

dependências

Parceiro do Plano
Nacional de Saúde 2014



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



DGS
desde 1899
Direção-Geral da Saúde



Plano Nacional de Saúde
2012-2016



II Congresso SICAD: Os bons velhos hábitos da identidade corporativa parecem regressar



UNGASS 2016: Modelo
português reina em sessão
sem coragem política



Reportagem sobre Hepatite C:
Agir agora ou lamentar
para sempre

Sinestesias...



Numa altura em que procedemos ao fecho desta edição de Dependências, surge-nos mais evidente ainda do que nas dezenas de produções anteriores, o misto de sinestesias que a problemática das dependências configura. Porque somos por natureza optimistas, começemos pelos sentimentos mais positivos: o modelo português foi “rei” num reino de hipocrisia, como o da Assembleia Especial das Nações Unidas sobre Drogas, decorrida entre 19 e 21 de Abril em Nova Iorque. Ponto! Entre os inúmeros elogios oriundos de decisores representantes deste universo global, persistiu no entanto a falta de coragem. Que nós fomos pioneiros na aventura dos Descobrimientos, desde o século XV, a hipocrisia mundial faz com que o sejamos novamente em pleno século XXI. Pena que outros não se aproveitem dessas descobertas, como o fizeram antes e que conceitos como redução de riscos e minimização de danos continuem a esbarrar em barreiras retrógradas e moralistas, tal como as balas que matam pelas drogas resvalam em sociedades que continuam a condenar à morte utilizadores por inúmeras razões a que o consumo não assiste.

Continuando com as sinestesias, este foi o mês do II Congresso SICAD. Respirou-se um retorno aos velhos tempos do IDT, em que os sorrisos se sobrepunham às dificuldades inerentes a uma interven-

ção muitas vezes hercúlea, em que nem sempre ganham os melhores. União será o termo que melhor define a resistência de um grupo de moicanos que, submetidos também eles à austeridade desnecessária, sobreviveram baseados no espírito de missão. E porque a verdade é como o azeite, tem vindo à superfície dos corredores políticos a necessidade de auscultar quem verdadeiramente conhece para decidir que futuro organizacional será destinado a esta área da tutela. Os discursos do ministro da saúde e do secretário de estado parecem justificar o movimento de um grupo de especialistas formado em Aveiro e a assunção da tutela de que será João Goulão o principal conselheiro relativamente ao futuro do SICAD (ou outra estrutura) constitui um sinal de que a renovação será mediada pela razão.

Finalmente, a problemática da Hepatite C... Agora que temos a solução para a cura, agora que temos um contrato razoável com a indústria farmacêutica, que poderá até ser ainda melhor se curarmos mais pessoas infectadas, resta que as diferentes estruturas se organizem, articulem e concorram para o objectivo comum já definido no seio da União Europeia e que prevê a erradicação da infecção até 2020. Um grupo de especialistas portugueses anda a alertar para a necessidade de o país adoptar uma estratégia e plano

de acção que vise combater de forma pragmática um verdadeiro problema de saúde pública mas a verdade é que há dois anos que as intenções não passam do papel à prática. Está na hora de o Governo, provavelmente através da DGS, em articulação com as ARS, os Centros Hospitalares, o SICAD e as prisões, procurarem os tais 70 mil potencialmente infectados num programa de rastreio que faça sentido e que preveja uma eficiente referenciação para tratamento, complementada por acções de prevenção que evite reinfeccções, nomeadamente em contextos como a toxicodependência ou a reclusão. Por outro lado, existe a clara evidência de que apenas os doentes já seguidos nos hospitais de referência foram ou estão a ser tratados, pelo que, para se chegar aos “escondidos”, terão que ser implementadas estratégias de proximidade. E, se as mesmas já existem, como as unidades móveis que atendem toxicodependentes nas ruas, por que não usá-las também para esta causa, como se faz com as terapêuticas combinadas? Rastrear e administrar medicação nestes contextos não significa ir de encontro a uma população de elevado risco? Então por que esperar?.

Sérgio Oliveira,
director

dependências

SÓ PARA PROFISSIONAIS

FICHA TÉCNICA

Propriedade, Redacção e Direcção: News-Coop - Informação e Comunicação, CRL; Rua António Ramalho, 600E; 4460-240 Senhora da Hora Matosinhos; Publicação periódica mensal registada no ICS com o nº 124 854. Tiragem: 12 000 exemplares. Contactos: 220 966 727 / 916 899 539; sergio.oliveira@newscoop.pt; www.dependencias.pt **Director:** Sérgio Oliveira **Editor:** António Sérgio **Administrativo:** António Alexandre **Colaboração:** Mireia Pascual **Produção Gráfica:** Ana Oliveira **Impressão:** Multitema

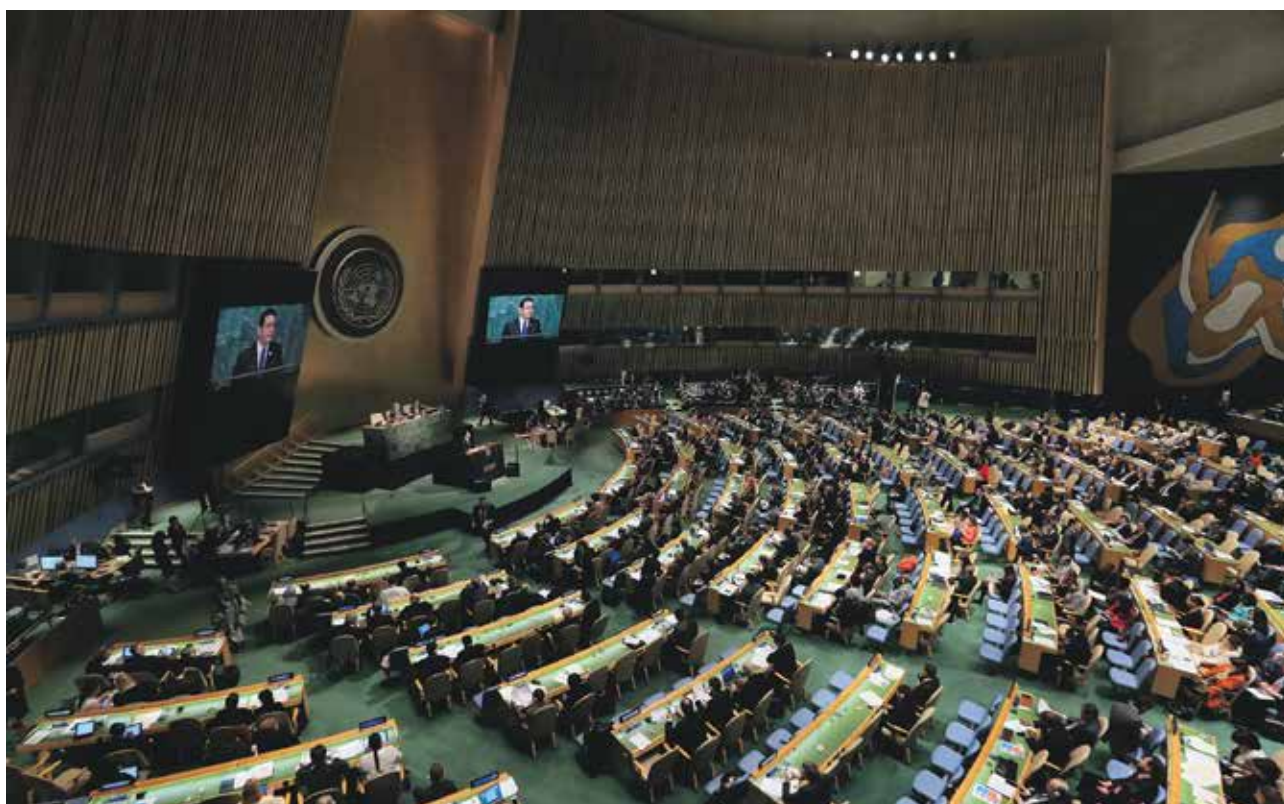
A hipocrisia dos adiamentos continua

A Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas realizada em Nova Iorque ficou, uma vez mais, aquém das expectativas. Apesar dos múltiplos elogios ao modelo português e do consenso quase generalizado em torno da necessidade de perspectivar a toxicodependência como um problema social e de saúde e não do foro da justiça, a verdade é que, uma vez mais, nem a consagração da redução de riscos nem a abolição da pena de morte para indivíduos indiciados por crimes relacionados com drogas ficaram consubstanciadas no documento final, que resume o consenso possível entre as nações representadas. Dirão os mais optimistas que, pelo menos no seio da União Europeia, se geraram consensos bem mais pragmáticos e que até os EUA começam a enveredar por políticas mais humanistas... Numa sessão em que o modelo português reinou, continuamos a assistir a idiossincrasias parasitárias, como as provenientes da América Latina, da Rússia ou de quase todo o continente asiático.

João Goulão, uma espécie de “homem do jogo” neste confronto, resume a Dependências as suas conclusões desta sessão...

Havia muitas expectativas em torno da realização desta UNGASS, enquanto marco para a extinção das políticas proibicionistas em matéria de drogas... Em que medida se confirmaram essas expectativas?

João Goulão (JG) – Não diria tanto... Foi aprovado um documento, consensualizado entre todas as nações com assento nas Nações Unidas, que ficou francamente aquém do que se esperava. Mais uma vez, não foi possível consagrar a expressão redução de danos e, para gente do terreno como nós, é por vezes exasperante assistir a disputas diplomáticas em torno de uma palavra ou vírgula... Apesar de tudo, penso que houve alguma evolução porque, não estando a expressão redução de danos presente no documento, está o conceito e respostas desenvolvidas nesse âmbito. Por outro lado, pretendia-se que houvesse uma condenação clara e óbvia à aplicação da pena de morte, que ainda subsiste em alguns países, para crimes relacionados com drogas, o que também não foi possível fazer passar. Portanto, diria que o documento de consenso, que é o que vale e fica para a história desta sessão especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, ficou aquém. Mas o tom da esmagadora maioria das intervenções dos diversos estados e organizações correspondeu a um salto qualitativo importantíssimo relativamente a edições anteriores, nomeadamente considerando que os problemas de toxicodependência





se enquadram no âmbito da saúde, na deslocação do foco da justiça e da administração interna para a área da saúde e do social. Isto foi mais ou menos generalizado, havendo como se previa alguns discursos na linha da defesa de um paradigma regulador por contraponto ao actual paradigma proibicionista e, tal como se esperava, são os países mais fustigados pelas disputas intestinas entre gangues, polícias e exércitos, onde as drogas matam mais por via dos tiros do que propriamente por via do consumo, que estão mais na linha da frente na defesa do paradigma regulador. Como barómetro da evolução a que pudemos assistir está a questão do modelo português, que foi uma espécie de “estrela da companhia”, citado em inúmeros discursos, referido em todas as sessões como algo que constitui um conjunto de boas práticas...

Sentiu-se o “homem do jogo”?

JG – Sim, senti um enorme orgulho por estarmos no centro de toda essa atenção... Os próprios diplomatas presentes, nomeadamente o representante permanente de Portugal junto da ONU em Viena e o representante em Nova Iorque puderam sentir a popularidade de que gozamos e, num momento particular que vivemos, a questão do lobby pelo Engº António Guterres, foi muito agradável poder dizer naquele contexto que esta política que merece tantos encómios foi aprovada no tempo do governo liderado por António Guterres, presentemente candidato ao cargo de Secretário-Geral das Nações Unidas. Vale o que vale, mas é o nosso modesto contributo para viabilizar esta candidatura.

Pelo que se percebe, apesar desta hipocrisia de nunca se materializar num documento práticas com suporte em evidência científica, os países parecem comungar ideias muito próximas das consagradas na política portuguesa...

JG – Sim...

Na Europa, constatou alguma força de bloqueio?

JG – Na União Europeia não...

Virão da América Latina e Rússia?

JG – Sim e Ásia... China, Tailândia... e Rússia.

Como está actualmente a posição dos EUA?

JG – Muito abertos! Tivemos inclusivamente uma participação do cirurgião geral, autoridade de saúde nos EUA, com um discurso extremamente progressista que nos deu muito prazer ouvir, com posições que consideraria muito próximas das nossas relativamente ao encarar da dependência como uma doença que deve ser abordada pelos serviços de saúde, acompanhada por um suporte social... Enfim, o nosso discurso ou muito próximo do mesmo.

Ainda assim, lia recentemente um artigo escrito por um técnico português do terreno que afirmava que o modelo português parou há sensivelmente 12 anos...

JG – Sim, parou em termos de concepção e tem vindo a ser desenvolvido a partir daí, com pequenas inflexões mas, de facto, não tem surgido nada de revolucionário. Imagino que o artigo considere a questão das salas de consumo assistido, uma das questões que têm voltado a ser debatidas, e a liberalização ou a regulação. Quanto a esta, diria que não temos nenhuma pressa. Constituímos um laboratório social importante, temos resultados para mostrar e, passados 15 anos desde o início da nossa experiência, outros países podem inspirar as suas opções na evolução da situação em Portugal. Há experiências que estão numa fase ainda muito incipiente no tal novo paradigma regulador e eu acho que merece a pena, porque não estamos pressionados pela urgência de mudar a todo o custo, deixarmos evoluir essas experiências, analisá-las e avaliá-las e, depois então, eventualmente, tomá-las como inspiração para mudanças no nosso quadro legal.

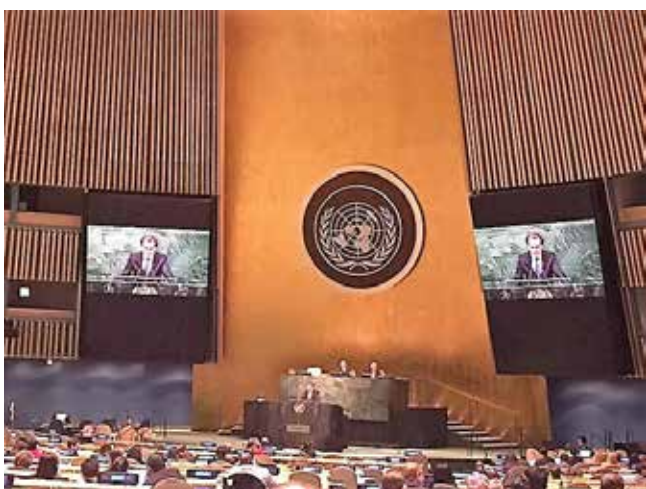
Choca-o de alguma forma que se tenha reacendido o debate sobre a constituição de salas de consumo assistido?

JG – Não, pelo contrário. Não me choca nada!

Já foi defensor deste tipo de dispositivo...

JG – Já fui, num momento em que não conseguíamos tocar franjas mais desorganizadas da população toxicodependente mas, na impossibilidade de abrimos essas salas, que dependem de um consenso político entre autarquias e poder central, acabámos por lá chegar por outras vias. E, neste momento, em que obviamente ainda subsiste consumo por via injectável e ainda existem bolsas bastante desorganizadas, não nos parece ser algo premente porque, como afirmei, conseguimos lá chegar por outras vias. Mas não fecho a porta a essa discussão, de todo.





DISCURSO DE FERNANDO ARAÚJO, SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO E DA SAÚDE, NA UNGASS 2016

“Gostaria de salientar que Portugal se associa à declaração feita pela União Europeia. Permitam-me também expressar o nosso apreço pela adopção do documento final da UNGASS, que constitui um passo em frente no debate sobre como enfrentar o problema mundial das drogas e fornece uma entrada sólida para a data-alvo de 2019 e além.

Portugal considera que uma das principais realizações deste processo UNGASS foi o reconhecimento da necessidade de reequilibrar as políticas de drogas no sentido de uma abordagem de direitos humanos e de saúde pública. A abordagem portuguesa às drogas tem sido considerada um modelo de melhores práticas, devido ao fato de considerarmos o uso de drogas uma questão de saúde e a dependência de drogas um problema de saúde multifactorial e tratável crónico e que precisa de ser tratado e não punido.

Em Portugal, a descriminalização criou um quadro legal para a implementação de políticas destinadas a reduzir os danos causados pelo consumo de drogas e encaminhar os utilizadores de drogas para as respostas mais adequadas. Mesmo que os utilizadores de drogas não estejam na disposição de parar de usar drogas, consideramos que eles ainda merecem o investimento por parte do Estado, a fim de melhorar a sua saúde e condição social.

A descriminalização é, portanto, uma parte de uma abordagem abrangente da redução da procura de drogas, que inclui prevenção, tratamento, redução de danos e reinserção social. A implementação de medidas de redução de danos baseadas em evidência é considerada um factor-chave da nossa política, uma vez que protege não só os utilizadores de drogas mas a sociedade como um todo, melhorando a saúde e o bem-estar dos utilizadores de drogas e as suas famílias.

Portanto, o foco numa abordagem de redução de riscos e minimização de danos é um princípio fundamental que Portugal defende, uma vez que tais medidas têm provado a sua eficácia e devem ser promovidas e implementadas.

Sr. Presidente, Portugal reitera o seu compromisso com as três convenções internacionais de controlo de drogas que, na nossa opinião, têm suficiente margem de manobra e flexibilidade para que os Estados concebam e implementem políticas de drogas de acordo com as prioridades e especificidades nacionais, com base em sólida evidência científica e no respeito pelos direitos humanos.

Na verdade, o presidente do INCB declarou em várias ocasiões que as Convenções não requerem a criminalização do uso de drogas e que o modelo português da descriminalização está em linha com as convenções. Portugal está firmemente convicto de que os nossos esforços em abordar o problema mundial das drogas devem incorporar uma perspectiva de direitos humanos. A este respeito, lamentamos profundamente que o documento final não aborde a abolição da pena de morte. Gostaria de sublinhar a oposição implacável de Portugal à pena de morte em todas as circunstâncias, incluindo os crimes relacionados com drogas. Por isso, apelo a todos os países que mantêm a pena capital para que estabeleçam uma moratória oficial imediata, tendo em vista a sua abolição permanente.

Em conclusão, Senhor Presidente, Portugal acredita fortemente que a comunidade internacional deve prosseguir os seus esforços para lidar com todos os aspectos do problema das drogas e gostaria de assegurar-lhe que o meu país continuará a contribuir activamente neste esforço”.

De volta à identidade corporativa

Mais do que três dias de reunião, afiguraram-se como dias de união... De 5 e 7 de Abril, pareceu ressurgir uma espécie de envolvimento institucional que remonta à identidade corporativa vivida nos tempos do extinto IDT. O II Congresso do SICAD foi essencialmente um momento de reflexão, científica e prática, em torno de temas como a qualidade em saúde, o papel do conhecimento, investigação, referenciação ou desafios no futuro...

A missão do SICAD visa promover a redução do consumo de substâncias psicoactivas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências congregate profissionais directamente afectos às áreas da prevenção, do tratamento, da redução de riscos, da reinserção e da dissuasão mas igualmente aqueles que, diariamente, lidam com a problemática dos comportamentos aditivos e das adições noutras instituições que, concorrem na sociedade para a adopção de melhores estilos de vida. Mas também daqueles que, ao serviço de outras organizações, contribuem para a eficiência de serviços como este, cujo futuro foi projectado neste encontro. Compete a este serviço promover momentos de reflexão e estimular a partilha e disseminação de conhecimento entre os vários atores envolvidos nesta área de actuação, pelo que o II Congresso do SICAD serviu também para projectar um futuro mais ao menos consensual, que afigure a reorganização do mesmo numa estrutura vertical de que resulte uma mais-valia no alinhamento da política pública para esta área. A presença da mais alta representação tutelar, por parte dos actuais ministro e secretário de estado da saúde, parece indiciar confiança na capacidade decisória da administração do SICAD... Até ao final do ano termos novidades....



**JOÃO GOULÃO,
DIRETOR GERAL
DO SICAD**

Em que medida poderá afirmar-se que este II Congresso do SICAD marca o regresso à extinta identidade corporativa que caracterizava o IDT?

João Goulão (JG) – Não diria tanto mas é evidente que todos os momentos de encontro com os profissionais

que antes integravam o IDT são sempre muito intensos ao nível dos afectos. E a reflexão que aqui foi desenvolvida passa também por todos eles. Por isso, penso que este foi um importante momento de encontro e de partilha de experiências mas em que se sente – não quero minimamente iludir essa questão – uma vontade de reassumir alguns laços de pertença.

Será um ponto de partida?

JG – Sim... Aliás, como sabe, esta reflexão já começou há algum tempo, desenvolvida não só por um grupo de profissionais mas igualmente por nós próprios, responsáveis, acerca do sopesar dos prós e contras do modelo actual. Há algumas mudanças que considero perenes, nomeadamente o alargamento do mandato para outros comportamentos aditivos e dependências, o que corresponde a uma velha aspiração nossa... agora, o modelo encontrado é que não me parece ter trazido mais-valias significativas. Na mesa da manhã, foi-me perguntado se pensaria na reversão das alterações estruturais introduzidas e eu disse que não era



disso que se tratava apenas no sentido em que não será necessariamente o assumir o regresso ao formato IDT. Agora, a vantagem de uma estrutura integrada e integradora de todos estes profissionais e competências parece-me clara.

Teve algum significado especial a representação da tutela ao mais alto nível, logo na sessão de abertura, com as participações do ministro e do secretário de estado da saúde?

JG – Penso que foi muito importante ter essas presenças. O facto de terem vindo os dois, algo completamente inusual neste tipo de iniciativas, não pode deixar de ser interpretado como uma manifestação de apreço e de carinho pelos profissionais que se dedicam a estas áreas.

Além da significativa presença de profissionais afectos a esta área, hoje sob a incumbência das ARS, mas também de profissionais do SICAD, foi notória a preocupação por parte da organização de incluir outros actores, não directamente intervenientes na problemática das dependências mas cujas acções se cruzam com esta... Foi propositado?

JG – Claro! Não podemos sequer dizer que estes actores não intervêm directamente. Intervêm em outras áreas e assumem outros tipos de preocupações da sociedade mas todos contribuem para um trabalho que não pode apenas ser assacado às estruturas da saúde, sejam elas do SICAD ou das ARS e que tem que ser partilhado por muitos mais actores da nossa sociedade, sejam dos serviços públicos ou dos ministérios, seja de organizações da sociedade civil que se implicam também no concurso para este tipo de objectivos que partilhamos.

Porquê a escolha da temática qualidade a abrir o encontro?

JG – Porque a qualidade é, de facto, uma das preocupações. Fazemos muito, na maior parte dos casos fazemos bem mas temos que elevar os standards de qualidade e esse é o mote para toda esta intervenção e para toda esta reflexão que aqui foi desenvolvida, creio que de uma forma feliz. A mesa inicial foi organizada em parceria com o Instituto Português da Qualidade, com o qual colaboramos nessa busca permanente de melhoria dos standards de qualidade, de acordo com as evidências que a ciência vai produzindo. Penso que daqui saíram pistas importantes para a nossa reflexão.

Relativamente às restantes temáticas abordadas, destacaria alguma em particular?

JG – Houve muitas e ricas mesas... Este formato das sessões paralelas tem sempre o senão de perdemos algumas intervenções produzidas mas, de qualquer forma, penso que todas elas foram muito boas e felizes na sua organização e consecução dos objectivos. Há pouco, estive numa mesa em que foi partilhada a intervenção do ICAP, com a presença da autoridade antidopagem, do Infarmed e das comissões para a dissuasão da toxicod dependência, que considero ter sido riquíssima. Num momento em que nos aproximamos do encerramento deste congresso, o sentimento que fica é francamente positivo, quer pelo nível científico das intervenções produzidas, quer pela presença dos afectos que perpassam sempre estes encontros.



ADALBERTO CAMPOS FERNANDES, MINISTRO DA SAÚDE

“Gostaria de felicitar o SICAD pela realização deste Congresso, onde se pretende refletir sobre a qualidade das intervenções, tomando como referência as práticas e o conhecimento produzido, numa perspectiva de lançamento para o futuro. Este Congresso é particularmente oportuno

quando decorre o último ano de execução do Plano de Ação para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2016, e se prepara o plano que lhe dará sequência até ao final deste ciclo estratégico, que, como é sabido, termina em 2020.

Nestes poucos meses de Governo, o Ministério da Saúde teve a oportunidade de se envolver em algumas realizações na área dos Comportamentos Aditivos e das Dependências; no plano internacional, participou no segmento ministerial da recente reunião da Comissão de Estupefacientes das Nações Unidas, em Viena. Esta reunião estava muito centrada, como seria previsível, na preparação da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre os problemas da Droga, que ocorrerá dentro de duas semanas em Nova Iorque.

Mas nessa reunião da Comissão de Estupefacientes das Nações Unidas tivemos a oportunidade de constatar o prestígio de que as nossas políticas nesta área gozam internacionalmente. É diferente a perceção que se pode ter “ao vivo”, daquilo que nos é transmitido pela leitura de relatórios ou das páginas dos jornais.

Muitos dos que delinearam ou executam no dia-a-dia estas políticas estão presentes nesta sala, em particular os que dão o seu melhor nas diversas áreas de intervenção, desde a prevenção ao tratamento, à reinserção, à redução de riscos e minimização de danos, passando pela dissuasão, pelo que vai para eles a expressão do reconhecimento do Governo.

Por outro lado, no plano interno, o Ministério da Saúde esteve representado em duas iniciativas do SICAD, que nos deram uma amostra de como esse prestígio granjeado internacionalmente se



constrói no dia-a-dia: Nas apresentações do “Inquérito aos Consumos em Meio Escolar” e do estudo “Os jovens internados em Centros Educativos: características, práticas criminais e comportamentos aditivos”.

Em ambos os casos, pudemos constatar o frutuoso estabelecimento de parcerias, primeiro com o Ministério da Educação, depois com o Ministério da Justiça.

São dois bons exemplos de como o conhecimento aprofundado da realidade sobre a qual pretendemos intervir se vai construindo; ao longo deste Congresso haverá muitos mais testemunhos da importância dessa produção de conhecimento, e também de um aspeto das nossas políticas que poucas vezes é enfatizado: o da existência de uma Coordenação Nacional efetiva, cujo exercício está cometido ao SICAD, personalizado no seu Diretor-Geral.

A opção pela atribuição deste papel a um organismo da Saúde insere-se num paradigma de que Portugal pode orgulhar-se, pois indicia uma postura baseada num princípio humanista, isto sem desvalorizar a importância de continuarmos a ter políticas balanceadas entre as áreas da oferta e a da procura.

A assunção expressa no Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências, de consolidar e aprofundar uma política pública integrada baseada na articulação intersectorial, visando ganhos sustentáveis em saúde e bem-estar social, por via da convergência de objetivos, recursos e estratégias entre os diferentes parceiros, tem vindo a concretizar-se. «A saúde em todas as políticas» deverá continuar a ser a estratégia de referência.

A riqueza do programa deste Congresso remete-nos ainda para outros e importantes desafios.

No que diz respeito ao Uso Nocivo do Álcool, existe já um histórico e há muito trabalho desenvolvido, inclusive com medidas inovadoras como a criação do Fórum Nacional Álcool e Saúde, e uma intensa atividade internacional, de que ressalto a coordenação da Joint Action Reducing Alcohol Related Harm lançada pela Comissão Europeia, sem esquecer a participação, quer na elaboração dos documentos estratégicos da OMS e da União Europeia, quer na sua implementação.

Quanto a outras áreas, como a do jogo e outros comportamentos aditivos sem substância, constato com agrado que vai ha-

vendo cada vez mais produção de conhecimento, constituição de massa crítica, de reflexão, e que se vão lançando as bases para uma intervenção efetiva; também nessas áreas aguardo com muito interesse o que poderá sair deste Congresso.

O desempenho a que os Profissionais aqui presentes habituarão a Sociedade Portuguesa elevou a fasquia da exigência para níveis muito altos.

O Ministério da Saúde e o governo está muito interessado em relançar e recuperar aquilo que foi o prestígio construído e o modelo organizativo de sucesso que existia até 2011. Estamos por isso senhor diretor geral em condições de poder discutir consigo, preparar o futuro com serenidade, com boa evidência, com sentido daquilo que nos norteia em cada uma das nossas iniciativas que é o interesse público e nessa medida não podia deixar de terminar a minha intervenção desejando que este congresso não seja apenas uma oportunidade de partilhar o conhecimento, ciência evidência mas também de restabelecer os laços e os afetos que sempre caracterizaram estas iniciativas.

Formulo votos sinceros de que esta reflexão, tendente a elevar ainda mais a qualidade e o conhecimento, seja muito bem-sucedida. Termino desejando-vos uns excelentes e frutuosos dias de trabalho e de convívio. Bom trabalho!”

Caixa:

Recentemente, o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência publicou um relatório que dá a conhecer que Portugal é um dos países em que se fazem mais apreensões e que nos encontramos numa importante posição geoestratégica para o tráfico internacional. Em que medida estarão esses indicadores a ser tomados em conta pelo Ministério da Saúde relativamente aos potenciais impactos resultantes dos mesmos?

Adalberto Campos Fernandes (ACF) – Com certeza que sim... Como referi, a luta contra este tipo de fenómeno não é apenas uma luta da saúde. Envolve uma cooperação interministerial e multidisciplinar ao nível do Governo, são relevantíssimas as participações do Ministério da Justiça e da Administração Interna e, portanto, não se trata da resolução de um problema difícil com soluções fáceis. A complexidade da saúde, o que faz é colocar o



seu enfoque na prevenção, na minoração, no controlo dos riscos e no tratamento das pessoas doentes.

Mas causam preocupação estes dados revelados pelo Observatório?

ACF – Vivemos numa sociedade aberta, exposta, com uma complexidade e vulnerabilidade inéditas, não é apenas a questão da droga e da toxicodependência, não é apenas a questão do tráfico, é também a insegurança que se vive em termos globais. E as sociedades têm que estar preparadas para lidarem com estas novas realidades num quadro de grande responsabilidade e cooperação dentro e fora dos países.

Que expectativas tem o Ministério da Saúde relativamente à diminuição do consumo de tabaco, após a implementação de acções como o aumento do preço e a impressão de imagens mais sensacionalistas nos maços de cigarros?

ACF – A expectativa é positiva... A questão não é económica, não se prende com o ter mais imposto ou com o facto de o aumento do preço do tabaco trazer algo mais... A questão prende-se com a responsabilidade política de fazer crer, sobretudo aos jovens, que o tabaco mata, que o tabaco faz mal. E que as escolhas que cada cidadão faz quanto aos seus consumos devem ser assistidas por um nível de conhecimento bastante diferenciado. A responsabilidade do Estado é dizer que, independentemente das escolhas de cada um, os caminhos têm que ser conhecidos na plenitude dos seus riscos.

Em que medida poderá o facto de os últimos estudos revelarem descidas nos consumos de substâncias lícitas e ilícitas em Portugal pressupor um desinvestimento nesta área?

ACF – De maneira nenhuma! Se há batalha que não está ganha é a batalha contra os comportamentos aditivos, contra a exposição dos mais vulneráveis e dos mais jovens e, portanto, não nos deslumbraremos nunca com qualquer variação, ainda que seja relevante. Vamos continuar a trabalhar.



MARIA MOREIRA, EMCD-DA

A prelecção trazida por Maria Moreira, do EMCD-DA, ao II Congresso SI-CAD, intitulada Situação e tendências das drogas ilícitas na UE: Monitorizar para agir iniciou-se com um périplo pelas tendências verificadas entre 1995 e 2015, ao que correspondem, segundo a autora, 20 anos de

mudança. Mudança essa marcada pelo declínio do consumo de heroína, do consumo por via injectável e do VIH e pelo surgimento de novos desafios relacionados com o consumo de opiáceos sintéticos e cannabis. Maria Moreira constata que continua a aumentar a visibilidade das novas substâncias psicoactivas. O aumento da disponibilidade do tratamento é uma realidade mas novos desafios se apresentam.

Passando à apresentação do Relatório sobre os Mercados da Droga na UE de 2016, a autora salienta que as rotas de tráfico tradicionais se mantêm e a diversificação continua. Verifica-se uma crescente especialização, interligações e complexidade técnica e organizacional, bem como um acelerado ritmo de mudança marcado pela globalização e pela tecnologia. As actividades relacionadas com os mercados são agora concentradas em hotspots estabelecidos e emergentes.

A cannabis continua a ser a droga mais consumida na Europa: 15 milhões de jovens adultos (15–34) consumiram no último ano; um quarto dos adultos na UE (79 milhões); 15–64 anos usaram pelo menos uma vez na vida. Quase 1 % dos adultos europeus são consumidores diários.

Quanto às tendências nos mercados da cannabis, verifica-se que um domínio da cannabis herbácea cultivada na UE. Resina de cannabis de elevada potência é cultivada em Marrocos e traficada para a UE, potencialmente a par de outros produtos ilícitos e de pessoas.

Novos dados estão disponíveis quanto a episódios de urgências agudas relacionadas com canabinóides: Verifica-se um aumento de admissões nas urgências hospitalares e um grupo que chega a ser significativo em alguns países.



Relativamente à adopção de programas de prevenção nas escolas, o relatório dá a conhecer que são disponibilizadas tanto intervenções baseadas em evidência como intervenções não baseadas em evidência.

Relativamente ao mercado da heroína, as apreensões na UE continuam a diminuir, embora as técnicas de produção, rotas de tráfico e modi operandi sejam cada vez mais flexíveis e dinâmicos. A Rota dos Balcãs continua a ser a porta de entrada principal para a entrada de heroína da EU. O estudo chama à atenção para a diversificação do mercado com medicamentos e novos opiáceos sintéticos.

Existem já 1.3 milhões de consumidores problemáticos de opiáceos na EU, embora o número de novos clientes em tratamento devido à heroína tenha descido para menos de metade entre 2007 e 2013. 737.000 seguem tratamento de substituição opiácea mas os números têm vindo a diminuir. Verifica-se igualmente que os consumidores de opiáceos constituem uma população envelhecida. Entre 2006 e 2013, a idade média de clientes em tratamento aumentou 5 anos.

Já as mortes por overdose aumentaram entre consumidores mais velhos. Os diagnósticos de VIH diminuem depois dos aumentos de anos anteriores: 1.458 novos casos entre consumidores de droga por via injectável em 2013.

Quanto à prevenção de overdoses e mortes por overdose, existe evidência disponível quanto ao tratamento de substituição opiácea, a utilização de Naloxona aumenta e as salas de consumo assistido constituem actualmente motivo para debate no seio da UE.

No que respeita ao consumo de MDMA, o relatório apresenta igualmente algumas novas tendências e lança alertas: Tendências longas de diminuição com variações entre países e alertas para riscos de saúde: MDMA de elevada pureza e adulteração com PMMA.

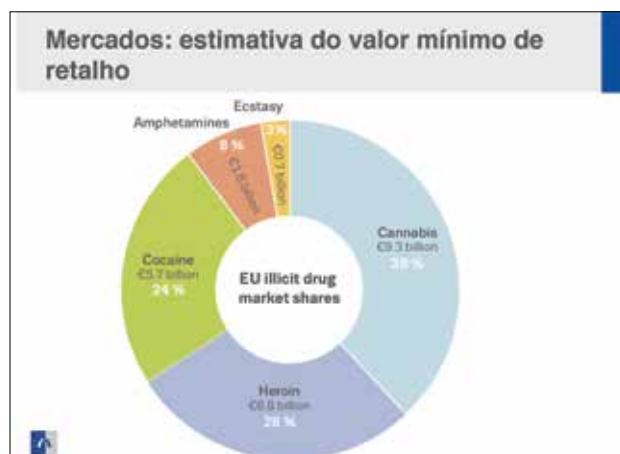
No mercado, aumentam apreensões de metanfetaminas e, relativamente às anfetaminas, verifica-se um aumento de quantidades depois de um período de estabilização. As apreensões de metanfetaminas representam 1/6 de todas as apreensões de anfetaminas, mas aumenta a tendência tanto em números de apreensões como em quantidades apreendidas desde 2002.

Em 2015 foram detectadas 100 novas substâncias psicoativas. Não existem sinais de abrandamento. Cerca de 580 substâncias foram monitorizadas pelo Sistema de Alerta Europeu (EWS), que constata que os riscos e danos aumentam, nomeadamente devido a envenenamentos agudos fatais e à existência de consumidores crónicos e marginalizados que injectam catinonas sintéticas.

O relatório indica ainda que as NSP imitam o mercado tradicional. Verifica-se uma tendência transversal de aumentos na potência e pureza, que aumenta também para as drogas mais tradicionais. A inovação tecnológica e a existência de um mercado competitivo são também apontadas.

Quanto à cannabis, fala-se em produtos herbáceos de alta potência cultivados domesticamente e no aumento da potência da resina derivado das alterações na forma de produção.

Relativamente à heroína, Maria Moreira lança uma questão: O regresso depois da seca?



Conclusões do relatório:

Redução dos problemas relacionados com o consumo de heroína, mas atenção aos indicadores da oferta

A cannabis ganha visibilidade nos sistemas de tratamento e nos indicadores da área da redução da oferta

Continuam a surgir novas drogas e é importante manter os esforços na monitorização do consumo, dos danos e das intervenções

A competitividade e a inovação nos mercados levam a aumentos de pureza e potência, e surgem novos mercados virtuais.



SÉRGIO RODRIGUES, ASSOCIAÇÃO CASO

Quantos utilizadores conta actualmente a CASO como membros da instituição?

Sérgio Rodrigues (SR) – Activos, somos 12 pessoas. Refiro-me aos que participam activamente nas reuniões e acções por nós promovidas.

Significa isso que existem dificuldades em captar membros para a prossecução da vossa missão?

SR – Sim, deparamo-nos com dificuldades, nomeadamente com o envolvimento de mais mulheres, algo que desejamos que aconteça com maior frequência porque sabemos que estas, nos comportamentos aditivos, até sofrem mais. De qualquer forma, a CASO existe desde 2007, já passou muita gente pela instituição, uns ficaram pelo caminho, outros tiveram que emigrar para encontrarem trabalho mas tendo mantido este grupo de nove pessoas coesas...

O que mudou nestes nove anos de existência da CASO?

SR – Mudou muita coisa, desde a formação de uma rede europeia, da qual somos membros fundadores, o que também sucede relativamente à rede internacional... Aos poucos, temos mudado também a nível pessoal. Como pessoas que já consumiram ou que consomem, tivemos durante muito tempo uma rotina diária de consumos e, depois de nos organizarmos, tivemos que aprender a falar “polítiquês” e “técnicuês”, tivemos que saber rever literatura... Temos desenvolvido esse esforço...

Na CASO, tanto “cabem” consumidores como ex-consumidores...

SR – Sim, além de sócios simpatizantes com a causa que nunca consumiram... Sabemos que o tratamento é uma área importante mas consideramos fundamental empoderar a cidadania das pessoas que usam drogas, para que as mesmas

possam ir a um serviço de saúde, sem que sejam alvo de estigma ou se sintam discriminadas. Procuramos incentivar as pessoas a participarem na sua própria cidadania na área da saúde.

Ainda sentem alguma forma de discriminação por parte da sociedade?

SR – Sim, sentimos. Ainda existe muito estigma, não apenas na população em geral mas, igualmente, por parte do sistema de saúde e de serviços que procuramos.

Até pelos técnicos?

SR – Sim, até pelos técnicos. Um dos exemplos residiu no levantamento que fizemos relativamente à transferência do programa de troca de seringas para os centros de saúde, momento em que eu próprio senti essa discriminação. Nunca fui consumidor injectável mas, na altura da realização desse levantamento, pude testemunhar essa discriminação, falta de informação e de confidencialidade.

E por parte das forças policiais, já acabou a prática de perseguição aos consumidores?

SR – Não, não acabou. A situação melhorou muito mas sabemos que, quando as forças policiais vão a um bairro social, continuam a exercer a autoridade através da força. Embora a situação seja actualmente diferente para melhor, ainda se verificam episódios de violência.

Ainda hoje foi referida neste congresso a descida de consumos por via injectável e a diminuição de novas infecções decorrentes dessa prática, como o VHC ou o VIH... No entanto, alguns quadrantes pedem uma solução que talvez tivesse feito mais sentido há 15 ou 20 anos atrás, as salas de consumo assistido... Não estaremos perante uma certa contradição?

SR – Sim, creio que existe uma certa contradição... Nós, que estamos no terreno e conhecemos a realidade, embora saibamos que esses consumos baixaram, temos consciência de que ainda existem e muito. Se atentarmos ao caso do Porto, as consequentes políticas de demolições de locais onde as



peças se escondiam para consumir só pioram a situação. E concentram-se em locais ainda mais escondidos onde a propagação de doenças como a tuberculose é real. Antes da realização da assembleia municipal no Porto sobre as salas de consumo assistido, tivemos uma proposta do Bloco de Esquerda que consistia numa visita ao Bairro do Aleixo, que a CASO aceitou, e tivemos a oportunidade de mostrarmos o que verdadeiramente se passa no terreno. Se as pessoas forem à rua, ficam com outra visão. Neste caso, pudemos observar filas de carros estacionados com pessoas a consumirem no interior dos mesmos, assim como em dois baldios anexos ao bairro em que vimos pessoas a injectar. Assim como nas imediações, vimos pessoas dentro de três tendas a consumir...

Mas será que os toxicodependentes habituados a consumir em determinados contextos estarão dispostos a deslocarem-se a uma estrutura desse tipo?

SR – Relativamente ao tipo de estrutura a adoptar, parece-nos que o mais sensato seria uma unidade móvel. Já questionámos os utilizadores, que nos dizem que seria preferível uma solução desse tipo, desde logo porque evitariam o contacto com as forças policiais, que muitas vezes ficam com a sua dose. Repare que muitos destes utilizadores passam um dia a tentar arranjar dinheiro para o seu consumo e, quando confrontados com essa situação, são levados a enveredar por actividades ilícitas para conseguirem esse dinheiro... Mas, embora também sejam pessoas que gostam de associar o sossego ao seu ritual, quando inquiridas sobre esta solução, dizem que adeririam. A questão prende-se essencialmente com a deslocação, pelo que a nossa proposta aponta para que essa sala se situe nos locais onde existe tráfico e consumo ou resulte numa unidade móvel.

Mas por que não fazem isso as equipas de rua que já possuem unidades móveis?

SR – Seria necessária uma equipa também especializada e um enfermeiro a tempo inteiro, uma unidade de suporte de vida, naloxona... Além disso, a unidade móvel teria que ser adaptada. As carrinhas hoje destinadas ao trabalho de redução de riscos não estão preparadas para essa intervenção.



**JOSÉ FLORENTINO,
DIRECTOR DA LIGA
PREVENÇÃO,
SÃO PAULO, BRASIL**

Como avalia a realização deste II Congresso SICAD?

José Florentino (JF) – Está a ser um momento bastante oportuno. Viemos numa comitiva de 12 brasileiros especificamente para podermos entender melhor a política

portuguesa, uma política de referência, que apreciamos, uma política que dá certo, com um envolvimento do Governo em prol da obtenção de resultados positivos, algo a que nós não estamos muito habituados. Nós somos guerreiros, somos do terreno, lutamos para podermos beneficiar de uma política condizente e de acordo com as necessidades. Então, participar numa organização como esta, bem estruturada, com temas interessantes, a convite do Dr. João Goulão, uma pessoa extremamente solidária, é para nós uma excelente oportunidade. Estamos com uma agenda bastante preenchida no que toca à vista a serviços de tratamento e de prevenção, nomeadamente junto de públicos jovens, que é o foco essencial do nosso trabalho e temos estabelecido inúmeros contactos. Actualmente, estamos a constituir um movimento que visa a criação de um instituto designado Liga da Prevenção. Neste momento, já estamos a abranger 2 milhões de pessoas interessadas em fazer prevenção.

Esta é uma liga pública ou privada? Quem a constitui e com que propósitos o fazem?

JF – A Liga da Prevenção é pública. Todos podem participar. O objectivo consiste em auxiliar todos os profissionais que intervêm em prevenção, seja de âmbito territorial reduzido, numa cidade com 3 mil habitantes ou na cidade de São Paulo, com 11,5 milhões de habitantes. Pretendemos que a prevenção seja falada e realizada. Pretendemos igualmente que pessoas com problemas de dependências, nomeadamente jovens reclusos que vivem num mundo muito marcado pelo crime e por oportunidades adver-



sas, levem esse tipo de informação onde nenhum profissional quer ir. A Liga tem vários profissionais envolvidos, várias entidades e empresas unidos por esta interessante ideia.

Beneficiam de algum apoio do Governo ou do Estado de São Paulo?

JF – Não temos apoio do Governo, até porque o processo legal de constituição ainda se encontra em fase de desenvolvimento. Depois de constituída como fundação, vamos certamente querer agir em todas as áreas e procurar incentivos. Afinal de contas, a prevenção terá que ser realizada e é nosso propósito que seja melhor realizada.

Como está o problema do crack no Brasil?

JF – Muito grave! O crack parece ter vindo para ficar. Chegou à cidade de São Paulo há mais de 20 anos, de onde se estendeu e chegou ao Brasil. Temos poucas acções eficazes, poucas acções que produzam impacto e resolvam de facto. Temos uma política pública deficiente nas áreas das drogas e do álcool e, principalmente, em relação ao crack e temos ainda uma política partidária que acabou por atrelar a política pública de drogas e álcool. E esse é o pior absurdo que pode acontecer numa instituição e, sobretudo, num estado como o de São Paulo que, até então, era organizado. Actualmente, estamos perante uma situação ainda mais grave.

O que levam desta experiência portuguesa que possa servir para o trabalho que terão pela frente no Brasil?

JF – Portugal não é apenas uma referência. É também um ensinamento relativamente ao que podemos fazer para chegarmos aos melhores resultados possíveis. A política portuguesa é condizente e conseguiu resolver questões. Podemos comparar as intervenções no Casal Ventoso com a nossa Crackolândia, um cancro que parece que ninguém conseguirá resolver. Aquela área de conforto de uso está cada vez maior, perigosa e com cada vez menos pessoas interessadas em ir lá e resolver a situação. Portugal demonstra-nos essa organização, essa discussão permanente e debate, algo que falta no Brasil, onde o debate é muito cerrado, dos que apoiam ou dos que são contra... Nós não queremos isso. Como Liga da Prevenção, pretendemos que o debate continue e, ainda que cada um tenha a sua perspectiva, os que precisam do serviço dele possam beneficiar.

A Europa conhece o Brasil pelo futebol, pelo samba, pela magnífica paisagem costeira mas, apesar de todas estas riquezas, a falta de atenção pública relativamente ao fenómeno das drogas parece também já uma raiz cultural...

JF – Na realidade, entendo que se trata de incompetência da nossa parte. Sempre tratámos o assunto de forma distante. Não resolvemos as coisas de forma célere. Convivemos com os problemas em vez de os solucionarmos. A política pública de drogas brasileira é muito banalizada, muito adiada. No caso do álcool, temos uma indústria que exerce um lobby muito forte sobre a legislação, tendo voz activa no que é permitido e nas propagandas. Não conseguimos vencer essa situação porque os nossos políticos permitem que esse lobby se mantenha. É uma falta de respeito. Por outro lado, no caso do tabaco cresceram as restrições, aumentou a legislação no que respeita à contenção da publicidade e à dificuldade de acesso por parte dos jovens. A sociedade aderiu

rapidamente a esse modelo mas, no caso do álcool, não evidenciamos sucesso e muito pior é o cenário quando falamos nas outras drogas ilícitas. Prova constante disso mesmo é o caso do crack, que já está presente em todas as capitais e arrasta uma enorme quantidade de pessoas dependentes e em situação de rua. E não temos até agora um tratamento condizente custeado pelo Governo, principalmente para aqueles que não têm condições de pagar.

Apesar de tudo, o Governo tem uma campanha em relação ao crack, intitulada Vencer é Possível...

JF – Na actual gestão, diria que vencer é impossível. Essa gestão está a acabar e o Governo ainda não conseguiu demonstrar o porquê desse slogan...

Será legítimo afirmar que ainda está por fazer um diagnóstico no Brasil?

JF – É verdade que ainda não. Temos muito a crescer, a discutir e a escutar, principalmente quem está na linha da frente. Existe um desgaste enorme no Brasil de discussão imprópria. Fala-se muito mas faz-se pouco e aqueles que pretendem fazer não tem voz nem energia suficiente.

Vocês demonstram vontade de intervir... com que apoios, com que disponibilidade e meios?

JF – Pois é... Precisamos ainda que a iniciativa privada entre nesta discussão e ofereça a sua contribuição. Também precisamos que o Governo seja solidário e, pelo menos, escute aqueles que estão na linha da frente e lhes dê condições para que possam actuar. Precisamos de promover uma discussão mais ampla, de oferecer tratamento a quem precisa e capacitação para os profissionais.

O crack continua a ser a droga dos pobres?

JF – Hoje, já não podemos classificá-lo como tal... Todos têm acesso ao crack: o pobre, o rico... Trata-se de uma substância que apresenta um potencial de dependência muito elevado e origina invariavelmente situações de sem-abrigo.





Para o último dia do II Congresso SICAD estava reservada uma espécie de sobremesa... que se veio a revelar afinal o prato principal. Sob o tema Desafios à Intervenção Em CAD – Olhar o Passado, Pensar o Presente, Perspetivar o Futuro – A Actualidade da Estratégia Nacional, Alexandre Quintanilha, Constantino Sakellarides, António Leuschner, Nuno Miguel e João Goulão revisitaram os momentos da criação da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga, projectando o futuro do modelo português, num debate moderado por Fernando Alves e aqui sumariado por Dependências...

Recebeu, do extinto IDT, uma herança desfalcada, dada a redução de competências e de áreas de intervenção. Estamos a meio do Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências, considerado muito ambicioso mas realista, revelando também muita atenção à emergência de novos comportamentos, que vão do abuso de medicamentos ao jogo, passando pela dependência da internet, a compulsão das compras ou do sexo. Pedindo ao Dr. João Goulão um balanço, pergunto-lhe se terá sido a ambição travada pelo realismo ou se o realismo pode também ser ambicioso...



Diria que existe um percurso que, certamente, abordaremos, com novos desafios e penso que faz sentido o aumento da abrangência da intervenção do SICAD e dos seus parceiros a outros comportamentos aditivos e dependências, que não só a questão das drogas ilícitas, que começou por ser o cerne do mandato do IDT. Depois, abrimos ao uso nocivo do álcool e, nesta reformulação a que obedeceu a criação do SICAD, ficou patente na designação a intervenção nos comportamentos aditivos e dependências. Aquilo que, do meu ponto de vista, é menos conseguido é o termo intervenção que, de facto, foi amputada da capacidade do SICAD. A intervenção foi atribuída a outros e o IDT, instituto vertical dedicado a estas temá-

ticas, que contava com cerca de 2 mil profissionais, deu origem ao SICAD que, descontadas as comissões de dissuasão com as quais trabalhamos intimamente e a cuja actuação oferecemos apoio logístico e administrativo, tem perto de 90 profissionais. Em suma, acabou por ser uma cabeça à qual foram amputadas as pernas. Sendo certo que ainda não é tempo de fazer um balanço acabado, o facto é que o sentimento, que aliás tem perpassado neste congresso, é de que foram introduzidas entropias no funcionamento do dispositivo, eventualmente na expectativa de alguns ganhos que passariam por um maior entrosamento e articulação entre os diversos serviços dependentes das ARS, desde logo os cuidados de saúde primários mas também os hospitalares, o que na prática não foi conseguido. Felizmente, estamos num momento em que é possível reflectir acerca disto e voltar a olhar para a que poderá ser a estrutura mais adequada para dar consecução a todas estas ambições.

Porventura reverter...



Eventualmente... Não necessariamente a um modelo exactamente igual ao que tínhamos mas destaco a presença do ministro da saúde na abertura deste congresso, que deu abertura a que reflectamos acerca disso e que apresentemos propostas no sentido de adequarmos as estruturas aos objectivos da nossa actuação. Temos aqui muitos dos profissionais que têm pensado e executado muitas destas políticas, das quais penso que nos podemos orgulhar mas temos que fazer mais e inovar. Todos os dias surgem novos desafios e termos que nos dedicar aos mesmos de uma forma mais decidida.

O Dr. Nuno Miguel, em 1975, dava consultas no Santa Maria, tendo alertado para a necessidade de arregaçarmos mangas nesta área... Um dia, a convite de Jorge Sampaio, fez um diagnóstico muito cru do que se passava, afirmando que era mais fácil encontrar droga à venda à meia-noite do que um maço de cigarros. Pergunto-lhe se esse ce-



nário que descreveu mudou radicalmente e se a cidade ainda possibilita que cheiremos os “ares do pinhal”?



Eu comecei realmente a trabalhar em 1975 numa consulta para toxicodependentes no Hospital Santa Maria e, desde essa altura, continuo a ver toxicodependentes e, portanto, tenho uma visão do que se foi passando. Por um lado, o mundo das toxicodependências tem mudado muito, nomeadamente quanto ao consumo, assim como as ideias em relação aos tipos de respostas a dar a esse fenómeno. E a concretização das respostas tem sido também muito variável, com momentos de progresso como o prévio à estratégia ou aquele alguns anos antes da criação do Centro das Taipas mas também com outros momentos dramáticos de perturbação do funcionamento, de menor investimento dos poderes públicos nesta área ou mesmo da tentativa de a destruir completamente, como sucedeu nos últimos anos. O desafio mais importante que hoje se impõe é pensarmos no que faremos: não temos necessariamente que reconstruir o modelo anterior mas antes que pensar num modelo adaptado às novas realidades e às novas áreas de intervenção. Mas julgo que o tipo de funcionamento actual está completamente desprovido de sentido e parece-me importante que se repliquem as tentativas de reflexão, quer ao nível das cúpulas, quer ao nível da base, para podermos encontrar um modelo alternativo que possamos propor ao actual Governo. Penso que não deveríamos ficar à espera que o actual Governo pensasse como esse modelo devia ser preconizado e é muito importante que as pessoas interessadas na resposta ao problema das toxicodependências, do alcoolismo e de outros comportamentos aditivos façam o que já fizeram noutras alturas e procurem reunir-se para encontrarem uma proposta. Apesar de ficar satisfeito quando ouço elogios em relação à política portuguesa sobre drogas, não à actual mas àquela que foi feita há uns anos, sou também muito sensível ao que não conseguimos realizar. Uma das questões que lançaria prende-se com o facto de, curiosamente, depois de isto tudo, os toxicodependentes ainda serem uns doentes especiais. Ou seja,

doentes que, apesar de tudo, continuam a ser responsabilizados pela sua doença, continuam a ter limitações no seu tratamento e a pagar, nomeadamente nas comunidades terapêuticas, mais do que os outros doentes. Enquanto esses pagam as controversas taxas moderadoras, os toxicodependentes pagam 20 por cento do seu tratamento nas comunidades terapêuticas.

Isso introduz a ideia de um estigma... Pergunto ao Professor António Leuschner se, sendo parte desta “empreitada” que a todos da saúde pública compete, esta ideia de estigma não remeterá particularmente para o seu campo de intervenção... Sabendo-se que a saúde mental desempenha um papel activo neste combate, fica-se com a ideia de que existe uma desconfiança recíproca entre os agentes da saúde mental e os restantes actores de combate à toxicodependência... Será ou não necessário afinar sinergias?



Agradecendo desde já o convite, confesso que fico sempre naquela dúvida: porquê eu? Agora fica uma pequena pista: sou uma espécie de “estigmatologista” que pode eventualmente ter umas ideias sobre essa tarefa de lidar com o estigma, questão que partilhamos. Tinha pensado nalgumas reflexões e uma delas tinha a ver com a clara intenção de não dar para o peditório da questão saúde mental/comportamentos aditivos... Já estou um pouco cansado desse debate e penso que o mesmo não vale a pena, sobretudo quando pensamos em perspectivar o futuro. Na realidade, dizemos nós que trabalhamos nesta área, que os depressivos é que olham principalmente para o passado e negligenciam o futuro, perdendo até essa visão de futuro, o que os leva a quererem interromper esse percurso. Mas, de facto, creio que seria muito importante que olhássemos para o futuro e o perspectivássemos no sentido, não propriamente de o reformularmos, refazermos ou reconstruirmos coisas que vão sendo diferentes. Uma das vantagens que poderá surgir deste conjunto de “sexagenários” aqui presentes é a possibilidade de

fazermos aquilo que todos os sistemas provisionais fazem: olharmos para o histórico e tentarmos projectar o futuro. E olhar para o histórico é, por exemplo, olhar para os erros. Naturalmente, se pensarmos no que se passou nos últimos dois séculos, assistimos à fragmentação da medicina e dos cuidados de saúde. A especialização foi extremamente importante, o conhecimento é cada vez mais profundo e isso acarretou a ideia de que havia que especializar cada vez mais pessoas que, como alguém diz, cada vez mais sabem mais de cada vez menos coisas... Nesta perspectiva, sucede algo problemático: as pessoas continuam a ser as mesmas, ou seja, o indivíduo é o seu todo e, quando olhamos para uma especialização, que começa desde a formação pré-graduada, em que tudo é estruturado no segmento do aparelho do sistema e não é muito perspectivado na lógica integrativa, constatamos que criamos territórios. E estes, desde que o mundo é mundo, vivem de combates entre si, da criação de espaços, à defesa de fronteiras, à disputa de clientes, ainda que muitos sejam rejeitados por uns e outros... Fala-se hoje muito em mudança de paradigma e creio que temos mesmo que olhar estas coisas de maneira muito diferente. E creio que temos que ser consequentes quando se brada aos quatro ventos a questão da centralidade na pessoa. A pessoa que tem hoje um comportamento aditivo é um não caso de otorrino ou de cardiologia mas tem coração e ouvidos... E se olharmos para o que está, de facto, momentaneamente em sofrimento, estaremos a olhar para uma parte muito pequena do que somos todos nós e a perdermos completamente a visão do que nos permite lutar contra o estigma. O estigma é muito criado por nós. O estigma é também muito criado pelos profissionais que se fecham nas paredes dos seus saberes e que estão pouco interessados em partilhá-los. Centrar no cidadão pressupõe proximidade e não há prestação de cuidados de saúde nem saúde sem proximidade nem conhecimento real da pessoa em si, desde o material genético à pessoa no seu contexto mais global, ao meio ambiente, à freguesia, aos vizinhos, à sociedade em que se insere, à sua formação, etc. Isto acontece ao longo da vida e uma das realidades que não podemos perder de vista nesta análise é que as pessoas que padecem de comportamentos aditivos são, hoje, muito diferentes do que eram há 20 anos. E penso que não arriscarei muito se afirmar que são muito diferentes do que serão daqui a 20 anos. Portanto, perspectivar o futuro é, numa lógica muito clara e diacrónica, não pensarmos como as pessoas de hoje irão querer ser relatadas daqui a 20 anos mas como é que o sistema se pode ir adaptando para que, daqui a 20 anos, possa ter uma resposta para dar. Eu gosto muito de ser presidente do Conselho Nacional de Saúde Mental, porque se trata cada vez menos de um conjunto de profissionais de saúde e cada vez mais de um conjunto de pessoas que participam, enquanto cidadãs, e de associações de doentes, de familiares, de sociedades científicas e associações profissionais, que valem muito pela sua natureza humanista e não tanto pela sua competência técnica ou científica. O objectivo consiste em pôr as pessoas em confronto e defender a visão de que a pessoa é um todo global e não alguém que tem uma esquizofrenia ou uma doença bipolar. É, antes de mais, uma pessoa.

Professor Alexandre Quintanilha, este Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências antecipa respostas uma filosofia que já impregnava a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga,

formulada em 1999 sob a sua coordenação... Se não se avançou mais, isso decorre de dificuldades de regulamentação ou da sobreposição de estruturas e burocráticas?



Antes de mais, devo dizer que sou, provavelmente, em toda esta sala, a pessoa que menos sabe sobre toxicodependência. Lembro-me que, na preparação da estratégia, quando o Engenheiro Sócrates me telefonou, perguntado se queria presidir a este grupo de gente eminentemente competente para estas questões, desatei a rir... Disse-lhe que estava certamente a brincar comigo porque, sobre o assunto, não sabia nada... E ele deu-me uma resposta muito inteligente, dizendo que era precisamente por isso que confiava no meu bom senso e capacidade de estimular diálogo. Mas continuo a dizer que foi uma das experiências mais interessantes que tive em Portugal. A propósito, gostava de relembrar os nomes das pessoas: Daniel Sampaio, Nuno Miguel, João Goulão, Joaquim Rodrigues, Júlio Machado Vaz, António Lourenço e Margarida Marques, um grupo absolutamente extraordinário, pessoas com uma competência enorme neste domínio que, em pouco mais de quatro meses, produziram um relatório. Apreciei muito este trabalho porque aprendi muito mas o que nunca mais esquecerei foram as audiências públicas que fizemos por este país fora. Foi uma integração da cidadania na sua forma mais crua. Ouvir as pessoas. Fizemos audiências em salas de espectáculo por todo o país, que deixaram marcas muito fortes, revelando preocupações das pessoas que vinham falar connosco... Depois, mais espantoso ainda foi o facto de termos entregue uma proposta, que viria a ser adoptada na íntegra pelo Governo da altura. Todos se lembram certamente que havia imensa preocupação. Portugal haveria de ser o centro da toxicodependência do mundo, que iria atrair todos os toxicodependentes da Europa e do mundo... De facto, dois anos depois, a Interpol veio cá e tivemos uma reunião com os dois grandes grupos policiais em Portugal para discutir algo que eles consideravam extraordinário... não só isso não tinha acontecido, como se verificava o contrário: o consumo estava a decrescer, a questão da criminalidade estava a diminuir e verificava-se, da parte deles, um espanto.

Considera que esse facto contribuiu para uma reflexão mais global, nomeadamente na Europa e no mundo?



Totalmente! Aliás, como impacto, devo referir que não foi só o número de pessoas na toxicodependência que não aumentou, ao contrário do que tantos esperavam, como até nos casos de infecção por VIH se verificou uma diminuição, provavelmente através da introdução de programas como a troca de seringas e outros. Mas devo referir ainda que esta experiência deu azo a que, curiosamente, volta e meia, receba telefonemas. O último foi de um jornalista da Nova Zelândia, que esteve uma hora e meia a falar comigo sobre a experiência portuguesa... Foram publicados vários artigos, bem como um filme sobre o modelo português e acho que isto que está a acontecer aqui, voltar a juntar as pessoas para repensarem o que, muitos anos depois, será necessário fazer, após esta história de construção, desconstrução e redireccionamento, é extraordinário. Aliás, gostava que, desta reunião, saísse uma Estratégia II... Uma espécie de revisão constituição... A vossa preocupação, enquanto pessoas que intervêm, reside nos comportamentos. E estes têm a ver com o funcionamento do nosso cérebro. E o cérebro

é provavelmente uma daquelas caixas negras sobre as quais ainda se sabe muitíssimo pouco mas em que se está a fazer investigação extraordinária. Existem intervenções clássicas, através de fármacos, algumas das quais foram utilizadas no próprio álcool, apaixonarmo-nos é também uma intervenção sobre o cérebro, tal como a literatura, o teatro, as artes, o conhecimento, são intervenções sobre o cérebro... mas inda sabemos muito pouco. Creio que esta área da relação entre o pouquíssimo que se sabe e a forma como isso se transforma em comportamentos ou os modifica é também um grande desafio na área da investigação que assusta e fascina. Esta questão que o António Leuschner versou, sobre considerar a pessoa como um todo é algo que precisamos cada vez mais mas também precisamos de encontrar uma forma de dialogar entre as novas descobertas da investigação e os comportamentos.

Em que medida será essa realidade da toxicodependência, para que despertou aquando da coordenação dessa comissão, algo que transporta actualmente na “mochila” de deputado?



Já agora, é uma espécie de repetição: Quando o António Costa me contactou, depois de ter dado a minha última aula, pensando que estaria livre para ler tudo aquilo que pretendia e me desafiou para ser cabeça de lista pelo Porto, também desatei à gargalhada... Disse-lhe que nunca tinha sido político nem sabia nada de política... E ele respondeu-me que era precisamente por isso que me convidava, até porque os políticos já não têm uma grande credibilidade... Não sei se irei ajudar nesse processo mas confesso que também aceitei por ter achado a resposta inteligente...

Mas, como deputado, terá a vantagem de ter feito os trabalhos de casa no âmbito da tal comissão...



Sim, e espero que chegue ao parlamento um documento sobre a vossa estratégia.

Professor António Leuschner, em que medida poderá ser a saúde mental, neste trabalho de equipa, o segmento que pode dar um maior contributo para essa explicação da tal caixa negra sem fundo que é o cérebro humano?



Sabemos todos tão pouco em relação ao funcionamento do cérebro... e não me parece que seja por aí que as coisas devam ser organizadas neste momento.

Fala-se muito da neuroplasticidade e de até que ponto a mesma poderá explicar algumas das novas adições. Tudo isso representa conceitos e níveis de conhecimento importantes mas creio que a saúde mental é apenas uma das componentes da saúde. E o que está por detrás de tudo isto é saúde, é bem-estar. E a percepção de bem-estar é procurada pelas diferentes pessoas de maneiras muito diversas. O que cada um de nós coloca na mochila é diferente, tendo em conta se vamos passar um fim-de-semana fora ou se vamos fugir para outro país... A nossa mochila é muito variável, consoante as circunstâncias. E é nesta capacidade de nos sentirmos todos diferentes e todos iguais que devemos procurar respostas para os vários problemas da sociedade. Creio que os médicos têm hoje a noção clara de que, felizmente, perdemos poder no contexto geral dos serviços de saúde. Não temos o poder que tínhamos, e ainda bem, porque isto exige mais competências, mais saberes e mais partilha. E aqui é que reside a questão da necessi-

dade de mudança de paradigma. Onde está, por exemplo nas faculdades, nos vários campos do conhecimento, esta preocupação pela multidisciplinaridade? Não há um único movimento nas faculdades no sentido de criar capacidade de diálogo e permuta de conhecimentos entre as várias disciplinas. E quando nos deslocamos para problemas que abrangem vários problemas temos um escotoma completo e andamos a aprender no dia-a-dia, cometendo muito erros que quem paga são os que nos procuram buscando ajuda. É aqui que temos que ser capazes de virar e de planear estratégias. É isto que penso em relação às estratégias de saúde mental, que devem assentar cada vez mais na proximidade, nos cuidados mais periféricos, no que é mais acessível às pessoas e mais capaz de fazer o diagnóstico real, não da doença mas da pessoa e das suas necessidades.

Doutor Nuno Miguel, passada década e meia de o dependente de drogas ter começado a ser perspectivado como um doente, poderá o mesmo ser já considerado um cidadão na sua plenitude em Portugal?



Não sou capaz de dizer isso... Penso que ainda existem muitos preconceitos... Todas estas explicações sobre o funcionamento do nosso cérebro e sobre as novas descobertas e investigações podem contribuir para explicar a questão das adições de outras formas diferentes do paradigma moral que, durante muito tempo marcou e ainda hoje marca até alguns dos nossos regulamentos. Como tal, penso que estamos ainda longe disso. A estratégia de que temos estado a falar não penetrou no muro das prisões, onde julgo que a situação é hoje ainda pior do que era antes da estratégia. Além dos aspectos organizativos que considero importantes em relação ao nosso funcionamento, era também importante ter em conta as áreas em que a estratégia não avançou suficientemente. Eu tenho uma noção diferente da estratégia daquela que passou mais na imprensa, nomeadamente na internacional. A questão da descriminalização é, para mim, uma questão de justiça e não contribuiu para haver mais nem menos toxicodependentes. O que contribuiu para a diminuição do número de toxicodependentes foi a forma como uma rede foi montada e actuou quer nos aspectos da prevenção, quer do tratamento, quer da redução de riscos - também por isso o VIH diminuiu - quer nos aspectos da reinserção social, hoje novamente um parente pobre da nossa estratégia. Para além de uma reflexão sobre os aspectos organizativos, era fundamental uma reflexão sobre estas áreas em que a estratégia não avançou.

Uma associação de consumidores de drogas como a CASO, que pôde ter voz activa neste congresso, pode vir a ser entendida como parceiro de pleno direito, tal como entendemos os restantes parceiros sociais, nos corredores da decisão política em processos de saúde ou será esta ideia uma utopia?



Digo há muitos anos que o que sei sobre as adições não aprendi nos livros. Aprendi com os adictos. Foi a ouvi-los, a compreendê-los, a percebê-los, a reflectir sobre o que diziam que aprendi muito do que sei e, como tal, acredito que pode ser importante ouvir o que terão para nos dizer os consumidores organizados.

Professor Constantino Sakellarides, como autoridade na saúde pública em Portugal, crê que é preciso olhar para o

que o Dr. Nuno Miguel anunciou, como algo que decorra de mais do que um olhar tolerante mas que peça antes um olhar desafiador a quem está na tutela?



Na minha opinião, não precisamos de um plano de saúde mental, nem de um plano para as toxicodependências... Precisamos da estratégia portuguesa do bem-estar, que se situe nas fronteiras entre a doença e a saúde, entre o lícito e o ilícito, entre o estar bem e o estar mal, entre o ser bem ou mal comportado. Para isso, precisamos de uma linguagem comum. Temos que separar essas divisões. Não tenho dúvidas de que existem matérias especializadas e coisas que umas pessoas sabem e outras não mas esse não é o nosso problema, pois temos bons especialistas em todas as áreas. A saúde mental, a toxicodependência e os comportamentos aditivos têm que ser parte de uma estratégia do bem-estar.



Efectivamente, cada vez mais, os problemas interessantes e os grandes desafios estão nas interfaces entre as áreas do conhecimento mas, nas universidades, não estimulamos esse diálogo ao nível das interfaces. Fazemos exactamente o contrário. Formamos pessoas cada vez mais especializadas, o que também é importante, mas quase não existe intenção de promover diálogo entre as várias disciplinas.

Dr. João Goulão, li ontem no Público um artigo escrito por dois técnicos do projecto In-Mouraria, em que defendiam que seria possível e até muito desejável que Portugal fosse mais longe na ruptura com o modelo proibicionista e abrisse a discussão sobre a despenalização das drogas e a regulação dos mercados e à adopção de respostas comprovadamente eficazes como as salas de consumo assistido. Será esta uma meta ainda longínqua?



O quadro legal é, de longe, a área mais visível da estratégia que trabalhámos com a orientação do Alexandre Quintanilha mas, quando o fizemos, tínhamos uma única baliza: deveríamos compaginar-nos com a Convenção das Nações Unidas... Penso que fomos tão longe quanto possível, dentro desse quadro. A questão da descriminalização é, de longe, a área mais conhecida das nossas políticas mas não é a bala de prata... longe disso. Estava em desenvolvimento e continuou a ser desenvolvido após a aprovação da estratégia um conjunto de intervenções na área da prevenção, da redução de danos, do tratamento e da reinserção social, que foram tornadas mais harmoniosas e consequentes pela decisão de descriminalizar os consumos. Depois, o dispositivo encontrado para operacionalizar a descriminalização, descobriu ele próprio potencialidades que estão hoje a ser efectivas. Na prática, funcionam muito como um dispositivo de prevenção indicada, através do qual temos a oportunidade de confrontar as pessoas com o seu uso, de o discutir com profissionais e perceber se esse uso tem ou não impactos importantes nas suas vidas. Não há aqui qualquer compulsão para tratamento mas as pessoas têm, pelo menos, uma oportunidade para reflectirem e discutirem isto. Creio que esta é a grande potencialidade. Penso também que tivemos uma janela de oportunidade na sociedade portuguesa para a aprovação da descriminalização naquele momento. Como sabem, o desenvolvimento dos problemas relacionados com as drogas em Portugal ocorreu de forma diferente relativamente a outros países europeus, sendo transversal a todas as classes so-

ciais e, no momento em que trabalhámos, era difícil encontrar uma família portuguesa que não tivesse problemas com drogas. E isto, apesar de tudo, deu-nos uma oportunidade que não sei se seria hoje possível, uma vez que as coisas voltaram a confinar-se um pouco mais às margens e às minorias. Esta oportunidade foi aproveitada há 15 anos, período que representa muito tempo na vida de cada um de nós mas que, em termos civilizacionais, não é nada. E se na primeira visita que tivemos do órgão internacional de controlo de estupefacientes, que veio a Portugal em 2004 pouco depois da aprovação da descriminalização, fomos quase crucificados por essa decisão, em Dezembro do ano passado, o presidente do órgão internacional de controlo de estupefacientes participou numa sessão connosco em que, no final, apresentou Portugal como um exemplo de boas práticas dentro do quadro das convenções da ONU. Na antecâmara da realização da UNGASS, houve alguns movimentos, oriundos de outras partes do mundo no sentido do "salto" para um novo paradigma. Não já o paradigma proibicionista, no qual ainda nos inserimos, mas para um novo... E essas propostas surgem de partes do mundo onde as drogas matam mais porque as pessoas andam aos tiros umas às outras do que propriamente por via do consumo, nomeadamente da América Latina...

A experiência do Uruguai tem sido estimulante para o SI-CAD?



Acompanhamos com a atenção possível... Ainda existem poucos dados mas penso que será inspiradora para nós e para o espaço europeu, onde também não nos movimentamos completamente sozinhos. Faz sentido que exista um consenso ou um movimento alargado. De todo o modo, não tendo nós actualmente um cenário em que tudo seja perfeito e existem alguns aspectos referidos pelo Dr. Nuno Miguel em que penso que terá razão, acho injusto dizer-se que se perdeu completamente a articulação interministerial. É evidente que existem momentos em que sentimos maiores dificuldades, a questão das dependências em geral não tem a centralidade nem a atenção política que gostaríamos que tivesse... Deixou de ser um problema político. Diria que temos hoje uma política de Estado em que, apesar de algumas flutuações, existe uma continuidade no desenvolvimento destas políticas. E essa estabilidade tem a ver com a percepção da população portuguesa acerca dos resultados obtidos. A redução do número de consumidores problemáticos, as mortes por overdoses, o VIH... com algumas oscilações, têm vindo a evoluir no sentido positivo. Claro que existem novos desafios, nomeadamente outras dependências... Devo dizer que, no primeiro contacto que tivemos com o anterior ministro, que nos perguntou o que gostaríamos que acontecesse com o IDT, afirmamos que gostaríamos de transformar o Instituto da Drogas e da Toxicodependência no Instituto das Dependências. Temos capacidade instalada e um número muito significativo de profissionais bem treinados para lidarem com estes comportamentos, cujo substrato neurobiológico e os mecanismos de recompensa e os que conduzem a que isto se instale acabam por ser semelhantes. Juntando aqui massa crítica proveniente de outras áreas conseguiríamos dar resposta a estes fenómenos... O Sr. Ministro considerou uma boa ideia... Surpreendentemente, é criado um serviço com esta abrangência porque havia também a intenção política de acabar com os institutos públicos tidos como gastadores... Na prática, reconheceremos que não tivemos nenhum ganho em termos de poupança financeira e introduziram-se algumas dificuldades.

Novas perspectivas no tratamento da depressão

Sob a organização da Associação Raia Psiquiátrica, a vila algarvia do Carvoeiro acolheu mais uma reflexão sobre a actual problemática em Psiquiatria e Saúde Mental. As 17.as Jornadas de Saúde Mental do Algarve constituíram o mote para um vasto conjunto de profissionais discutirem saberes e competências entre pares e contando com a presença de figuras nacionais e internacionais, de reconhecido mérito, na área da Saúde Mental. A busca dos pontos cardeais que tornem estes profissionais mais capazes na contínua busca do bem-estar e do encontro com o ser profissional, com aqueles e aquelas que os buscam por vezes com uma Perdida Mente foi um dos propósitos desta realização, intitulada "PerdidaMente".

Dependências participou no evento e, no final, entrevistou Javier de Diego-Adeliño, autor da comunicação Novas Perspectivas no Tratamento da Depressão: - da remissão dos sintomas à recuperação funcional dos doentes com depressão.



Todos sabemos que a depressão representa um grave problema e uma doença severa para a qual não estarão apontadas as devidas atenções... Quem faz, actualmente, o diagnóstico sobre a depressão?

Javier de Diego-Adeliño (JDA) – Antes de mais, há que ter em conta que um grande número de casos é atendido nos cuidados primários, antes de chegar aos especialistas. Por isso, é cada vez mais importante sensibilizar os médicos dos cuidados primários e formá-los adequadamente, porque serão estes que constituirão a porta de entrada dos doentes com depressão. Em Portugal, como em qualquer parte do mundo, os médicos afectos aos cuidados de saúde primários, têm pouco tempo para se encarregarem de tantas coisas e, se tivermos em consideração o facto de a depressão surgir muitas vezes de forma mascarada, apresentando-se sob a forma de queixas de dor, sintomas cognitivos e outros problemas muito distintos, isto exige muita disponibilidade por parte do médi-

co de família. E só quando é possível realizar uma boa entrevista, em que o paciente comunica os demais sintomas, é possível chegar a um diagnóstico mais assertivo. Em meu entender, este é o motivo que justifica uma percentagem tão alta de depressões que não são diagnosticadas e, como tal, sem tratamento. Creio que, neste aspecto, também é muito importante o papel da enfermagem, que assume cada vez mais volume de actividade nos cuidados de saúde primários, pois controlam determinados indicadores e produzem conselhos de saúde em geral. Muitas vezes, é mesmo o enfermeiro que faz um bom despiste e alerta o médico sobre a possível presença de clínica depressiva. Como tal, um trabalho conjunto a este nível é extremamente importante. Algo que nos tem vindo ainda a preocupar, sobretudo devido ao tema do suicídio, é a necessidade de formarmos outros profissionais que têm a possibilidade de intervir, nomeadamente bombeiros, polícias, professores, religiosos, que por vezes são confrontados com pedidos de ajuda por parte de pessoas desesperadas. É muito importante que esta população esteja formada para que se assuma também como uma porta de entrada para a saúde mental. Pretendemos que toda a sociedade esteja sensibilizada para poder identificar a depressão e não banalize determinados sinais, como muitas vezes sucede relativamente à tristeza.

Em que medida poderão determinados sintomas gerar alguma confusão, como o caso que acaba de apontar, o da tristeza, e depois resultar num mau diagnóstico?

JDA – Existe efectivamente um risco, que poderá ser de sobrediagnóstico ou de infra-diagnóstico. Muitas vezes, a pessoa teve uma tarde má ou se sentiu mal durante dois dias devido a um problema e diz sentir-se deprimida. Na verdade, um problema pode desencadear esse quadro emocional reactivo mas a pessoa, ao fim de algum tempo, deverá reagir e encontrar algo positivo e aproveitar o apoio ao seu redor. Quando isso não se verifica, por muito que exista um problema precedente, como o caso típico da morte de um familiar, se sintomas como o isolamento, sofrimento ou a falta de produtividade se estenderem durante demasiadas semanas, aí já poderemos estar perante uma depressão. Tudo depende da intensidade e do tempo...

Em que medida um sintoma como a perda de interesse pelas mais comuns actividades da vida diária geradoras de prazer deverá ser o primeiro a preocupar os profissionais da saúde?

JDA – Como afirmava, a tristeza é uma emoção normal mas quando é desproporcionada e acompanhada por todo um conjunto de sintomas como o desinteresse, pensamentos com conteúdos negativos e pessimistas, reflexões sobre o passado com ideias de culpa e sobre o presente e o futuro com uma perspectiva escura, quando pensamos mais lentamente e nos custa render...

Depressão é muito mais do que tristeza. Diria mesmo que existem alguns subgrupos de pacientes em que a tristeza não é tão óbvia, não a expressam claramente. O adolescente, por exemplo, pode tornar-se mais irritável, assim como o idoso poderá ficar mais nervoso e não se constata tanto a tristeza mas coabita todo aquele conjunto de sintomas que enumerei.

Falava no problema do suicídio... Pensar em suicídio é, na verdade, um sintoma depressivo?

JDA – Possivelmente, quase todos os humanos, em alguma altura da vida, terão um momento em que produzirão alguma reflexão em torno da vida, do final da vida, inclusivamente algum momento explosivo em que não deseja viver porque está em sofrimento intenso. Esta poderá ser uma reacção humana natural e, biologicamente, estamos programados para que a mesma se apague rapidamente na nossa mente. Quando essa ideia persiste, se torna intensa e nos leva a chegar à conclusão de que não existe nada a fazer e apenas resta a morte, estaremos possivelmente perante uma patologia. Nem sempre será uma depressão mas, em 70 por cento dos casos, haverá por trás desta ideia uma depressão. Pode existir também um transtorno provocado pelo álcool ou as duas coisas em simultâneo, pode existir uma esquizofrenia, um transtorno de personalidade... todo um conjunto de patologias que também levam a isso. Na grande maioria corresponderá a uma perturbação de saúde mental.

Existe a ideia de que a depressão é algo que afecta essencialmente adultos mas, actualmente, constata-se que afecta muitos jovens... Existirá alguma explicação para este fenómeno?

JDA – Desde logo, penso que se estará a detectar melhor a depressão e, se é certo que a depressão era uma doença da idade média do paciente, é possível que as mudanças sociais alterem a expressão da depressão. O mais preocupante é o facto de a incidência do suicídio na juventude estar a aumentar de forma significativa, possivelmente porque está a aumentar a incidência da depressão mal diagnosticada e mal tratada. Existe uma percepção errada de que os antidepressivos são perigosos na infância e na adolescência... Evidentemente, tem que haver muito respeito quando se trata uma criança ou adolescente com qualquer tipo de doença mas não tratar uma depressão real diagnosticada numa criança ou num adolescente colocam-no perante um grande risco relativamente ao suicídio.

Por onde deverá passar a prevenção do suicídio?

JDA – A OMS considera quatro estratégias para a prevenção do suicídio. A primeira consiste na limitação do acesso a meios letais. Este tipo de medidas poderá funcionar nalguns casos e durante algum tempo mas o paciente que está doente e pretende suicidar-se, se não o conseguir através de um método, encontrará outro. Como tal, é uma medida mas não suficiente. Outras duas medidas são muito importantes e têm a ver com diagnosticar e aumentar o acesso dos pacientes aos serviços de saúde. Que haja um suporte social porque os problemas sociais agravam o stress e a incidência de transtornos mentais. E também se considera a abordagem do suicídio por parte dos meios de comunicação. Muitas vezes, ou não se fala, por ser um tema tabu, ou se fala de forma muito sensacionalista e totalmente desapropriada. Um bom tratamento do suicídio por parte



dos meios de comunicação social permitirá que a população o considere uma doença e que esteja alerta e que o próprio paciente sinta que pode pedir ajuda.

Na sua comunicação também versou sobre uma certa desmotivação do médico para tratar o doente e, em simultâneo da desmotivação do paciente para o tratamento...

JDA – Evidentemente, o doente não tem culpa da sua doença... Temos que ter em conta que a depressão mina a motivação e destrói a esperança e é natural que muitos pacientes não tenham motivação para a mudança. Por vezes, nem reconhecem que estão doentes e consideram que eles próprios têm culpa de tudo, que não vale a pena porque nada irá mudar... Se, além disso, nós, médicos, não dedicarmos tempo para o que é realmente importante para o paciente, se não formos empáticos, se não o ouvirmos, se nos limitarmos a prescrever um medicamento, certamente não o motivaremos. Não é apenas importante o que damos como tratamento mas igualmente como o damos. É importante transmitir uma mensagem de esperança, de segurança, transmitindo que se trata de uma doença mas que existem possibilidades de tratamento eficazes e adequados ao seu caso particular.

Como entra aqui o papel da família e dos afectos perante um doente depressivo?

JDA – Realmente, a família pode ser um contexto chave. É fundamental que o paciente tenha um ambiente saudável, não problemático, que compreenda que a irritabilidade e algum desleixo são devidos à doença e não à atitude do paciente. O comportamento e o papel da família é efectivamente um factor chave e é muito importante que mantenha a motivação e esperança até que o tratamento surta efeitos.





BRINTELLIX VORTIOXETINA, UMA NOVA ESPERANÇA NO TRATAMENTO

Que importância representa o fármaco que apresentou, a vortioxetina, para o tratamento da doença e a manutenção de melhores condições de vida do paciente?

JDA – É importante que os médicos tenham mais “armas” para tratar os doentes com depressão... Temos bons antidepressivos, que produzem mudanças significativas na doença mas também sabemos que, com o primeiro antidepressivo que adoptemos, haverá 60 por cento que não conseguirão uma recuperação absoluta, uma remissão completa. Quer isto dizer que, com um primeiro tratamento, apenas 40 por cento conseguirá essa recuperação completa. Muitas vezes, requiere-se mais tempo, mais alterações e o facto de termos mais “armas” é uma excelente notícia. Precisamos de aumentar esse grupo de doentes com depressão que recuperem plenamente e que não abandonem o tratamento. A vortioxetina vem em bom momento pois tem um perfil interessante, com propriedades distintas dos antidepressivos tradicionais. Os dados clínicos mostram que, não só restaura o humor deprimido, como recupera algumas das funções cognitivas diminuídas na depressão. Este aspecto é muito importante pois os doentes podem rapidamente recuperar o funcionamento a nível laboral, nas relações sociais e familiares e voltarem a ter prazer nas actividades recreativas e hobbies. A eficácia foi garantida por um vasto programa de investigação clínica, inclusivamente com o uso de referências activas como a venlafaxina, a agomelatina e a duloxetine. A vortioxetina actua por um mecanismo de acção multimodal, que lhe confere um perfil de tolerância muito interessante, pois apresenta menos incidência de alterações de peso ou de disfunção sexual, um dos maiores motivos de abandono do tratamento. Como tal, pode ser

uma solução alternativa importante para ajudarmos os doentes que sofrem de depressão.

A depressão é uma doença curável?

JDA – Houve uma evolução do conceito de depressão. Os eminentes psiquiatras, do início do século passado, viam a depressão como uma doença crónica, devastadora, com recorrências, numa altura em que praticamente não existiam tratamentos. O que existia era a terapia electro compulsiva para os pacientes mais graves e pouco mais. Nos anos 50, começou a revolução da psicofarmacologia e passou a conceber-se a depressão como uma doença facilmente curável. Porém, como em tudo, as coisas vão-se tornando cada vez mais claras e diria que temos hoje uma mistura das duas perspectivas. Diria que temos fármacos que podem fazer muito pelos doentes mas continuamos a ter subgrupos de doentes com depressão resistente, que requerem combinações de vários medicamentos. Para estes doentes mais complexos, temos que procurar alternativas aos próprios fármacos, com estratégias mais invasivas.

Será esta uma resposta farmacológica capaz de devolver esperança às famílias e aos pacientes?

JDA – Mais do que nunca, temos hoje que adoptar um modelo de medicina muito individualizado e a depressão é um claro exemplo dessa necessidade. Ainda não existe uma solução mágica para todos mas, sem dúvida, dispomos da vortioxetina, um novo antidepressivo que faz algo diferente do que tínhamos anteriormente, irá constituir uma grande mais-valia. E sim, a mensagem que temos para as famílias e pacientes é que não percam a esperança porque, mais tarde ou mais cedo, encontramos a forma de melhorar a depressão, incluindo os casos mais graves e complicados.



Percorrendo os trilhos da oferta e da procura...

O Fórum Nacional Álcool e Saúde (FNAS) voltou a reunir os seus membros, no passado dia 28 de Abril, na sua sede habitual, em Loures. A sessão visou apresentar a situação do país em matéria de álcool em 2014, o ponto de situação actual do FNAS no que concerne a membros, acções, metodologias e linhas de acção e para a divulgação da Joint Action on Reduction Alcohol Related Harm (RARHA), cuja próxima sessão se realizará em Portugal em Outubro.

No final do evento, Dependências entrevistou Manuel Cardoso.

MANUEL CARDOSO, SUB-DIRETOR GERAL



Seis anos após a constituição do FNAS, que avaliação faz deste trabalho resultante do envolvimento da sociedade civil em torno de um problema que, finalmente, para ser percebido como de todos?

Manuel Cardoso (MC) – Antes de mais, deixe-me clarificar que, podendo existir um documento que atesta que o FNAS foi criado há seis anos, isso não corresponde propriamente à verdade. Este tipo e momento de discussão, para a construção de um plano nacional, começou a 25 de Junho de 2008... Foi muito complicado na altura sentar à mesma mesa conceitos e posturas tão díspares como as da produção e as da área do tratamento, dos especialistas da área da psicologia e algumas ONG... Não tendo sido muito fácil, foi possível pôr as pessoas a conversar e, hoje, fazem mais do que isso, construindo e trabalhando para a execução do próprio Plano Nacional. Ajudaram-nos a construir e a implementar o primeiro Plano Nacional apenas referente ao álcool, bem como o segundo, agora já com todas as outras áreas. Por outro lado, quando olhamos para um plano de acção e constatamos que a maior parte destas instituições, nomeadamente as da administração pública, até lideram processos, transportando para os seus próprios planos de atividade acções que têm a ver com o Pla-

no Nacional, concluímos que todos estão a construir, mais do que acções, um pensamento comum. Ainda que não unívoco ou uniforme mas que resulte em caminharmos num mesmo sentido, com pontos de chegada muito próximos e comuns.

E como é trabalhar com organizações e pessoas tão diferentes, quer nos objectivos, quer nos interesses, prosseguindo por vezes a união entre objectivos tão antagónicos?

MC – A primeira questão é conseguir encontrar os pontos comuns... E são esses que vão sendo discutidos. É verdade que a tal primeira reunião do Fórum, de 25 de Junho de 2008, foi precedida por várias outras reuniões preliminares, com vários parceiros, para conseguirmos chegar lá e não termos uma batalha campal... A primeira mensagem em que tenho insistido reside no alcance de consensos e de pontos comuns e, por isso, quando definimos metas, definimos metas comuns. Como é público, no primeiro plano não foi tudo linear e houve, num determinado fórum para aprovar um documento final, manifestações contra alguns pontos constantes do documento nos quais algumas entidades não se reviam, não tendo sido fácil trabalhar e chegar ao fim. Mas é evidente que a maior parte das coisas são construídas por consenso e, portanto, penso que temos conseguido encontrar aquilo que nos vai unindo a todos. Em suma, vamos conseguindo reconstruir a nossa cultura. No dia em que a comunidade achar que as coisas devem ter um caminho, os políticos só podem seguir esse caminho.

Na Europa também constatamos esse problema, com diferentes velocidades, conceitos e formas de pensar o problema do álcool... Em que medida poderá essa realidade dificultar a execução dos planos de cada país?

MC – É uma realidade... Absolutamente! De qualquer modo, temos tentado passar o mesmo tipo de mensagem. As coisas são muito difíceis e não é por acaso que andamos desde 2012 a tentar ter uma nova estratégia da União Europeia para a redução dos problemas relacionados com o álcool e não o conseguimos. Alcançámos uma joint action, que até poderá ser continuada, sem que essa estratégia exista... Temos participado em reuniões com o próprio Comissário, que tem manifestado muita vontade, mas as coisas não são fáceis, desde logo porque o presidente da Comissão Europeia tem uma agenda para a intervenção da Comissão, no sentido dos compromissos que assumiu com os Estados Membros, que no momento que a Europa atravessa, é muito mais ditada pela economia e finanças. A componente mais social fica assim comprometida. Por isso trabalhamos para os policy makers, tentando fazê-los perceber que existem prejuízos que não têm retorno e que são preveníveis. Ao conseguir trabalhar isso, sendo evidente que existem sempre interesses específicos e até em pessoais diferentes, será sempre possível encontrarmos sinergias.



Falou da necessidade de um questionário uniforme para termos uma perceção mais equilibrada do fenómeno. Até nisto existem diferenças europeias?

MC – Claro. Se perguntar a um inglês quantas “bebidas padrão” consome numa noite e ele lhe responder que são cinco, estará a informá-lo que consome cerca de 40 gramas de álcool puro, nessa noite. Se perguntar a um português, ele estará a dizer-lhe que consome 50 gramas. Se perguntar a europeus de outras nacionalidades poderá significar 60 ou mesmo 80 gramas de álcool puro, para as mesmas cinco bebidas padrão. As respostas não seriam por isso comparáveis. Se em vez de perguntar por bebida padrão, perguntar quantos “copos”, estará novamente perante uma disparidade, uma vez que, por exemplo na Alemanha, o copo de cerveja tem 400 ou 500 ml, enquanto os nossos têm 200... Portanto, se o português disser que bebe um e o alemão disser o mesmo estaremos a falar de coisas completamente diferentes. Mas existem outras variáveis que implicam imensas dificuldades. Quando falamos, por exemplo, dos conceitos de “consumo moderado”, “consumo de baixo risco” ou de “binge drinking”, estamos quase sempre a falar de coisas diferentes. O questionário foi previamente testado em vários países, para identificar os termos e expressões que podem ser usadas para que a pergunta tenha exactamente o mesmo significado, independentemente da cultura. Aí sim, a resposta poderá ser comparada porque estamos a perguntar o mesmo em cada um dos sítios. Isto para não dizer que os questionários poderão ser completamente diferentes, quer em termos de estrutura, quer em termos de variáveis a avaliar. Poderei estar interessado no consumo de cada um em termos de prevalência ou de consequências. Quando da apresentação de resultados a própria definição de “grupo etário”, pode ser completamente diferente.

Considera que o sucesso alcançado pelo modelo português relativamente às drogas ilícitas tem sido replicado no caso do álcool?

MC – É sempre muito complicado estabelecer uma comparação entre esses domínios, até porque estamos a falar de conteúdos legais, no caso do álcool. O trabalho que estamos a fazer, que outros países começaram de maneira diferente, é, baseado numa intervenção integrada e numa abordagem balanceada entre a oferta e a procura, como fizemos realmente para as ilícitas, e que nos parece ser o mais sensato. E é algo que a Europa não tem visado. Apesar de ter-

mos desenvolvido um grande esforço nesse sentido, não conseguimos passar essa mensagem, de uma abordagem equilibrada entre a oferta e a procura, na produção de um documento prévio à preparação de uma nova estratégia para a redução dos problemas ligados ao álcool para a EU. Pelo facto de ser uma abordagem seguida na estratégia europeia contra as drogas, houve Estados Membros que a consideraram essa abordagem como inaceitável. Como sabem, participei no grupo piloto da preparação do plano de acção Europa/OMS e também tentei “vender” essa ideia e não consegui e, por isso, se seguiu, à risca, a estratégia global da OMS, que tem conteúdos claramente da área da oferta e conteúdos da área da procura, embora não apresentados sob esta forma. Penso que, em termos europeus, seria positivo conseguirmos fazer esta abordagem de maneira clara. Sei que existem muitos estudos, considerados como evidência científica, que relatam que muitas ações, na área da oferta, são absolutamente eficazes mas, se não forem acompanhados por uma abordagem complementar na área da procura os resultados acabam por ser reduzidos. O cidadão, enquanto consumidor, na aceção mais comercial do termo, tem que estar no centro da intervenção. Os problemas ligados ao uso nocivo do álcool são, de acordo com a OMS, o terceiro fator de risco de morte e doença, na Europa. Os problemas ligados ao consumo de substâncias ilícitas são o 19º fator de risco. Se uma abordagem balanceada entre a oferta e a procura resultou para os problemas ligados ao consumo de substâncias ilícitas é legítimo pensar que poderá resultar no mesmo sucesso se aplicado aos problemas ligados ao uso nocivo do álcool.

Em Outubro, teremos novamente uma reunião da RARHA em Portugal... O que poderá adiantar sobre a preparação desse evento?

MC – Em termos internacionais, conseguiremos ter mais de 150 peritos dos vários países e é nosso objectivo contarmos com igual número de profissionais portugueses. Em cima da mesa estarão os resultados da Acção Comum e confesso que a minha convicção é que as equipas trabalharam de forma fantástica, obtendo resultados muito interessantes. Também aqui se constata um trabalho de aproximação num caminho percorrido em conjunto. Por último, estamos à espera da confirmação da presença do Comissário Europeu no encerramento, dando algumas boas notícias, quem sabe uma nova Joint Action (RARHA II?)...



Especialistas advertem para a necessidade de administração de medicação nas unidades móveis:

Diagnóstico e tratamento do VHC: agora ou nunca

Embora não existam números oficiais obtidos a partir de métodos de estudo com base científica, as estimativas aparentemente mais realistas apontam para a existência de cerca de 70 mil portugueses infectados pelo VHC. Desde que, no ano passado, o governo português celebrou o acordo com a indústria farmacêutica, que permitiu até à data curar 2050 doentes, estando outros 9100 em tratamento com recurso às novas terapêuticas disponibilizadas no país. No entanto, vários especialistas contactados por Dependências alertam para o facto de estes serem utentes que vinham a ser seguidos nos hospitais ou que haviam desistido há uns anos face à ineficácia dos tratamentos anteriores e que, ao saberem da existência dos novos fármacos, voltaram a contactar o sistema. O que significa que existe uma larga franja da sociedade por diagnosticar, particularmente em populações de risco como os toxicodependentes. Na verdade, entre o final dos anos 70, toda a década de 80 e parte de 90, foram vários os milhares de portugueses que experimentaram drogas por via injectável e, sabendo-se que esta infecção se mantém assintomática por vários anos, o horizonte temporal decorrido desde então poderá indiciar que essas pessoas estarão em situação de particular risco para o desenvolvimento de cirrose ou carcinoma hepático. Por outro lado, os actuais toxicodependentes de rua, tradicionalmente, não se deslocam aos serviços convencionais de saúde, pelo que se impõe a implementação de estratégias de aproximação a estas populações. Há mais de um ano no papel e sem que se vislumbre tão cedo a sua implementação, o suposto plano nacional para as hepatites poderia constituir uma ferramenta facilitadora da necessária articulação entre os diversos serviços de saúde. Existem já algumas acções no terreno que atestam a eficácia da implementação de estratégias de proximidade, como o projecto de investigação intitulado “Caracterização da hepatite C em frequentadores de um Programa de Substituição de Baixo Limiar de Exigência”, que obteve um financiamento de 30 mil euros do Programa Gilead GÉNESE. A candidatura resultou de uma parceria multidisciplinar entre o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (Instituto Ricardo Jorge), a Associação de Recuperação de Toxicodependentes Ares do Pinhal e o Centro Hospitalar Lisboa Central - Hospital dos Capuchos. O “Programa de Substituição em Baixo Limiar de Exigência” na cidade de Lisboa é da responsabilidade da Ares do Pinhal, uma Instituição Particular de Solidariedade Social apoiada pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) do Ministério da Saúde e pela Câmara Municipal de Lisboa e elege como objectivos apoiar toxicodependentes, contribuir para a redução do consumo de heroína e de outras substâncias psicoactivas e instituir medidas para redução de risco e minimização de danos à Saúde.

Este estudo foi desenvolvido nesta população alvo, que é vulnerável a risco de infecção pelo vírus da hepatite C e que não se encontra inserida em programas convencionais de medicina especializada. A participação no projecto - que é voluntária e esclarecida - conduzirá à obtenção de dados sobre o estado de saúde em relação à hepatite C, a nível individual, sendo a avaliação clínica apoiada por médicos especializados do Hospital dos Capuchos. Na prática, as unidades móveis da Associação Ares do Pinhal levavam até aos seus utentes a possibilidade de realizarem um fibroscan ao fígado, um teste que se realiza em menos de cinco minutos, evitando que os mesmos tenham que deslocar-se ao hospital. No entanto, faltará agora a possibilidade de a medicação ser disponibilizada nessas mesmas unidades móveis aos utentes diagnosticados com Hepatite C.

Elizabeth Pádua, investigadora principal do projecto e colaboradora do Instituto Ricardo Jorge, explica que o financiamento pelo Programa Gilead GÉNESE “pode fazer toda a diferença para os participantes no estudo, agora nesta nova era do tratamento da hepatite C”. Na verdade, para além de conduzir a um maior conhecimento sobre a infecção e doença da hepatite C em termos de saúde pública, “são objectivos também do projecto, beneficiar directamente os participantes, quer pela educação para a saúde sobre hepatite C, quer pela identificação de casos de doença crónica e seu efectivo encaminhamento para os serviços de saúde especializados”, refere a investigadora.

O projecto teve a duração de um ano, estando em fase de tratamento e análise dos dados obtidos. Entre os elementos que constituem a equipa de trabalho, destacam-se Elizabeth Pádua e Helena Cortes Martins, ambas do Departamento de Doenças Infecciosas do Instituto Ricardo Jorge, o psiquiatra Rodrigo Sousa Coutinho, da Ares do Pinhal, Mário Jorge Silva e Filipe Calinas, do Serviço de Gastroenterologia do Hospital dos Capuchos.

Outro exemplo recente é a disponibilidade das equipas técnicas do DICAD da ARS Norte e do Professor Guilherme Macedo do Hospital de São João, no Porto, para avaliar a situação das pessoas com hepatite C na rede de serviços de ambulatório, com o intuito de identificar constrangimentos e melhorar a identificação de utentes infetados, de os diagnosticar precocemente e promover o seu tratamento integrado. Esta é uma iniciativa para promover o acesso de pessoas com hepatite C e Comportamentos Aditivos e Dependências aos antiviricos de ação direta em condições de equidade com a restante população, evitando que aqueles utentes constituam um reservatório da hepatite C, com preocupante prejuízo da saúde individual e da saúde pública.

Dependências auscultou um conjunto de profissionais envolvidos nesta temática: António Parente, porta-voz da Plataforma Hepatite C, Rodrigo Coutinho, da Associação Ares do Pinhal e Filipe Calinas, médico do Serviço de Gastroenterologia do Hospital dos Capuchos.



ANTÓNIO PARENTE, MEMBRO DO GAT E PORTA-VOZ DA PLATAFORMA HEPATITE C

Depois de tratados 2050 utentes e, numa altura em que outros 9100 estão em tratamento, afigura-se um novo desafio, o de tratar aqueles que não estão em

seguimento nos hospitais. Que estratégias deverão ser adoptadas para que também esses cheguem ao sistema?

António Parente (AP) – É importante definir como vamos chegar a essas pessoas. É o que está a tentar fazer-se com o novo plano das hepatites e, embora saibamos que não poderemos referenciar todas as pessoas, terão que existir targets. E cabe-nos, enquanto Plataforma, produzir sugestões. Vamos à procura daqueles toxicodependentes dos anos 90? De algumas pessoas que vieram de África, onde a prevalência da Hepatite C também é significativa? Como chegamos às trabalhadoras do sexo? Como chegamos aos migrantes? São questões que levantamos e pretendemos levar às pessoas que têm responsabilidades políticas na definição desta estratégia para definirmos onde e como queremos chegar... De facto, estas 13 mil pessoas que estão previstas tratar-se constituem apenas o topo da pirâmide... Quando se fala em 100 mil, onde estão as outras? Como chegamos aos mesmos?

Por outro lado, num dos grupos de risco, os toxicodependentes de rua, muitos dos utentes, ainda que diagnosticados, não têm capacidade para chegarem às estruturas onde o medicamento é facultado. Em que medida seria pragmático oferecer esse tratamento nas unidades móveis que já contactam diariamente com esses utentes?

AP – É verdade! Temos essa sugestão, que constitui um exemplo de boas práticas. Basta constataremos o que se fez em relação à tuberculose, em que a eficácia do tratamento por parte desses utentes das unidades móveis é de 100 por cento. São pessoas que não se deslocam aos centros de saúde mas fazem diariamente as tomas de metadona. Se muitos deles tomam os medicamentos para a tuberculose, com resultados de 100 por cento, por que não se aplica a mesma estratégia relativamente à hepatite C?

Haverá por parte do Estado português disponibilidade financeira para assumir este encargo?

AP – É uma questão fulcral... Preocupa-nos o facto de o ministro ter dito recentemente que houve um aumento de 250 milhões do défice devido aos novos medicamentos para a hepatite C. E preocupa-nos particularmente quando sabemos que, no final deste ano, acaba o acordo para se tratarem os 13 mil. Temos que chegar a um acordo na negociação do medicamento. Na primeira cimeira europeia em que se fala em erradicação da hepatite C não há uma única palavra sobre a compra do medicamento... Sabemos que o preço a que chegámos na negociação só foi possível porque a farmacêutica vendeu milhares nos EUA, no Egipto e já

tinha negócios feitos na Europa. De outra forma, não conseguiríamos tratar as pessoas...

E por que não comprará a Europa em conjunto?

AP – Lamento que, naquele manifesto, não haja uma única palavra sobre a possibilidade de haver uma central de compras que permita baixar o preço do medicamento. Portugal é uma gota de água neste universo...

Entretanto, já estão a ser diagnosticados utentes em unidades móveis, como sucedeu ao abrigo do estudo produzido em conjunto pela Associação Ares do Pinhal, o Hospital dos Capuchos e o Instituto Ricardo Jorge, em que é possível constatar que, em mais de 900 utentes, cerca de 65 por cento são portadores do vírus... O que estará a acontecer a essas pessoas após o diagnóstico?

AP – São diagnosticadas e muito dificilmente são tratadas porque, além da incapacidade para se dirigirem ao SNS, deparam-se com dificuldades ao nível da referenciação. Actualmente, pegamos no telefone, ligamos ao médico, informamos que temos aqui uma pessoa e o médico faz o jeito e mete lá a pessoa... Agora, estão a optar por outra estratégia, que consiste em encaminhar o utente para o médico de família. Dirigem-se ao médico de família, são identificados e o médico faz uma carta... Tenho dezenas de casos de pessoas que estão um ano à espera. As pessoas desmotivam-se. Sabemos que têm hepatite, sabem que se morre mais de hepatite C do que de VIH e não existe uma resposta. Existe um decreto-lei que determina que os hospitais têm que dar resposta em sete dias mas, infelizmente, o mesmo não está ainda operacionalizado. Quando estiver, será evidentemente mais fácil para as entidades que têm relações com o SNS referenciarem para os hospitais e, em tempo útil, terem uma resposta para o utente em sete dias. Estou em crer que, com este novo governo, surja outra abertura.





RODRIGO COUTINHO, ASSOCIAÇÃO ARES DO PINHAL

**Em que consistiu o estudo
Caracterização da hepatite
C em frequentadores de um
Programa de Substituição
de Baixo Limiar de Exigên-
cia?**

Rodrigo Coutinho (RC) –
O estudo ainda está a decor-
rer mas já temos resultados

preliminares sobre a nossa população do programa de baixo limiar de Lisboa, onde foram rastreadas nas nossas unidades móveis cerca de 900 pessoas. Dessas, 70 por cento tinham o anticorpo VHC positivo passaram à fase seguinte, que visava identificar se tinham hepatite activa. Ou seja, existem pessoas que têm o anticorpo VHC positivo mas cujo vírus já desapareceu. Na nossa população, em que o rastreio é aleatório e a que todos são submetidos, cerca de 30 por cento dos utentes que têm o anticorpo VHC positivo negativaram para o vírus, ou seja, o vírus já não está activo. No seio desta população, detectámos 450 utentes com hepatite C activa. Destes 450 que ficámos com o diagnóstico confirmado de hepatite C activa, fizemos um fibroscan nas unidades móveis para caracterizar o grau de fibrose hepática e, a partir desses exames, tivemos uma percentagem superior a 10 por cento que já estavam num estágio de cirrose e muitos já a correrem risco de morte. Esses foram logo vistos pelos especialistas de Hepatologia nas unidades móveis e imediatamente referenciados para as consultas de especialidade mas, apesar de todos os nossos esforços para os encaminharmos para os serviços, não vão aos serviços mesmo que tenham consultas marcadas.

Há quanto tempo foram esses utentes diagnosticados?

RC – Os resultados saíram há dois meses.

**Existe algum protocolo que estabeleça a prática da des-
locação dos hepatologistas às unidades móveis da Asso-
ciação Ares do Pinhal?**

RC – Sim, existe um protocolo. Isto faz parte de um estudo em que existe uma parceria entre a Associação Ares do Pinhal, o Instituto Nacional Ricardo Jorge, que faz as análises e a consulta de

Gastrenterologia do Hospital dos Capuchos, que faz os exames e desloca profissionais às unidades móveis.

**Que solução poderá ser implementada para que esses
doentes sejam tratados?**

RC – A solução tem que passar administração da medicação nas unidades móveis. Como afirmei, mesmo em estádios graves de doença, estes utentes não vão aos serviços de referência. Existem estes com cirrose já marcada mas também outros que para lá caminham rapidamente e que precisam de ser rapidamente tratados. E só vemos uma hipótese de haver um tratamento efectivo e abrangente desta população que passa por administrarmos os medicamentos necessários nas unidades móveis. Ai, teremos a certeza de que a adesão iria ser de 100 por cento, até porque temos o exemplo do que sucede relativamente aos medicamentos tuberculostáticos, em que fazemos a toma de observação directa aos utentes. Nesse caso, a adesão é de 95 por cento e, no caso do VHC seria ainda maior uma vez que o tratamento é mais simples e menos prolongado.

Conhece outras práticas semelhantes no país?

RC – Não conheço...

Provavelmente, esses utentes estarão subdiagnosticados...

RC – Muito provavelmente.

Já foram ouvidos pelos decisores políticos?

RC – Não mas também ainda não encetámos contactos, uma vez que ainda estamos a tentar consolidar melhor os resultados para depois podermos apresentar essa solução.

**Quanto tempo poderá mediar entre o estágio de cirrose
até à fibrose?**

RC – É muito variável... Pessoas que consumam álcool, por exemplo, terão uma aceleração muito significativa, assim como aquelas que tenham comportamentos muito desorganizados. Um dos objectivos do estudo consiste em perceber como se procedeu a contaminação bem como os factores que concorreram para a evolução da doença. De qualquer forma, em consumidores de álcool essa evolução pode acontecer em poucos anos e, numa janela de dez anos estarão certamente todos com cirrose.





FILIPE CALINAS, SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA DO HOSPITAL DOS CAPUCHOS

Filipe Calinas (FC) – Esta participação do grupo que dirijo no Hospital dos Capuchos junto do PSOBLE de Lisboa, que decorre na dependência da Associação Ares do Pinhal, está integra-

da num estudo e, como tal, não existe já a intenção de a mesma resultar numa prática clínica. Este estudo, que também envolve o Instituto Nacional Ricardo Jorge, elege como primeiro objectivo avaliar as barreiras que condicionam o acesso aos cuidados de saúde destes indivíduos que frequentam estes programas. Depois, perceber a prevalência da infecção pelo vírus da hepatite C nesta população e, a par, perceber a gravidade da doença nos mesmos. Não possuindo para já dados concretos, tenho a percepção de que existe um desconhecimento destas pessoas em relação à problemática da sua doença e de outros factores que ultrapassam a própria doença, nomeadamente problemas sociais e culturais que estão acima da sua preocupação com a doença. Como se sabe, a hepatite C só dá sintomas em caso de doença avançada e, portanto, sentindo-se bem, estas pessoas não sentem a necessidade de terem cuidados médicos. Depois, apesar de morarem em Lisboa, continuam a subsistir para estes indivíduos algumas dificuldades sociais, nomeadamente de dinheiro para se deslocarem aos hospitais ou barreiras que têm a ver com a dificuldade de marcação de consultas nos hospitais e tempo de espera para a realização das mesmas, todo um conjunto de análises que é necessário realizar... Estamos a falar de indivíduos que, por razões culturais e sociais, não estão muito dispostos a correrem todos estes trâmites necessários. Como tal, percebemos que a única forma para conseguirmos erradicar ou, pelo menos, tratar todos os indivíduos não passa por estarmos à sua espera nos hospitais mas antes por irmos ao encontro de algumas camadas sociais, aos sítios onde estão, às prisões, às equipas de tratamento das dependências e também, necessariamente, aos que estão em programas de substituição opiácea em unidades móveis de todo o país. As terapêuticas presentemente disponíveis já facilitam que isso possa ser feito “na rua”.

O que será preciso para que tal seja efectivado?

FC – Para que isso seja efectivado, é necessário entrar na rotina, ser entendido pelas autoridades competentes como possível, necessariamente estes utentes têm que ser acompanhados por médicos com conhecimento no manejo das interacções medicamentosas, do cumprimento da medicação e do manejo das reacções adversas. Ou seja, é preciso que o médico esteja junto deles. O estudo que temos vindo a realizar permite concluir que é possível estudá-los e ver a gravidade da doença na rua, nas carrinhas, com fibroscan, fazendo chegar os meios, colhendo o sangue nas unidades móveis e realizando as análises. O passo seguinte consistirá em fazer-lhes a administração e a vigilância também, se necessário, nas carrinhas.

E haverá disponibilidade financeira para o efeito?

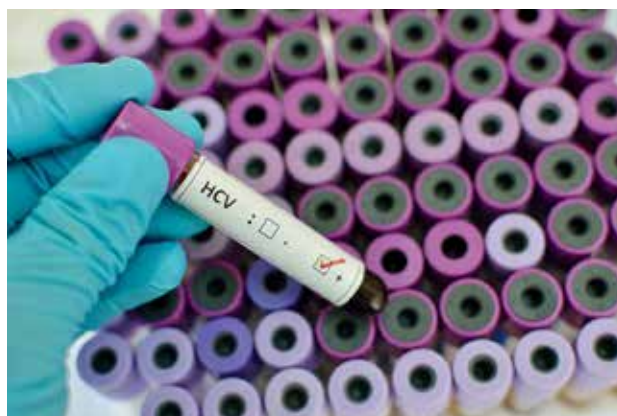
FC – Creio que não se trata de uma questão de disponibilidade financeira porque isto não envolve mais custos.

Refiro-me à questão do medicamento...

FC – Mas este tipo de acção envolve muito menos custos do que se estes indivíduos forem seguidos no hospital. O ministério da saúde terá que estar sempre disponível para tratar, até porque isto faz parte de um suposto plano de erradicação ou, pelo menos, de controlo da infecção que elege como prioridade os indivíduos que permanecem em risco de transmissão da doença a outros. Este é um grupo prioritário porque, sendo verdade que integra um programa de substituição opiácea, também pode continuar a injectar e que, para além do seu problema individual de saúde, também pode transmitir a sua infecção a outros. É estranho que, sendo um grupo prioritário, estejamos à espera que possam, por si só, chegar aos hospitais. A dificuldade passa pela articulação das entidades que supervisionam ou têm responsabilidades, uma vez que estão sob a dependência de diversos órgãos. Os médicos fazem parte de alguns hospitais, respondem perante as suas administrações e têm horários a cumprir, o SICAD tem uma boa participação nestes programas de rua e é interveniente nomeadamente na parceria com a Associação Ares do Pinhal, que respondeu a um concurso público para providir estes cuidados... Agora, como se articula esta relação entre ARS, SICAD, hospitais... Estamos perante organismos diferentes, dependentes de estruturas dirigentes diferentes que é preciso pôr em consonância para poderem trabalhar em conjunto. Portanto, penso que mais do que pensar nos custos, urge reunir vontades a um nível superior.

Essa reunião de vontades sairia facilitada se o plano nacional para as hepatites passasse finalmente do papel à prática?

FC – Obviamente que sim. O plano, que se aguarda há um ano e meio, tem que reservar algum espaço para estes indivíduos. Qualquer plano que se pretenda para a hepatite C tem que ir ao encontro da identificação dos indivíduos infectados e do seu tratamento. Não há tratamento se não houver essa identificação e a identificação passa pelo reconhecimento da infecção nestes indivíduos que estão mais afastados dos centros de referência do tratamento. Portanto, o plano tem que ter algum lugar para o aumento do rastreio e para o estudo da gravidade dos doentes e para o seu tratamento. Uma vez que este plano se situa ao nível da Direcção Geral da Saúde, aí temos um órgão que pode ser relevante



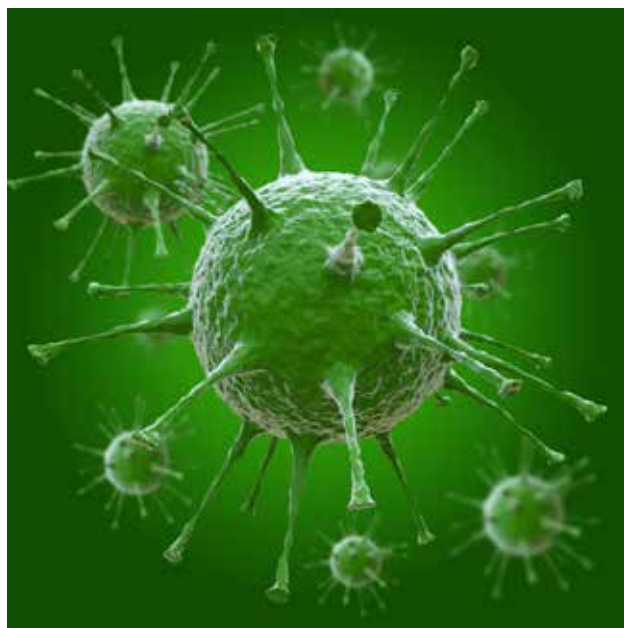
no iniciar de directrizes que ponham todos estes intervenientes a trabalhar em conjunto.

Os últimos dados dizem-nos que foram tratados 2050 utentes e que estarão outros 9100 em tratamento... Mas estes serão indivíduos que já estavam a ser seguidos pelos hospitais...

FC – Há de tudo... São essencialmente indivíduos que estavam nos hospitais mas também demos conta que, para além daqueles que tínhamos seguimento, voltaram aos nossos hospitais muitos doentes que se tinham afastado dos mesmos. Eram indivíduos que, pro ausência de solução, se tinham afastado mas que, sabendo o que se estava a passar, regressaram após cinco, seis, sete ou mais anos. Desde que se começou a falar mais insistentemente em hepatite C e na eficácia das novas terapêuticas tem havido um acréscimo do regresso que casos que já não estavam activos nos hospitais. Creio que o número de doentes nos hospitais continuará a aumentar, estando longe de se extinguir a quantidade dos que nos procuram, o ritmo tenderá a diminuir nalgumas zonas do país mas, nos grandes centros, onde haverá maior prevalência de infecção, iremos ter muitos novos casos nos próximos anos.

De que universo de doentes estaremos a falar em Portugal?

FC – É sempre a velha pergunta... Temos trabalhado com valores especulativos, são estimativas que apontavam para valores na ordem dos 120 mil infectados mas, desde há muitos anos que defendo um número de 80 mil. Os números iniciais situavam-se numa prevalência de 1,5 por cento mas nenhum estudo mostrou valores que nos permitisse estimá-lo. Os mais conservadores apontam para 40 a 50 mil infectados mas sabemos que entre os anos 80 e 90 e até ao início do ano 2000 a prevalência de toxicodependência foi muito elevada, sendo que números do SICAD de 2007 estimam que 1 por cento da população teve contacto com drogas injectadas, havendo mais de 100 mil consumidores problemáticos. Portanto, se nos basearmos apenas nos números que contam do SICAD, estaremos a ver uma pequena parte, que são os que procuram os cuidados. Muitos outros infectados nessas décadas nunca tiveram contactos e, de diversas formas, abandonaram os consumos e estavam infectados. Sinto que existe uma parte do iceberg muito significativa de indivíduos que tiveram contacto com drogas durante esses anos cuja história de vida se mo-



dificou completamente, que já nem se recordam que usaram drogas, que já nem estão registados no SICAD e devem ser testados. Em síntese, não existe nenhum número que possa ser certo. Creio que se apontarmos para um número entre os 50 e os 80 mil será razoável.

Dentro de quanto tempo poderão essas pessoas vir a desenvolver um carcinoma?

FC – Porque foram infectadas há mais anos, estão em risco de, 30 anos depois, poderem vir a ter uma significativa proporção de cirrose e carcinoma. Ao fim de 30 anos de infecção, estimamos que 30 por cento tenham cirrose e a probabilidade de carcinoma é ligeiramente inferior a 5 por cento em cada ano mas vai aumentando a cada ano de infecção. E há aqui um factor muito importante: quer a rapidez com que a cirrose se instala, quer o tempo que demora a instalar-se tem muito a ver com o consumo de álcool. Se retirássemos o consumo excessivo de álcool da equação reduziríamos muito o problema. Somos um país de grande consumo de álcool e podemos dizer que metade dos doentes com doença grave associada ao vírus da hepatite C também têm consumo de álcool excessivo e, nalguns deles, este consumo seria o suficiente para terem cirrose.



Especialistas pedem estratégia e planeamento faseado para a hepatite C

A cidade do Porto foi a escolhida pela Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado (APEF) para a realização do Congresso Português de Hepatologia 2016.

O evento decorreu entre os dias 28 e 30 de Abril, reunindo especialistas nacionais e internacionais e promovendo a participação activa dos clínicos em formação.

Promover a discussão do estado da arte na área do doente crítico, do carcinoma hepatocelular, da hipertensão portal e das novas técnicas em hepatologia foram os objectivos definidos pela organização.

A hepatologia está em constante desenvolvimento e, nesse sentido, foi promovido um Curso Pós-Graduado "Novos Conceitos / Novas Terapêuticas em Hepatologia", abordando o fígado gordo, a colangite biliar primária, a fibrose hepática e a hepatite C, nomeadamente os doentes mais difíceis de tratar. Combinou-se, desta forma, o ensino, a investigação e a sua extensão à prática clínica, fornecendo um evidente aumento da sinergia desta rede e indo ao encontro de todos os que desejam uma discussão e interacção potenciadas.

Julia Wendon, Garcia-Pagan, Richard Moreau, Thierry Gustot e Jurgen K. Rockstroh entre outros palestrantes de renome internacional e nacional marcaram presença no evento, tal como Dependências, que entrevistou Isabel Pedroto, presidente da APEF.



ISABEL PEDROTO, PRESIDENTE DA APEF

Na sessão de abertura, versou uma questão de particular importância relativamente à hepatite C e que se prende com a necessidade de apostar na prevenção...

Isabel Pedroto (IP) – O problema da hepatite C é prevenir, é diagnosticar, é tratar... É todo um percurso. Obviamente, o acesso à terapêutica

foi excelente, como o é tratarmos milhares de doentes mas não podemos olhar apenas para a terapêutica. Temos agora que parar, reflectir, tratar todos os doentes mas identifica-los e saber onde estão. Porque este é um problema de saúde pública. Não é só um problema de terapêutica.

Levantou também outras problemáticas com evidente importância relativamente à intervenção em diferentes contextos: a toxicodependência e as prisões...





IP – Sabemos que são populações de risco para hepatite C, que têm uma prevalência muito superior à da população em geral. Temos que começar obviamente pela toxicodependência, pelas populações de alto risco. E levantei esse problema porque, sendo óbvio que temos que tratar esses doentes, corremos o risco de reinfectarem. Ou seja, tratar esses doentes não é só dar-lhes o tratamento. É dar-lhes outros apoios em continuum. Apoios sociais, da parte da psicologia, da desintoxicação... Ou seja, um apoio concertado. Porquê o problema das prisões? Porque sabemos que estão lá muitos toxicodependentes e existe um risco acrescido de hepatite C, que até é maior nas mulheres do que nos homens, contrariamente à população toxicodependente em geral e porque estas drogas nos permitem, num curto espaço de tempo, de oito a 12 semanas, curar a hepatite C de uma forma extremamente fácil. Conseguimos curá-los enquanto estão lá mas também num continuum de tratamento.

E quanto aos nossos ex-militares dos anos 70... Tem havido preocupação em diagnosticá-los?

IP – Penso que, pelo menos uma vez na vida, toda a gente devia fazer o teste da hepatite C. Isso já foi feito até pela SOS Hepatites, que realizou um rastreio e o número a que chegaram foi claramente inferior ao expectável. De qualquer forma, reitero que uma vez na vida toda a gente devia fazer. O que está indicado é que devem fazer os que nasceram entre 1945 e 1965, os chamados baby boomers, como fazem os americanos. Temos que começar por algum lado mas, para isso, é preciso haver uma estratégia faseada e planeamento.

Diz que é preciso fazer... por que não fazem?

IP – Sozinhos não conseguimos. Temos que ser participantes activos e não podemos estar à espera que façam por nós. Estas têm que ser tarefas realizadas em conjunto, de forma sincronizada. Como afirmou o representante da ARS Norte, existe um claro interesse em desenvolver um modelo no Norte, um modelo regional e nós estamos obviamente abertos a isso, como temos criado outros modelos, como o da Urgência Regional.

Médicos e enfermeiros juntos é quase um caso ímpar no país... A que se deverá?

IP – É fundamental! Os enfermeiros fazem parte dos cuidados de saúde. Eu não trabalho sem o enfermeiro e este não trabalha sem o médico. Todos temos o nosso papel na terapêutica do doente. O enfermeiro tem um papel fundamental na adesão à terapêutica. Nós não somos capazes nem temos recursos para fazer tudo, nem sequer temos que fazer tudo. Eu trabalho com enfermeiros que, de facto, me fazem metade da consulta, aquando da consulta de enfermagem. O papel do enfermeiro é fundamental, apesar de em Portugal ser muito subestimado. No nosso caso, isso não se verifica.

O que destacaria na realização deste congresso?

IP – Neste congresso, destacaria em particular a participação de muita gente jovem, o que é bom. Queremos ter bons hepatologistas no futuro. Destacaria o grande entusiasmo, a grande participação e o elevado número de trabalhos que apresentaram ao congresso. Isso deixa-nos muito satisfeitos. Investimos muito na organização mas estamos satisfeitos.



O que sabes sobre as dependências



O que sabemos sobre as dependências? Foi o mote para uma tertúlia que juntou no espaço Atmosfera M do Porto, alunos familiares e amigos, para trocar ideias sobre as dependências e suas consequências...o “negócio” da droga, das armas, do tráfico de seres humanos, e toda a cadeia de interesses, mereceu uma atenção especial, até pelo facto de se realizar no mesmo dia em que a delegação portuguesa chefiada pelo Secretário de Estado Adjunto e da Saúde discursava nas Nações Unidas e apresentava o “Modelo Português” a todos os parceiros do mundo.

Organizado pela RUTIS – Rede de Universidades da Terceira Idade e a Associação Mutualista Montepio que desde Setembro de 2014 iniciou um conjunto de acções de formação envolvendo mais de 186 alunos “maduros” nas mais diversas disciplinas das áreas sociais e das humanidades. Todos os meses são convidados a participar numa tertúlia sobre temas e situações fracturantes

Apesar do crime transnacional que envolve o negócio da droga é necessário entender e abordar a dependência como uma condição crônica de saúde a qual, requer tratamento e cuidados sustentados a longo prazo.

abordados nas aulas...Desta vez foram as dependências com e sem substância o motivo da discussão, mas não só. Falou-se das dependências, do modelo português, da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga, da segurança das pessoas, do consumo, do crime e dos problemas associados à droga, como o tráfico de armas, branqueamento de capitais, sociedades ilegais dirigidas por associações criminosas num negócio mundial de colarinho branco...Foi um debate aceso, porque pela primeira vez, a droga foi o tema dos conflitos armados, e da guerra no Afeganistão, um país destruído e em ruínas, em que a papoila é a grande ou quase única fonte de sobrevivência, onde operam mais de 150 grandes grupos que organizam todo o tráfico de drogas para a Rússia, e que conta com cerca de 1.900 gangues, com mais de 20.000 membros activos ligados ao crime organizado.

Sérgio Oliveira, destacou que a prevalência do uso de drogas no mundo permanece estável. Cerca de 246 milhões de pessoas, ou um pouco mais de 5% da população mundial entre 15 e 64 anos de idade, usaram drogas ilícitas em 2013. Destes 27 milhões são consumidores de drogas problemáticos, e metade consomem de forma injetável.

Apesar do crime transnacional que envolve o negócio da droga é necessário entender e abordar a dependência como uma condição crônica de saúde a qual, requer tratamento e cuidados sustentados a longo prazo.

E por isso é importante falar dos riscos das drogas legais e ilegais, do abuso de drogas sem receita médica, do álcool das drogas recreativas, dos opiáceos dos alucinogénios e naturalmente da cannabis e dos efeitos e consequências para a saúde, e nunca situar a questão numa ou noutra substância em particular.

Finalmente os tertulianos entenderam por bem, referenciar a importância e a participação da sociedade civil num problema que é de todos e não apenas dos outros. Hoje ficamos a saber um pouco mais, e mais despertos para ter uma percepção diferente de um problema que sempre se quis ignorar com as consequências que estão aos nossos olhos, e por isso valerá sem a pena continuar a questionar se sabemos finalmente o que são ou não as dependências.



Um modelo de cooperação institucional

O Programa de Respostas Integradas de Rio Tinto, desenvolvido em Rio Tinto, São Pedro da Cova e Fânzeres, Baguim do Monte e Medas e Melres, freguesias do concelho de Gondomar, tem-se afirmado como um exemplo de boas práticas, sobretudo no que concerne ao envolvimento das comunidades locais e das várias entidades públicas e da sociedade civil. A entidade promotora deste PRI é a IPSS Centro Social de Soutelo e a já vasta abrangência territorial que o programa conseguiu alcançar em muito se deve também ao envolvimento das autarquias locais, nomeadamente a Câmara Municipal de Gondomar e as juntas de freguesia de Rio Tinto, São Pedro da Cova e Fânzeres, Baguim do Monte e Medas e Melres. O programa é financiado pelo SICAD, no âmbito da intervenção comunitária em comportamentos aditivos e dependências e obedece à supervisão técnica da equipa do CRI Porto Oriental, intervindo nas áreas da redução de riscos e minimização de danos e da reinserção social.

O trabalho desenvolvido pela equipa técnica do Centro Social de Soutelo é pois, muito vasto e inclui vertentes como o treino de competências pessoais, sociais e laborais, mediação social, acompanhamento psicossocial, a realização de actividades lúdico-pedagógicas, de saúde e bem-estar, a participação em actividades desenvolvidas pela comunidade, a prestação de cuidados de home care assistance mas igualmente a satisfação das necessidades mais básicas da população-alvo a que se destina.

Na área da redução de riscos e minimização de danos, o trabalho é desenvolvido com recurso a uma unidade móvel que serve actualmente ainda para a realização de visitas aos domicílios (muitas vezes autênticas barracas sem quaisquer condições de habitabilidade) de utentes dependentes de álcool, onde são prestados cuidados básicos e assistenciais e desenvolvidos esforços no sentido motivacional para o tratamento.



**MARCO MARTINS,
PRESIDENTE DA
CÂMARA MUNICIPAL
DE GONDOMAR**

Marco Martins, actualmente presidente da Câmara Municipal de Gondomar, acompanhou todos os antecedentes que possibilitaram a implementação deste PRI, na altura ainda enquanto presidente da Junta de Freguesia de Rio Tinto, e confessa que

“é com muito orgulho que vejo que, graças à sua equipa técnica e ao movimento dos parceiros locais, deu frutos e, hoje, não é apenas o PRI de Rio Tinto mas antes um PRI que se estende a várias freguesias do concelho de Gondomar e que tem desenvolvido um trabalho notável junto da população”. De acordo com Marco Martins, “este trabalho merece ser reconhecido, apoiado e ampliado”.



**NUNO FONSECA,
PRESIDENTE DA JUNTA
DE FREGUESIA DE
RIO TINTO**

Já Nuno Fonseca, presidente da Junta de Freguesia de Rio Tinto, reconhece que este “é um trabalho contínuo, necessário, que precisa de aprofundamento e de acompanhamento”, acrescentando que o mesmo “não se esgota no tempo, uma vez que estas não

são situações que se conseguem resolver de forma imediata, como muitas vezes acontece em outras áreas da acção social”. Nuno Fonseca reitera a “importância da continuidade deste projecto e, eventualmente, o aprofundamento destas actividades noutras áreas de intervenção”. De acordo com o autarca, “a Junta de Freguesia tem uma ligação muito estreita com o projecto, com os técnicos do mesmo, com a entidade que o está a gerir, o Centro Social de Soutelo e essa ligação é particularmente efectiva até ao nível do contrato de emprego e inserção, os CEI +. Temos diversos utentes que estão actualmente a trabalhar com a autarquia, perfeitamente integrados. Saem do projecto, na nossa opinião, perfeitamente preparados para integrar o mundo do trabalho, para darem a volta às suas vidas. Em suma, o projecto é importantíssimo para a freguesia e estamos extremamente satisfeitos por existir”.



NUNO COELHO, PRESIDENTE DA JUNTA DE FREGUESIA DE BAGUIM

Nuno Coelho é presidente da Junta de Freguesia de Baguim, outro território abrangido pelo PRI de Rio Tinto. Dirigindo-se à equipa do Centro Social de Soutelo, afirma que “programas como o vosso são fundamentais para encadear e

para estar de mãos dadas com aquilo que é a nossa preocupação diária”. Revelando alguma preocupação relativamente ao futuro, refere que “quando esses programas acabam, resulta para nós uma menos valia muito grande, uma tristeza enorme, porque canalizamos um conjunto de sinergias para vos dar apoio e, depois, quando acabam porque há uma falta de visão nacional, quem perde é a população”.



DANIEL VIEIRA, PRESIDENTE UNIÃO DAS FREGUESIAS DE SÃO PEDRO DA COVA E FÂNZERES

37 % da habitação social do concelho de Gondomar situa-se na União das Freguesias de São Pedro da Cova e Fânzeres, onde reside quase um terço da população beneficiária do RSI do concelho. O autarca local, Daniel Vieira, refere que “num

território como São Pedro da Cova, com problemas sociais vários e estruturais, entre os quais problemas associados à toxicodependência, ao consumo de substâncias ilícitas, pensamos que este PRI, desenvolvido a partir do Centro Social de Soutelo, tem tido um papel importante na redução de riscos e por vezes até na prevenção, actuando como elemento dissuasor aqui na freguesia. Pensamos que é fundamental que este projecto continue pois, de facto, veio dar resposta a uma lacuna que existia na freguesia e, como tal, é uma resposta que acrescenta mais-valia, que acrescenta uma intervenção numa área para a qual a freguesia não tem tido outro tipo de resposta.



JOSÉ ANDRADE, PRESIDENTE UNIÃO DAS FREGUESIAS DE MEDAS E MELRES

A União das Freguesias de Medas e Melres corresponde a um território marcadamente rural e o mais afastado do centro do concelho, tendo sido o mais recente exemplo do alargamento territorial que este PRI tem vindo

a encetar. José Andrade, o autarca local refere que “para percebermos melhor o impacto que o PRI irá ter na nossa comunidade é necessário caracterizar e conhecer melhor a nossa comunidade, que tem ainda uma cultura vincada e fortemente feudal e religiosa e percebeu há muito tempo o que nós conhecemos pelos casos perdidos, casos associados a dependências do álcool e drogas e há muitos anos atrás associados também à deficiência. Para percebermos bem o impacto e, depois de conhecermos todas estas conjuntura socioeconómica, há que verificar que o PRI vem trazer à nossa comunidade a possibilidade clara de alguém ter um outro destino que não ser segregado na própria comunidade. Se até hoje não havia esperança para estas pessoas, a partir deste programa e das respostas implementadas passou a existir para as pessoas a possibilidade de escolherem um outro futuro e de se poderem integrar. Já começámos a identificar os indivíduos com estes tipos de problemática, infelizmente são muitos, nomeadamente alcoólicos e há, portanto, muito trabalho a fazer. Também já percebemos que a resposta terá que ser diferente da tradicionalmente dada pelo Estado no domínio da saúde, que é um serviço que funciona das 9 às 17 horas, como sucede com o posto de saúde local e precisa de ir muito mais além. O PRI percebeu que, de cada vez que pretende dar esperança a um utente, tem que estar disponível 24 horas por dia e sete dias por semana... E todos estes dias são, por vezes, insuficientes”.

Em suma, é a partir da constituição desta verdadeira rede de suporte que o PRI de Rio Tinto (talvez a denominação adequada fosse já PRI de Gondomar) vai sustentando um historial de sucesso, mesmo nas populações mais destruturadas e desorganizadas. As mesmas que, durante anos são muitas vezes descriminadas e estigmatizadas mas que vêm neste projecto a atenção e carinho que as fazem sentir-se novamente seres humanos.



LÚCIA SOARES, TÉCNICA DO CENTRO SOCIAL DE SOUTELO



O Centro Social de Soutelo é, contratualmente, a entidade promotora do PRI de Rio Tinto mas, actualmente, as suas áreas de missão abrangem uma área geográfica e eixos de intervenção muito além das inicialmente previstas...

LS – Continuamos a promover os dois eixos de missão: a reinserção social e a redução de riscos e minimização de danos. Abrangemos grande parte das freguesias que constituem o território do concelho de Gondomar. Relativamente à redução de riscos e minimização de danos, intervimos através da Unidade Móvel com PSoble nas freguesias de São Pedro da Cova e de Rio Tinto. Através de giros de rua, atuamos nas freguesias de Baguim do Monte e Fânzeres, territórios em que pretendemos alargar a nossa intervenção, com a dinamização de mais um programa em baixo limiar de exigência. Em relação à reinserção, centralizamos a nossa intervenção na freguesia de Rio Tinto, embora pretendamos igualmente alargar a atuação às freguesias de Fânzeres e Baguim do Monte, algo que também já foi discutido com os presidentes das respetivas juntas de freguesia, os quais também reforçaram a necessidade de se dinamizar ações no domínio da inclusão social. No início de Fevereiro deste ano, encetamos a intervenção na freguesia de Melres, em parceria com o CRI Porto Oriental, que após um diagnóstico concelhio e partilhado (em colaboração com a Comissão Social do Alto do Concelho) no âmbito dos CAD, identificou a necessidade de se intervir junto dos adultos com consumos abusivos de álcool residentes nas freguesias rurais, socialmente fragilizados e com dificuldades de acessibilidade às estruturas da rede assistencial pública localizadas no centro do concelho de Gondomar. Aliás, foi o próprio CRI Porto Oriental que sugeriu a dinamização de uma resposta descentralizada, assente num trabalho de parceria e concertado com a União de Freguesias de Melres e Medas, que disponibiliza o espaço físico para o atendimento da população. O CRI Porto Oriental afetou a esta resposta um médico psiquiatra e uma educadora social, enquanto o Centro Social de Soutelo alargou a intervenção a esta parte do território do concelho, disponibilizando uma unidade móvel e dois técnicos que estão atualmente a realizar giros pela freguesia e a acompanhar de forma estruturada e continuada vários utentes e famílias com problemas relacionados com o consumo

do álcool. Deslocamo-nos várias vezes por semana a Melres, um percurso que nos ocupa uma parte substancial do nosso trabalho, encaminhando os utentes para consultas, realização de exames, avaliação social, médica e realizando visitas domiciliárias. Aliás, este acompanhamento e atendimento são realizados, maioritariamente, na residência dos utentes. É o que poderemos designar como “Home Care Assistance”. O objectivo de um programa de respostas integradas consiste em ir ao encontro da pessoa e, se muitas vezes, se verifica a impossibilidade de o utente ir ao nosso encontro, devemos ser nós a realizar esse percurso. É esse o caminho que estamos a percorrer no eixo da redução de riscos e minimização de danos, neste caso no âmbito da dependência de uma substância lícita como o álcool. E já conseguimos estabelecer uma relação de proximidade com alguns utentes, prestando alguns cuidados de saúde e sociais. Fazemos o percurso ao lado deles, promovendo o acesso a condições de vida digna.

Este PRI tem a particularidade de envolver o poder local de uma forma pouco usual...

LS – Um dos grandes factores chave de sucesso reside, efectivamente, no envolvimento da rede local, da comunidade e dos parceiros. Realmente, temos uma comunicação estreita e uma articulação eficiente, seja com as juntas de freguesia, seja com a câmara municipal ou com as restantes instituições locais. O nosso grande objectivo consiste em oferecermos uma resposta às necessidades das pessoas que acompanhamos e, para o efeito, o factor chave de sucesso reside na existência de uma boa parceria e uma boa comunicação entre todos os parceiros. Um trabalho em rede efectivo é fundamental para o sucesso de um programa de respostas integradas. Temos que estar próximos das pessoas, mas igualmente das entidades que já actuam na comunidade, num posicionamento que deve visar a complementaridade e a cultura da partilha (de recursos e responsabilidades).

Sendo o Centro Social de Soutelo a entidade promotora deste PRI, que outras entidades estão envolvidas?

LS – Desde logo, o SICAD como entidade co-financiadora e o CRI Porto Oriental como entidade parceira e responsável pela monitorização, acompanhamento e avaliação dos dois projetos que integram o PRI de Rio Tinto. Temos ainda como parceiros, a Câmara Municipal de Gondomar, a Junta de Freguesia de Rio Tinto, a Junta de Freguesia de Baguim do Monte, a União das Freguesias de Fânzeres e São Pedro da Cova, União das Freguesias de Melres e Medas, a Associação Mundo a Sorrir/Associação de Médicos Dentistas Solidários Portugueses (resposta no domínio da promoção da saúde oral), a Direcção Geral de Reinserção Social, a Liga Nacional Contra a Fome, o Centro Social e Paroquial de Rio Tinto, Associação de Apoio ao Deficiente - Nuno Silveira, ACES, Centro Distrital de Segurança Social do Porto, Casa F.C. Porto Rio Tinto e a Associação dos Albergues Nocturnos do Porto. Para além destas parcerias formais, articulámos de forma sistemática e contínua com parcerias informais como a Associação Muralha de Esperança (resposta no domínio de snacks/pequenas refeições), com o Banco Nacional contra a Fome e com a Casa da Música (Som da Rua).

ISABEL VILANOVA, EDUCADORA SOCIAL DO CRI DO PORTO ORIENTAL/ET DE GONDOMAR



Estamos perante uma intervenção de proximidade...se o doente não vem, vai a equipa ao doente. Pode-nos explicar a essência deste projecto?

Isabel Vilanova (IV) – Convém não esquecer que estamos a falar de um território muito extenso e com fracas acessibilidades e de uma população muito carenciada de recursos económicos o que dificulta a sua deslocação à ET de Gondomar do CRI Porto Oriental, por isso o projeto representa uma importante parceria e resposta a este território, que a não ser assim dificilmente recorria aos nossos serviços.

Em S. Pedro da Cova estão a funcionar numa sala do Centro de Saúde, enquanto que em Melres as consultas funcionam dentro das instalações da Junta de freguesia, porquê?

IV – São situações diferentes, a consulta descentralizada de São Pedro da Cova é uma resposta assegurada pelo CRI Porto Oriental, em colaboração com o ACES de Gondomar que cede as instalações. Em Melres existem muitos problemas relacionados com o álcool, os acessos são muito difíceis, são muito raros os transportes de e para a unidade de tratamento e os custos de deslocação andam na ordem dos 10 a 15 euros, por isso e respondendo as necessidades detetadas decidimos visitar e acompanhar os doentes no domicílio e realizar as consultas na Junta de Freguesia.



Na verdade e no decurso desta reportagem demos conta do vosso empenho e relação com os doentes alcoólicos. Podemos concluir estar perante doentes privilegiados?

IV – É um projecto novo, uma resposta de proximidade e mobilizadora das estruturas comunitárias, que envolve os autarcas da Freguesia, os técnicos e profissionais de saúde, na dinamização de ações de redução de riscos e de estratégias de motivação para o tratamento. Estes doentes não são privilegiados, eles simplesmente apresentavam dificuldades de acessibilidade as estruturas da rede assistencial pública. E por isso, desenvolvemos uma resposta de proximidade e descentralizada que presta cuidados de saúde e sociais. O privilégio é a oportunidade que este trabalho nos oferece em intervir junto destas pessoas no seu contexto social.

Está a dizer que a equipa de rua não se reduz a meros formalismos técnicos, tem uma intervenção holística.

IV - É verdade, e a Comissão Social de Freguesia, tem um diagnóstico atualizado dos problemas sociais e de saúde do território de Melres. São utentes que apresentam vários problemas sociais associados ao consumo de álcool (casos de pessoas sem abrigo e situações de violência doméstica). Por isso a resposta só poderia ser aquela que estamos a desenvolver, “se o doente não vem, vamos nós ao doente”.

E como se sentem os doentes com a vossa visita?

IV –É preciso ter em conta que estamos a falar de pessoas segregadas e discriminadas socialmente, pessoas a quem ninguém deu qualquer atenção, uma simples palavra ou algum conforto, e verem junta da sua casa alguém que se preocupa com eles, é de facto um momento de auto estima. Esta não é, nem nós queremos que seja qualquer experiencia. Esta é uma estratégia de motivação para o tratamento da dependência alcoólica, complementada por ações promotoras da inclusão social, numa perspetiva integrada e concertada com os atores sociais do território.

Existem já alguns resultados do vosso trabalho?

IV – Ainda não, o projecto ainda tem pouco tempo de intervenção, e a sua avaliação carece naturalmente de tempo. Mas a observação do acompanhamento de alguns casos deixam-nos muito satisfeitos e certos de que este caminho poderá no futuro apresentar bons resultados.

E nas outras freguesias como é a relação técnico doente?

IV – existe uma relação com a ET até pela proximidade, no entanto o princípio que estamos a desenvolver em S. Pedro da Cova e Melres poderemos exportar a outras freguesias do concelho, desde que tal seja necessário.

Falamos dos pontos fortes mas esquecemos sempre os pontos fracos. Quais são se existem os pontos fracos do projecto?

IV – É a incerteza em relação à continuidade dos projetos (PRI Rio Tinto). Se no final dos dois anos dos projetos vai haver ou não alguma continuidade ou simplesmente deixar de existir financiamento. Até porque este é um território prioritário, com áreas de intervenção lacunares. E torna-se necessário atribuir financiamento para dar continuidade a um trabalho de parceria fundamentado na cultura da partilha, que envolve a participação de três entidades (Centro Social de Soutelo, União de Freguesias de Melres e Me-das e CRI Porto Oriental), que afetam recursos e equipamentos.

Cruz Vermelha Portuguesa com nova resposta em Baguim do Monte

Secretária de Estado para a Cidadania e Igualdade no terreno

Catarina Marcelino, Secretária de Estado para a Cidadania e Igualdade realizou uma visita à Delegação de Gondomar da Cruz Vermelha Portuguesa, cuja sede se situa na freguesia de Baguim do Monte, no concelho de Gondomar. Nesta sessão, acompanhada pela Vice-Presidente nacional da Cruz Vermelha Portuguesa, Cristina Louro, pela Deputada gondomarense da Assembleia da República, Isabel Santos, pela Vereadora da C.M.G., Aurora Vieira e pela Direcção da Delegação de Gondomar, presidida por Nuno Coelho, a Secretária de Estado teve a oportunidade de realizar uma visita guiada às instalações dirigidas pela Directora Técnica, Genoveva Souza e pelo Coordenador de Emergência, Nuno Cruz. Após esta visita, seguida de uma reunião de trabalho, ficou comprovado o excelente trabalho social que a Cruz Vermelha realiza em Gondomar. Dependências acompanhou a sessão e procurou saber, junto da membro do Governo, que estratégias serão implementadas no sentido de minimizar as assimetrias verificadas nalguns territórios do país ao nível das respostas sociais.



Fez aqui um diagnóstico relativamente ao desequilíbrio de recursos no país, em que reconhece existirem muitos nalguns territórios e poucos noutros... Qual será a estratégia a adoptar para alterar esta situação?

Catarina Marcelino (CM) – A nossa estratégia consiste em desenvolver e investir em respostas de apoio na comunidade, nomeadamente gabinetes de apoio à vítima, nas zonas do país que estão mais a descoberto, tentando equilibrar mais o país. O interior do país é uma prioridade para este Governo no que respeita à resposta gabinetes na comunidade de apoio às vítimas de violência, o que não significa que, no litoral, onde existe mais resposta, como sucede no distrito do Porto, não possamos organizar melhor essa resposta, que também se encontra muito avulsa e pouco organizada e tentar melhorar a intervenção existente no litoral. Nomeadamente como aqui foi adiantado através da possibilidade de estabelecermos um protocolo de intervenção que envolva todas as entidades e que diga o que cada uma faz no processo. Resumindo, investir no interior é necessário porque não podemos ter as pessoas sem resposta em determinadas regiões do país e, onde a resposta existe, organizar e planear melhor para servir mais adequadamente as vítimas de violência doméstica.

Por outro lado, presume-se que a existência de muitas respostas não significa necessariamente a qualidade desejável...

CM – Exactamente. Por isso, relativamente ao interior do país, a opção é criar, porque as respostas não existem. Aqui, é avaliar o que existe e tentar organizar melhor, ver o que faz sentido continuar a existir, ver se há estruturas que deverão transformar-se noutras que façam mais sentido ou, em último caso, fechar algumas portas, o que espero não tenha que vir a acontecer, pois entendo que todas as respostas são válidas e adaptáveis às necessidades. Mas urge organizar e planear melhor a resposta. Creio que as pessoas têm hoje perfeita consciência de que os recursos são poucos e, portanto, temos que os alocar bem e a avaliação, quer do trabalho do profissional, quer do trabalho desenvolvido pelas instituições está hoje perfeitamente enquadrada como fazendo parte de um processo normal de actuação.

O que leva um político a deslocar-se de Lisboa a uma pequena localidade como Baguim do Monte para analisar uma proposta encontrada pela autarquia e pelas organizações locais para a resolução de um problema que sentem a partir do terreno?



CM – Uma pessoa que está de governante, como costume dizer porque só estou cá de passagem, tem a mesma obrigação de estar com a população ou com as comunidades nos grandes centros urbanos, como Lisboa ou Porto, como de estar em Baguim do Monte ou em Freixo de Espada à Cinta. Todas as pessoas são cidadãos e cidadãs do nosso país e todos os territórios são territórios do nosso país e nós temos o dever e obrigação de estarmos onde somos precisos e onde faz sentido estar. E hoje fez todo o sentido vir aqui, a Baguim do Monte, porque este é um projecto que pode de facto fazer a diferença para a população desta região do país, que é tão importante para mim como a população da freguesia onde vivo ou onde trabalho. O que me trouxe aqui foi um projecto que tinha interesse, com um espaço físico que tinha que ser visto no terreno.

Retive nas suas palavras que não basta responder, sendo necessário fazê-lo de forma integrada...

CM – O meu projecto de governação ou a minha forma de estar no Governo é sempre de total parceria e total articulação com quem está no terreno. Nas áreas sociais – quando falamos de violência doméstica estamos a falar de um problema social – os pro-



blemas só podem ser combatidos com quem está no terreno. As leis, por si só, não resolvem o problema e as directivas vindas do Governo, só por si, não resolvem o problema. A comunidade e quem está no terreno, nomeadamente as ONG, são 80 por cento de solução para o problema e, por essa razão, devemos trabalhar com elas, estar com elas e construir as soluções com estas organizações.

