tempo mas nunca tínhamos pensado materializar num evento deste tipo, fundamentalmente para incidir sobre a componente desportiva, sobre o papel dos agentes desportivos, dos pais e outros agentes envolvidos neste contexto... Diria que o facto de ser integrado no torneio lhe confere uma importância diferente. O facto de se realizar na época carnavalesca e de hoje ser o dia da festa prejudica em termos de participação das pessoas que deviam estar aqui mas a ideia, também apoiada pela Câmara Municipal de Loures, foi pensar nos comportamentos aditivos em termos de desporto, perspectivando até que ponto a pressão de pares, da equipa, a vontade ou a imposição da vitória serão indutores da existência de consumos. Sabemos que poderão sê-lo em questões de doping mas também o poderão ser pela pressão dos pares para outros comportamentos. Por outro lado, o que sempre trabalhamos foi a função preventiva do desporto. Com responsáveis atentos como os que existem neste clube, é possível que pessoas com uma estruturação de vida mais deficitária beneficiem de um trabalho estruturante e preventivo. Por fim, o facto de haver desporto e actividade física – se retirarmos o alto rendimento e a competição propriamente dita – pode ser uma mais-valia para uma promoção de saúde no sentido da prática desportiva que é hoje solicitada por todos os projectos e ideias da Organização Mundial de Saúde. Um dos factores protectores da vida saudável é a actividade física e, por isso, penso que aqui se conjugam todos estes factores. Depois, agentes desportivos, desde treinadores a seccionistas, passando por pais e todos os que lidam com estas crianças e jovens podem ser protectores e devem assumir uma atitude preventiva relativamente aos comportamentos aditivos.

Caracterização dos indivíduos com problemas ligados ao álcool (PLA), em consulta na ETR-Visseu

O presente estudo pretende caracterizar os doentes com problemas ligados ao álcool (PLA) que frequentaram a consulta na ETR Visseu, no período de 1 janeiro a 30 de junho 2015, tendo em vista um melhor conhecimento dos utentes em tratamento.

Discussão de Resultados e Conclusões

Os resultados do presente estudo mostram que a maioria dos indivíduos são homens (90%), com idades compreendidas entre os 25 e os 75 anos, casados (46%), ao nível da coabitação, apenas 26% vivem sozinhos, o nível de escolaridade mais representativo é o 1o ciclo (38%) e 40% dos utentes encontram-se desempregados e são maioritariamente naturais do distrito de Visseu. Podemos também verificar que a média de idade de início de consumos foi aos 14,3 anos e que 54% se encontra no seu 1o tratamento.

Neste estudo também verificamos que apenas 12% vieram ao serviço por auto-referência/iniciativa própria, sendo os restantes encaminhados pela família ou por instituições. De realçar, que foram encaminhados 42% pela Instituição Judicial/Direção Geral de Reinserção Social e Prisional e que destes, 34% foi por violência doméstica associada ao consumo de álcool. Na sequência da nossa análise, também verificamos que 52% consome álcool à refeição, além disso também consomem em outros contextos, sendo de frisar que 44% afirma consumir em casa e lugares públicos. No que se refere ao último consumo, 46% verbaliza que consumiu há mais de 72 horas e a bebida mais consumida é o vinho (26%). De salientar que da população atendida pela primeira vez e readmissão na ETR durante o período em estudo, 85%, são indivíduos com PLA. Os resultados obtidos, mesmo com todas as suas limitações (a abrangência da amostra e o curto espaço de tempo em que se realizou o estudo), remete-nos para a importância da implementação de programas de prevenção e/ou de tratamento nesta área, já que nesta população a falta de conhecimento acerca dos malefícios do consumo do álcool é grande, bem como, a sua desvalorização, existindo muitos falsos conceitos e mitos sobre esta substância. Com o nosso estudo, podemos constatar que 66% da população atendida é referenciado como tendo problemas ligados à justiça, sendo os mais significativos a Violência doméstica, 34% e condução sob o efeito do álcool, 14%. As consequências negativas do consumo abusivo de álcool são pois elevadíssimas, conduzindo a uma crescente preocupação.

Efeitos do álcool

Podemos ainda salientar que o fato do estudo realizado ser descritivo transversal pode constituir uma limitação, uma vez que não tem em conta possíveis alterações que possam ocorrer ao longo do tempo. No entanto, este estudo constitui um ponto de partida para a



Cilia Batista – Psicóloga Clínica e Terapeuta Familiar na ETR Visseu e Paula Pinto – Assistente Social e Terapeuta Familiar na ETR Visseu

avaliação/caracterização da abordagem do alcoolismo nesta população. Outra das limitações deste estudo prende-se com o tamanho da amostra. A amostra é pequena e não aleatória, não sendo por isso representativa da população. As respostas dadas no acolhimento, podem ser enviesadas, dado que os inquiridos tendem a responder da forma socialmente desejada e por se tratar de uma primeira intervenção. Pesquisas recentes têm aumentado o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a violência doméstica e suas conexões com o uso, abuso do consumo de álcool, dando-nos a oportunidade de utilizar tal conhecimento para melhorar a intervenção nesta população, bem como das suas famílias e/ou envolventes. Consideramos que a nossa abordagem/intervenção deverá ir neste sentido, pois nesta pequena amostra podemos verificar que 34% dos indivíduos referenciados estavam associados a crimes de violência doméstica. Com este estudo, verificamos que existem várias lacunas/dificuldades na abordagem do Alcoolismo/Violência. Sugerimos esta abordagem em estudos futuros, incluindo o aconselhamento e a discussão dos riscos e benefícios, que deve ser mais aprofundada e introduzida na metodologia de intervenção da ETR. A relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e o comportamento violento ou agressivo tem sido matéria de intensas pesquisas em todo o mundo. Embora a associação direta seja difícil, é possível sugerir que o consumo inadequado de bebidas alcoólicas esteja relacionado a crimes violentos. Todavia, outros fatores devem ser considerados. Parece-nos pois fundamental a realização de mais estudos nesta área que permitam “medir” as suas consequências de forma mais significativa.

Com este trabalho esperamos ter dado um contributo para o conhecimento e caracterização da população com PLA que procura este serviço, esperando que este se possa traduzir numa intervenção contextualizada e num maior conhecimento relativamente a uma abordagem neste contexto de intervenção/tratamento.

Testemunho de quem fumou uns charros:

“Aquilo a que muitos chamam de Drogas Leves, no meu caso, trouxe-me consequências muito pesadas.”

Chamo-me António (nome fictício), tenho 35 anos e decidi partilhar alguns pontos da minha vida na esperança que muitos jovens não sigam as minhas pisadas. O objectivo pelo qual o faço serve apenas para exemplificar, através da minha vivência, aquilo a que muitos chamam de Drogas Leves, no meu caso, trouxe-me consequências muito pesadas. Pedi aos técnicos que me acompanham na Clínica do Outeiro para corrigirem o texto e ajudarem a divulgar esta mensagem, escrita com sofrimento, com angústia e muitas lágrimas.

Nasci numa família dita normal, com valores morais e regras bem definidas, sempre fui, embora rebelde, uma criança saudável e com muitos amigos. Vi, ao longo da minha adolescência, alguns amigos e conhecidos a fumar uns charros, no entanto, naquela altura isso nunca me atraiu, apesar da insistência de alguns. Com 18 anos comecei a trabalhar numa empresa multinacional alemã, a operar na zona norte do país. Sempre fui trabalhador, aproveitava todas as horas extras possíveis e por isso, fruto do meu trabalho, ganhava bem e tinha uma boa vida.

Com 21 anos casei, já tinha carro e comprei casa. A minha ex-mulher estava grávida do meu filho, tudo me corria bem, era feliz, tinha muitos amigos e uma vida social activa. Sempre adorei futebol, principalmente ver os jogos do meu clube do coração e era uma presença assídua em todos os encontros. Foi neste contexto que um dia, um amigo que me acompanhava me ofereceu um charro para fumar. Num primeiro momento disse-lhe que não, ele insistiu, disse-me que ia ficar “zen”, voltei a dizer que não, ele acendeu um para ele, voltou a insistir, acabei por aceitar e dar uma passa. No fim do jogo um charro. Foi nesse dia, com 22 anos, que começou a minha autodestruição. Sempre que ia ver um jogo do meu clube fumava um charro. O consumo desta droga começou de forma ocasional e esporádica, passou a regular, depois a frequente, a diária e por fim já consumia várias vezes ao dia. Com 23 anos, novamente durante um jogo de futebol, fumei um pouco demais, para mim 3 charros era demais. Durante o jogo, senti-me mal, comecei a ficar com os meus sentidos muito apurados, o som era ensurdecedor, tinha a sensação que toda a gente olhava para mim e queriam fazer-me mal. Já não consegui trazer o carro, quando cheguei a casa fechei-me no quarto durante dois dias, não queria falar nem ver ninguém, apenas rezava e queria que aquele mau estar desaparecesse. Com o tempo comecei a sentir um cheiro permanente a podre, um cheiro que só eu sentia. A minha ex-mulher dizia que eu estava a ficar louco (ela não sabia o que se passava, só soube mais tarde). Sempre que fumava uns

charros tinha a sensação que o cheiro a podre aliviava ou desaparecia, por isso, comecei a fumar mais, e cada vez mais. Lembro-me que, com o passar do tempo o cheiro a podre começou a ser acompanhado por vultos de familiares que já tinham falecido. Estava cheio de medo, por vezes não queria dormir, outras vezes não conseguia, recusava-me a sair do quarto, passava os dias e as noites a rezar e a acender velas pelos meus familiares, queria que eles não voltassem, que me deixassem em paz, mas isso não acontecia, até que, um dia, chegou a minha casa a polícia e o INEM, fui internado compulsivamente.

Nessa altura diziam que tinha uma psicose tóxica, que tinha de parar de fumar haxixe, mas não compreendia a necessidade, afinal, como os meus “amigos” diziam que era uma Droga Leve, era natural. Pior era o tabaco que só tinha quimicos. Continuei a fumar haxixe, 5 a 6 charros por dia.

Foi uma questão de tempo até que o cheiro a podre e os mortos voltaram a surgir, voltavam a não me deixar dormir, conseguia dormir em média 8 horas a cada 3 dias, voltei a fechar-me no quarto, apenas iluminado pelas velas que acendia. Em 2 anos tive cerca de 30 tentativas de suicídio e outros tantos internamentos em Psiquiatria. Num desses internamentos o Médico Psiquiatra que me acompanhava disse-me que já não tinha uma psicose tóxica, mas sim Esquizofrenia Paranóide, uma doença crónica, que não tem cura, mas sim tratamento. Que ia piorar com o tempo se não parasse de fumar cânabis.

Hoje, olho para traz e vejo que esse Psiquiatra tinha razão, afinal a cânabis (a única droga que fumei ao longo da minha vida), aquela substância que tanta gente apelida de Droga Leve, que é natural e não faz mal nenhum, trouxe-me elevadas consequências. Há 15 anos atrás tinha, uma família, carro, casa, um ordenado de 1.200,00€ e muitos amigos. Hoje, estou internado na Clínica do Outeiro, a tentar refazer a minha vida, estou divorciado, perdi a minha família, o meu carro, a minha casa e o meu emprego... Estou sozinho. Resumindo, hoje não tenho nada, perdi tudo, vivo de apoios sociais e mal tenho dinheiro para um café e uns cigarros. Isto foi o que esta Droga Leve me deu, uma mão cheia de consequências, por sinal bem pesadas. Desejava há 13 anos atrás ter dito que não, nunca ter experimentado, ter sido avisado.

Tento refazer a minha vida, reconquistar o que perdi, sei que não vai ser fácil, resta-me a esperança.

António (Nome Fictício)

02 de Fevereiro de 2016

Rede Mut tem novos corpos sociais:

10% de portugueses merecem mais respeito...

Na tomada de posse dos corpos sociais da Associação Portuguesa de Mutualidades – Rede Mut, compareceram inúmeros convidados e instituições do movimento Mutualista, que representa mais de 10% da população portuguesa. Manuel Pizarro Vereador da Camara Municipal do Porto, disse que “a cidade orgulha-se da dinâmica deste movimento secular, construído pela determinação, o querer e a coragem dos homens e mulheres, na resposta aos muitos problemas nas áreas da saúde e proteção social”. Dependência esteve presente e falou com o novo presidente da mais importante rede mutualista que representa cerca de 800 mil associados e quase o triplo de beneficiários.



Numa sociedade triste, desconfiada e amordaçada face aos problemas económicos e financeiros, que respostas poderá dar a economia social?

José Luis Ferreira – A economia social já tem feito muito e estou convicto que, se não fosse esse contributo, o impacto destes últimos anos teria sido muito pior. E continuará certamente a fazer... A Redemut está mais vocacionada para a área da saúde, independentemente de integrar associações com o valor da componente social. Mas as duas componentes conseguem perfeitamente liderar e alear-se nesta função.

Tem uma estratégia definida para este mandato?

JLF – Neste momento, a nossa estratégia visa essencialmente consolidar a Instituição como agregadora de Associações Mutualistas e o reconhecimento como parceiros junto dos poderes políticos. A par, pretendemos fazer as nossas propostas no sentido de contribuirmos para a melhoria das políticas nacionais de saúde.

Quer dizer que a economia social sempre foi um parente pobre da sociedade?

JLF – Sim, sempre foi um parente pobre. Aliás, as nossas associações mutualistas, mesmo as que têm convenções na área da saúde com o Estado, recebem, nalguns casos, menos do que os priva-

dos... Segundo opinião de fontes oficiais, é por a economia social não pagar IRC...

No passado, justificava-se a presença das associações mutualistas, no presente o reconhecimento não é uma realidade... e o futuro?

JLF – No futuro, justificar-se-á muito mais. O setor da Economia Social onde estão incluídas as mutualidades representam neste momento 5 por cento do PIB, ao passo que em França representa 15 por cento. Temos margem para crescermos até aos 15 por cento e devemos fazê-lo, até a bem da saúde da população do país. A título de exemplo e em termos imediatos é intenção da Rede Mut desenvolver esforços no sentido de ampliar o leque dos cuidados de saúde facultados aos associados a par do aumento da progressiva cobertura a todo o país; agir no sentido da qualificação e da certificação dos serviços prestados; procurar aumentar a visibilidade e notoriedade do modelo mutualista como sistema de protecção complementar. Isto são tudo objetivos essenciais.

Que contributos poderá dar a economia social para a solução de que o país carece?

JLF – A nossa contribuição visa sempre o apoio aos mais desfavorecidos, sem conceder ao nível dos padrões de qualidade. A essência do mutualismo diz-nos que as quotizações de uns suportam as necessidades de outros, e é esse o equilíbrio que sempre procuraremos manter.

Justifica-se a existência desta rede de cuidados de saúde face à existência do SNS?

JLF – Plenamente! Não queremos substituir o SNS. Somos complementares ao SNS e basta verificar que, só na minha associação, tivemos no ano passado 15 mil consultas no Serviço de Atendimento Permanente, aliviando assim as urgências no SNS em igual número. Esta realidade não poderá deixar de ser muito significativa.

Existe alguma falta de informação relativamente ao Montepio... Muita gente vê-o como o banco, alguns como uma associação mutualista...

JLF – Eu não sou do Montepio Geral... Sou mutualista mas existem duas funções: A Associação Mutualista Montepio Geral é dona do Montepio Geral (Caixa Económica) e tem também os cuidados continuados, seguros e muitas outras actividades. É das mais antigas associações mutualistas do país, tem a sua grandiosidade, representa 600 mil associados e ninguém no país poderá esquecer ou marginalizar esta associação. As 18 associações que integram a Rede Mut representam 800 mil pessoas, ou seja, cerca de 10 por cento da população do país! Só isso, deveria bastar para sermos ouvidos e considerados na discussão e estabelecimento de políticas sociais e de saúde no país.

Forum Internacional Noite Saudável das Cidades

Auditório dos Hospitais da Universidade de Coimbra
4-6 de Maio de 2016

1.º Dia 4.ª Feira (4 de Maio de 2016)

Políticas e Práticas Preventivas nas Cidades
Políticas em Contextos Recreativos: Dados e Resultados
Respostas Preventivas: Que Papel para o Desporto?
Violência Sexual: da Leitura e Compreensão à Intervenção
Treino de Profissionais de Equipas de Rua

2.º Dia 5.ª Feira (5 de Maio 2015)

Comportamentos Aditivos. Novas Substâncias, Velhos Problemas
Práticas Preventivas dos Factores de Risco nas várias latitudes
Recreação Noturna e Sinistralidade Rodoviária
Contextos Recreativos e Políticas Preventivas das Cidades
How to Act in Case of Recreational Caos and Violence
Escola Sem Violência
Recreação Noturna, Sono e Qualidade de Vida

3.º Dia 6.ª Feira (6 de Maio 2015)

Relação interpessoal – explorar identidades e práticas preventivas
Contextos Recreativos: Rupturas e Desafios
Comportamentos de Risco em Contextos Recreativos
Comportamentos de Risco e Intervenções Preventivas

Posters/Comunicações livres



Organização:

CRI de Psiquiatria e Saúde Mental do CHUC/Centro de Prevenção e
Tratamento do Trauma Psicogénico (CPTTP) e o IREFREA – Portugal



mais informações:

<http://noitesaudavelcoimb.wix.com/coimbra2016>
noitesaudavelcoimbra2016@gmail.com

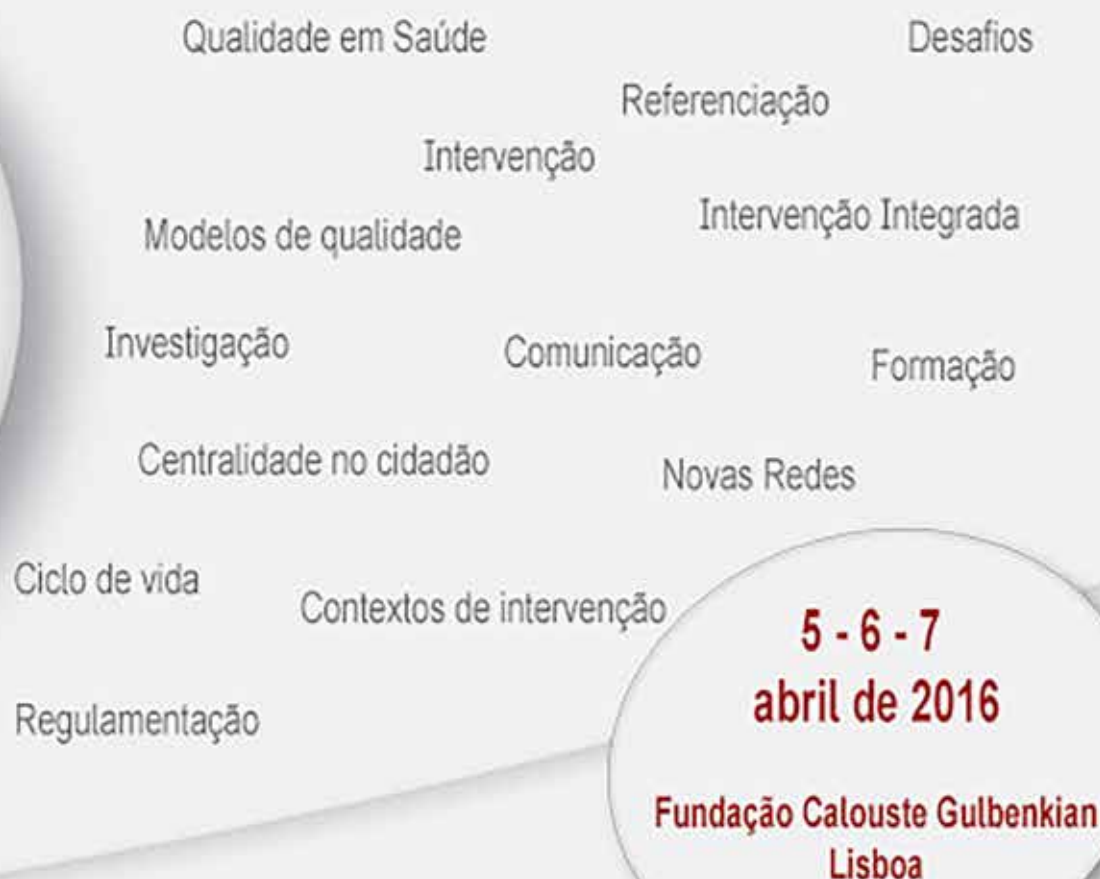


II Congresso SICAD

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências



Intervenção e Qualidade em Comportamentos Aditivos e Dependências



www.sicad.pt