

dependências

Parceiro do Plano
Nacional de Saúde 2014



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



DGS
desde
1899
Direção-Geral da Saúde



Plano Nacional de Saúde
2012-2016

Congresso da APEDD
liga adições, ciência,
clínica e política

EMCDDA alerta
para novos riscos:
Potência das
substâncias e novos
padrões de consumo
na Europa

Entrevista com Dimitris
Avramopoulos, Comissário
Europeu responsável
pela Migração, Assuntos
Internos e Cidadania:

“O problema das
drogas na União
Europeia não está
a diminuir”

Cannabis constitui a maior quota do mercado europeu de drogas ilícitas



Ao contrário do que algumas correntes divulgam, a cannabis não é uma substância inócua. É uma droga, é ilegal, e o seu consumo pode causar dependência e, de acordo com evidência científica e registos clínicos, tem vindo a desencadear surtos e patologias do foro mental numa significativa percentagem de utilizadores.

Cerca de 30% das pessoas que experimentam cannabis tornam-se consumidores regulares e 10% criam dependência. Portanto, 1 em cada 10 consumidores ficarão dependentes desta substância altamente tóxica e perigosa, uma taxa semelhante aos dependentes alcoólicos, é legítimo concluir.

Consumidores problemáticos de cannabis podem apresentar síndrome de abstinência quando interrompem o seu uso continuado ou crónico. Os sintomas podem durar semanas e incluem insónia, depressão, náuseas, agressividade, tremores ou, pura e simplesmente, como temos vindo a testemunhar, um completo desinteresse pela realização de tarefas que um dia foram satisfatórias e que deixaram de o ser, como um mero convívio, uma mera conversa, a obtenção de prazer sem recurso a qualquer “aditivo”. E, mesmo assim, não procuram o tratamento por pensarem que o consumo desta droga nada tem a ver com as chamadas “drogas tradicionais”.

Por isso, decidi ocupar a minha página de opinião para falar desta substância, que anda “nas bocas do povo” como se de droga não se tratasse. Muito por culpa de um discurso que alimentou um negócio e contribuiu para que muitos encontrassem nesta droga

uma oportunidade de negócio. Nomeadamente através do cultivo e produção à margem de quaisquer critérios ou ética (argumentos muitas vezes adulterados pelos activistas pró cannabis), contribuindo para que a potência (concentração de THC) tenha atingido níveis nunca antes observados e originados episódios hospitalares sem paralelo na nossa história. Em suma, há duas décadas atrás, as plantas cresciam de acordo com as leis da natureza... Hoje, crescem à proporção de propósitos capitalistas despuddorados de qualquer associação ideológica...

Sejamos claros... Já sou avô e muitos de nós, pais, temos os nossos netos e filhos nas escolas... parece-me que andamos pouco preocupados com o que se passa à nossa volta... Questiono-me se mesmo um utilizador confie num hipotético futuro consumo do seu filho ou neto... A sociedade e o meio envolvente caminham a uma velocidade imparável, as imagens de violência propiciam comportamentos muito pouco dignificantes, a cultura e os valores estão cada vez mais adulterados, os pais já não tem tempo para os filhos, os avós atirados para um qualquer centro de dia ou lar de acolhimento e os professores incapazes de perceber o seu papel na educação “falhada” dos pais e num ensino cada vez mais distante da preocupação e do interesse dos jovens.

Não me importo rigorosamente nada de remar contra a maré, de não ser politicamente correto... até me podem chamar nomes e insultar este cérebro de ter um pensamento estruturado contra a corrente... mas fui sem-

pre assim. Sou um tertuliano que não gosta que o problema seja colocado “a favor ou contra” ou que tomemos a decisão apenas pelo Sim ou pelo Não! O problema é muito mais complexo e deve ser coerente com a ética, os princípios, os valores culturais, as nossas convicções e, sobretudo, baseado na evidência científica.

“Os mercados de drogas ilícitas são sistemas complexos de produção e distribuição que geram largas somas de dinheiro, a diferentes níveis. De acordo com uma estimativa conservadora, o mercado retalhista de drogas ilícitas na União Europeia valia 24,3 mil milhões de euros, em 2013 (margem provável de 21 mil milhões de euros a 31 mil milhões de euros). Com um valor retalhista estimado de 9,3 mil milhões de euros (margem provável de 8,4 a 12,9 mil milhões de euros), e responsável por 38 % do mercado total, os produtos de cannabis constituem a maior quota do mercado europeu de drogas ilícitas”.

Estes dados constam do Relatório Europeu sobre Drogas, mais do que uma fonte de partilha de conhecimentos sobre a situação da droga na Europa, representam um grande desafio para todas as instituições e profissionais, para a sociedade civil, agentes de educação e meio envolvente, para uma reflexão sobre o que foi, é e o que será a escola do futuro, para as famílias e jovens se envolverem num combate sério e desprovido de preconceitos na busca de uma sociedade livre, democrática e informada.

Sérgio Oliveira,
director

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência destaca novos riscos para a saúde devido à mudança dos produtos e dos padrões de consumo

O mercado de droga europeu continua resiliente, afirma o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCDDA), no lançamento do seu Relatório Europeu sobre Drogas 2016: Tendências e Evoluções. No seu relatório anual, tornado público no dia 31 de Maio, a agência europeia salienta os riscos para a saúde de produtos de elevada potência, o contínuo aparecimento de novas substâncias e a mudança dos padrões de consumo de drogas. A agência expressa igualmente a sua preocupação com o aumento das mortes por overdose em alguns países e as ameaças colocadas pelos mercados de droga na internet. O relatório afirma que “esta nova análise evidencia a necessidade da agenda política da Europa de luta contra a droga tem de abranger um conjunto mais amplo e complexo de questões políticas do que no passado”.

Dimitris Avramopoulos, Comissário Europeu responsável pela Migração, os Assuntos Internos e a Cidadania, salienta que: “A Europa enfrenta um problema crescente com as drogas. A procura e a oferta de novas substâncias psicoactivas, estimulantes, heroína e outros opiáceos continuam elevadas, com impactos significativos para a saúde pública. É por este motivo que o Relatório Europeu sobre Drogas de 2016 é um contributo importante para a nossa base de evidências sobre o problema das drogas e um instrumento útil para os decisores políticos europeus definirem políticas e medidas para lhes fazer face. Com base neste conhecimento, vamos continuar a apelar às autoridades dos Estados-Membros da UE, aos países terceiros, às empresas fornecedoras da Internet e à sociedade civil a redobram a cooperação no combate a este desafio global”.

O reaparecimento da MDMA: aumento do consumo e produtos de dosagem elevada

O relatório de hoje confirma o reaparecimento da MDMA (frequentemente vendida como «ecstasy») como uma droga estimulante de eleição dos jovens na Europa, citando “indicações de que a

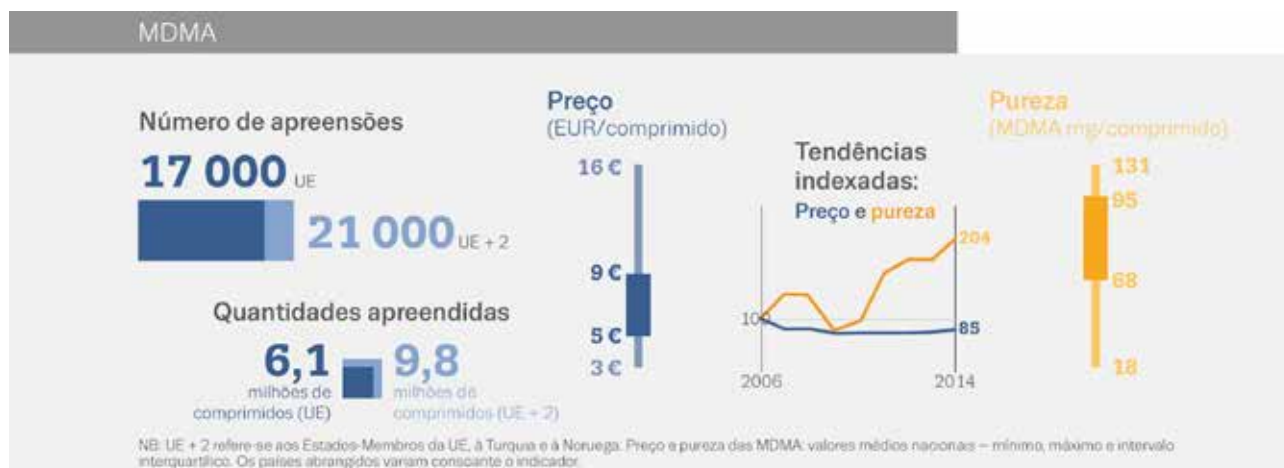
MDMA está a tornar-se mais popular, tanto junto dos consumidores de estimulantes habituais como de uma nova geração de jovens consumidores”.

Cerca de 2,1 milhões de jovens adultos (entre os 15 e os 34 anos) afirmaram ter consumido MDMA no último ano (1,7 % deste grupo etário). Embora, até há pouco tempo, o consumo de MDMA tenha registado um declínio — após os picos atingidos desde o início a meados da década de 2000 —, os dados dos últimos inquéritos apontam para um aumento do seu consumo na Europa. Nove dos doze países que enviaram respostas apresentaram estimativas de consumo mais elevadas entre os jovens adultos em novos inquéritos em relação ao anterior inquérito comparável. Existem também sinais de que a MDMA deixou de ser uma droga limitada só a meios restritos ou subculturais e consumida em discotecas estando agora a ser consumida por um leque mais vasto de jovens em ambientes de diversão nocturna comuns, como em bares e festas.

Os dados de um estudo complementar realizado em várias cidades, em 2015, revelam que a quantidade de resíduos de MDMA nas águas residuais municipais é maior em 2015 do que em 2011, com aumentos significativos em algumas cidades. Este aumento pode estar relacionado com uma maior pureza da MDMA e/ou a um aumento da oferta e do consumo desta droga.

O reaparecimento da MDMA está associado à «inovação no fornecimento de precursores de MDMA, às novas técnicas de produção e à oferta online», explica o EMCDDA. A agência refere ainda sinais de reaparecimento da produção, após um declínio na última década. Por exemplo, foram desmanteladas instalações de produção de MDMA em larga escala na Bélgica (em 2013) e nos Países Baixos (em 2014).

A disponibilidade de produtos com doses elevadas de MDMA levou o EMCDDA e a Europol a emitirem, em 2014, alertas conjuntos de saúde pública. Pós, cristais e comprimidos com doses elevadas

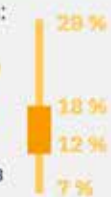


Resina

Número de apreensões

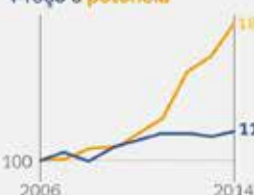


Quantidades apreendidas

574
toneladas (UE)**606**
toneladas (UE + 2)Preço
(EUR/g)Potência
(% THC)

Tendências indexadas:

Preço e potência

**Herbácea**

Número de apreensões

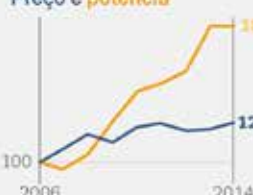


Quantidades apreendidas

139
toneladas (UE)**232**
toneladas (UE + 2)Preço
(EUR/g)Potência
(% THC)

Tendências indexadas:

Preço e potência



NB: UE + 2 refere-se aos Estados-Membros da UE, Turquia e Noruega. Preço e potência dos produtos de cannabis: valores médios nacionais – mínimo, máximo e intervalo interquartil. Os países abrangidos variam consoante o indicador.

de MDMA estão actualmente mais disponíveis, com os comprimidos a serem por vezes promovidos através de sofisticadas e direccionadas técnicas de marketing. Pensa-se que esta poderá ser uma estratégia deliberadamente adoptada pelos produtores para reforçar a reputação da MDMA, após um período em que a fraca qualidade e a adulteração dos produtos resultaram no declínio do seu consumo.

Alexis Goosdeel, Diretor do EMCDDA, afirma que “O reaparecimento da MDMA traz consigo a necessidade de repensar as atuais medidas de prevenção e de redução de danos, direccionando-as e apoiando um novo grupo de consumidores que pode estar a consu-

mir produtos de elevada dosagem, sem compreender totalmente os riscos envolvidos. O nosso relatório destaca intoxicações e mesmo casos de mortes associadas a esta droga. Esta situação é particularmente preocupante, uma vez que a MDMA está a ser introduzida em meios sociais tradicionais, estando cada vez mais disponível nos mercados online”.

O relatório sublinha que “o potencial de expansão do fornecimento de drogas online parece considerável”, embora muitas das transacções ilícitas de droga sejam ainda efectuadas fora da internet. Aqui, o EMCDDA reforça a ideia de que a resposta a esta «nuvem

CONSUMIDORES DE CANNABIS QUE INICIAM TRATAMENTO

Características

**16**

Média de idades no início do consumo

26

Média de idades em que iniciam o tratamento pela primeira vez

Utilizadores que iniciam o tratamento pela primeira vez

59%

Utilizadores anteriormente tratados

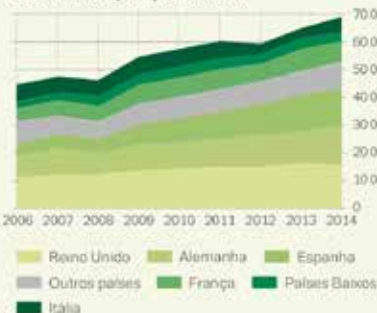
41%

Frequência do consumo no último mês

Consumo médio de 5,4 dias por semana



Tendências entre os que iniciam o tratamento pela primeira vez



NB: As características referem-se a todos os que iniciam o tratamento devido ao consumo de cannabis como droga principal. Devido a alterações do fluxo de dados ao nível nacional, os dados de 2014 referentes a Itália não são diretamente comparáveis com os dos anos anteriores.



negra que se avizinha no horizonte» representa uma questão de importância decisiva para a futura agenda política europeia.

Novas drogas: novos danos e alertas de saúde

Os danos associados a novas drogas na Europa são monitorizados através do sistema de alerta rápido (EWS) da UE sobre novas substâncias psicoactivas (NSP). A natureza destes danos varia, mas podem ser graves, incluindo intoxicações agudas e mesmo mortes. O EMCDDA emitiu, desde 2014, 34 alertas de saúde pública aos Estados-Membros relacionados unicamente com o consumo de novas substâncias psicoactivas.

O número, o tipo e a disponibilidade de NSP no mercado europeu continuam a aumentar, com mais de 560 NSP monitorizadas actualmente pela agência. Em 2015, foram notificadas pela primeira vez 98 novas substâncias (101 em 2014). Uma vez mais, a lista de novas substâncias notificadas foi dominada pelos canabinóides sintéticos e pelas catinonas sintéticas (24 e 26 notificados, respectivamente). Em conjunto, estes dois grupos representam quase 80 % das 50 000 apreensões de NSP em 2014 e mais de 60 % das 4 toneladas apreendidas.

Responder com rapidez e eficácia à venda de NSP, algumas das quais se revelam altamente tóxicas, constitui um grande desafio. “Os jovens consumidores podem estar a ser involuntariamente usados como cobaias de substâncias cujos potenciais riscos para a saúde são praticamente desconhecidos”, refere o relatório.

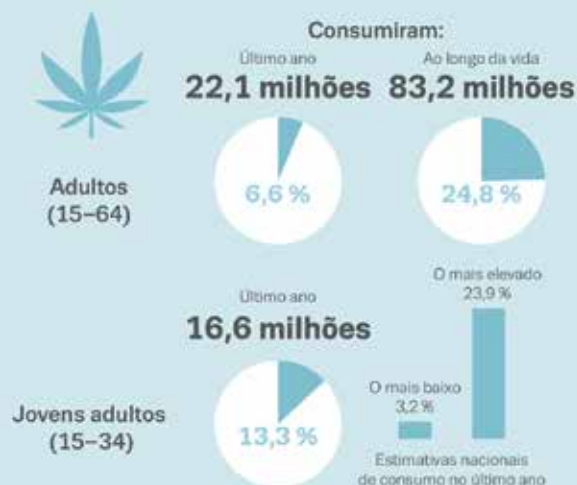
Os canabinóides sintéticos, vendidos como substitutos «legais» da cannabis, podem ser altamente tóxicos, tendo sido divulgadas intoxicações em massa (por ex.: na Polónia). Em Fevereiro de 2016, o EMCDDA emitiu um alerta sobre a MDMB-CHMICA, um canabinóide sintético associado a 13 intoxicações fatais e a 23 não fatais na Europa desde 2014. As catinonas sintéticas são vendidas como substitutos «legais» de estimulantes como a anfetamina, a MDMA e a cocaína. A catinona sintética alfa-PVP, um potente estimulante, tem sido associada a cerca de 200 intoxicações agudas e a mais de 100 intoxicações fatais desde 2011.

O relatório descreve a forma como os produtores de NSP podem estar agora a direccionar-se para consumidores de droga mais crónicos e problemáticos. Neste domínio, as preocupações aumentam com o número de novos opiáceos sintéticos detectados. (Desde 2009, foram detectados um total de 19 novos opiáceos, incluindo 11 fentanils). Muitos fentanils são extremamente potentes e podem ser vendidos como heroína a consumidores pouco informados, constituindo assim um elevado risco de overdose. Em 2015, 32 mortes na Europa foram associadas ao opiáceo sintético acetilfentanil, dando origem a uma análise conjunta do EMCDDA – Europol.

O relatório descreve a forma como os produtores de NSP podem estar agora a direccionar-se para consumidores de droga mais crónicos e problemáticos. Neste domínio, as preocupações aumentam com o número de novos opiáceos sintéticos detectados. (Desde 2009, foram detectados um total de 19 novos opiáceos, incluindo 11 fentanils). Muitos fentanils são extremamente potentes e podem ser vendidos como heroína a consumidores pouco informados, constituindo assim um elevado risco de overdose. Em 2015, 32 mortes na Europa foram associadas ao opiáceo sintético acetilfentanil, dando origem a uma análise conjunta do EMCDDA – Europol.



Cannabis



Cocaína



MDMA



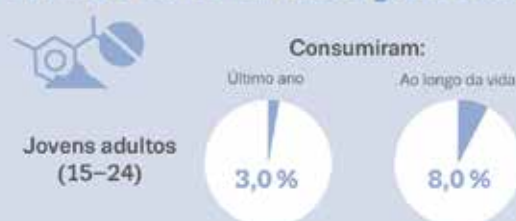
Anfetaminas



Opiáceos



Novas substâncias psicoativas



Fonte: 2014 Flash Eurobarometer on young people and drugs

NB: Para conhecer a série de dados e obter informações completas sobre a metodologia, ver o Boletim Estatístico em linha.

“A cannabis é responsável pela maior quota, em termos de valor, do mercado europeu de drogas ilícitas.”

“A Europa é igualmente uma região produtora de cannabis e de drogas sintéticas.”



Aumento de mortes por overdose: destaque para a heroína e outros opiáceos

Estima-se que em 2014, tenham ocorrido pelo menos 6 800 mortes por overdose na UE associadas essencialmente ao consumo de heroína e outros opiáceos, um número ligeiramente superior ao do ano anterior (ver o capítulo 3 e o Boletim Estatístico). Alguns países que se debatem há vários anos com problemas associados aos opiáceos comunicaram um preocupante aumento destas mortes (por ex.: Irlanda, Lituânia, Suécia e Reino Unido). As razões subjacentes a estes aumentos de overdoses fatais não são claras, mas podem envolver diversos factores, nomeadamente: maior disponibilidade de heroína, aumento do nível de pureza, consumidores envelhecidos e mudança dos padrões de consumo, incluindo o uso de opiáceos sintéticos e medicamentos). As overdoses são reportadas com mais frequência entre os consumidores de opiáceos mais velhos (entre os 35 e os 50 anos), mas regista-se igualmente em alguns países um aumento de mortes por overdose nos consumidores com menos de 25 anos (por ex.: Suécia), a merecer um controlo mais apertado. Vários países dispõem de programas comunitários que fornecem naloxona aos consumidores de opiáceos, um medicamento utilizado para reverter os efeitos de uma sobredosagem com opiáceos.

Apesar de a heroína continuar a ser o opiáceo mais consumido, o consumo indevido de opiáceos sintéticos tem aumentado e registou-se um aumento do número de países que reportaram os opiáceos sintéticos como a principal droga utilizada pelos consumidores que iniciaram

tratamento. Os opiáceos sintéticos utilizados no tratamento de substituição (por ex.: metadona, buprenorfina) são também mencionados regularmente nos relatórios toxicológicos e essas substâncias estão associadas a uma percentagem significativa de mortes relacionadas com a droga em alguns países (por ex.: Irlanda, França, Finlândia e Reino Unido). Uma nova análise do EMCDDA (Perspective on Drugs/PODs) chama a atenção para estratégias atuais destinadas a evitar o desvio de medicamentos substitutos de opiáceos utilizados em tratamentos.

O relatório é reforçado com novos dados obtidos a partir de uma selecção de urgências hospitalares de várias cidades da Europa. Embora a heroína seja a droga ilícita comunicada com mais frequência nas urgências, a cocaína, outros estimulantes e a cannabis surgem com alguma proeminência em determinadas zonas. Uma melhor monitorização dos dados das urgências hospitalares permitirá uma melhor compreensão dos padrões do consumo de drogas, das intoxicações agudas e dos problemas emergentes.

Estima-se que em 2014, 1,2 milhões de pessoas tenham recebido tratamento por consumo de drogas ilícitas na União Europeia (1,5 milhões, incluindo a Noruega e a Turquia). Em 2014, cerca de 644 000 consumidores de opiáceos receberam tratamento de substituição na UE (680 000, incluindo a Noruega e a Turquia). O consumo de drogas com a ocorrência em simultâneo de distúrbios de saúde mental (comorbidade) continua a constituir um desafio para os prestadores de tratamento e é explorado hoje numa nova análise do EMCDDA.



ANFETAMINAS

Anfetamina

Número de apreensões

36 000 UE 42 000 UE + 2

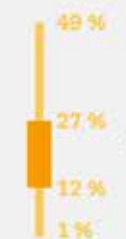
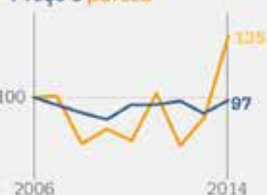
Quantidades apreendidas



Preço (EUR/g)



Pureza (%)

Tendências indexadas:
Preço e pureza

Metanfetamina

Número de apreensões

8 000 UE 11 000 UE + 2

Quantidades apreendidas



Preço (EUR/g)



Pureza (%)



NB: UE + 2 refere-se aos Estados-Membros da UE, Turquia e Noruega. Preço e pureza das anfetaminas: valores médios nacionais – mínimo, máximo e intervalo interquartil. Os países abrangidos variam consoante o indicador. Não estão disponíveis tendências indexadas para a metanfetamina.

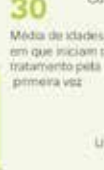
Os problemas relacionados com o consumo de estimulantes «estão a tornar-se mais visíveis»

Conclusões recentemente obtidas a partir de análises efectuadas a águas residuais, de apreensões e de dados de inquéritos revelam diferenças regionais em termos de padrões de consumo de estimulantes na Europa. O consumo de cocaína é mais elevado nos países ocidentais e do sul da Europa — reflectindo portos de entrada e rotas de tráfico —, enquanto o consumo de anfetaminas (anfetamina e metanfetamina) é mais proeminente nos países do norte e do leste europeu.

O relatório descreve a forma como “os problemas relacionados com o consumo de estimulantes estão agora a tornar-se mais visíveis”. Em alguns países, o aumento das necessidades de tratamento ligadas ao consumo de anfetaminas tem suscitado alguma preocupação, apesar dos níveis relativamente estáveis de consumo. Em geral, na última década, a Europa registou um aumento de 50 % do número de utentes que iniciaram tratamento pela primeira vez, com as anfetaminas como droga principal. Tal deveu-se largamente aos aumentos relacionados com anfetaminas na Alemanha e, em menor escala, à metanfetamina na República Checa.

CONSUMIDORES DE ANFETAMINAS QUE INICIAM TRATAMENTO

Características



Utentes que iniciam pela primeira vez o tratamento

43 %

Utentes anteriormente tratados

57 %

Frequência do consumo no último mês

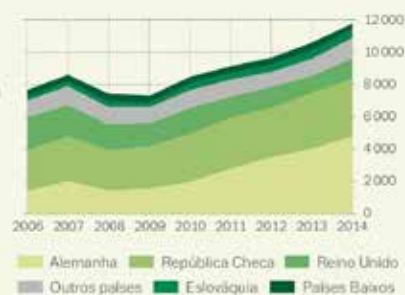
Consumo médio de 3,9 dias por semana



Via de administração



Tendências entre os que iniciam o tratamento pela primeira vez



NB: Os países abrangidos variam consoante o indicador. As características referem-se a todos os que iniciam o tratamento devido ao consumo de anfetaminas como droga principal.

Embora o consumo de droga injectável tenha, de um modo geral, diminuído na Europa, o consumo injectável de estimulantes constitui agora uma preocupação. Dos novos utentes que iniciaram o tratamento em 2014 por consumo de anfetaminas como droga principal, cerca de metade (47 %) indicaram a via injectável como principal via de administração. Vários países referiram igualmente o consumo injectável de metanfetamina e catinonas com outras drogas (por ex.: GHB) entre pequenos grupos de homens que têm relações sexuais com outros homens. Estas práticas «slamming», como são denominadas, são associadas a níveis elevados de comportamentos sexuais de risco, apontando para a necessidade de uma maior cooperação e de uma resposta conjunta dos serviços responsáveis pelo tratamento da toxicod dependência e da saúde sexual.

O número de novos diagnósticos de VIH entre consumidores de drogas injectáveis na União Europeia continua a diminuir. Em 2014, foram reportados um total de 1236 novos casos de VIH relacionados com drogas injectáveis, o menor número registado em mais de uma década. Ainda assim, em 2015, foram comunicados surtos localizados de VIH em algumas populações marginalizadas na Irlanda, no Luxemburgo e no Reino Unido (Escócia). As mudanças nos padrões de consumo de drogas, com um aumento significativo de estimulantes injectáveis, foram factores que contribuíram para o aumento desses surtos. O relatório diz que deve ser dada maior importância à identificação e à resposta aos padrões localizados de consumo de estimulantes e respectivos danos.

A hepatite C é altamente prevalente entre consumidores de drogas injectáveis na Europa, com amostras nacionais a indicarem no período entre 2013-2014, prevalências de anticorpos VHC entre 15 % e 84 %. Embora exista maior disponibilidade de novos medicamentos para o tratamento da hepatite C, o acesso ao diagnóstico e tratamento continua a ser um dos principais desafios para os profissionais que lidam com consumidores de drogas injectáveis.

A cocaína continua a ser o estimulante ilícito mais consumido na Europa. Cerca de 2,4 milhões de jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos terão consumido cocaína no último ano. A cocaína foi referida como a droga principal por 60 000 utentes que iniciaram um tratamento especializado em 2014 e por 27 000 utentes que iniciaram um tratamento pela primeira vez.

Cannabis: preocupações com o aumento do consumo, potência e procura de tratamento

Estima-se que 16,6 milhões de jovens europeus com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos terão consumido cannabis nos últimos 12 meses. Embora os níveis de consumo variem entre os países, de um modo geral, na Europa, parecem não estar a diminuir e existem indícios de alguns aumentos. No último ano, oito dos 13 países com estimativas de inquéritos recentes (desde 2013) referem aumentos no consumo de cannabis neste grupo etário.

Embora os níveis de consumo variem entre os países, de um modo geral, na Europa, parecem não estar a diminuir e existem indícios de alguns aumentos. No último ano, oito dos 13 países com estimativas de inquéritos recentes (desde 2013) referem aumentos no consumo de cannabis neste grupo etário.

As implicações do consumo de cannabis na saúde e na sociedade são mais evidentes entre os consumidores frequentes ou de longa duração (estima-se que cerca de 1 % dos adultos europeus consomem cannabis diariamente ou quase diariamente). Os níveis de potência de resina de cannabis e de cannabis herbácea são os mais elevados de sempre, o que pode aumentar os riscos do consumo.

Os dados relativos aos utentes que iniciaram tratamento por problemas relacionados com a cannabis podem ajudar a compreender a natureza e a escala do consumo de alto risco de cannabis na Europa. O número de utentes que iniciaram o tratamento pela primeira vez devido a problemas relacionados com a cannabis aumentou de 45 000, em 2006, para 69 000, em 2014. Este aumento da procura de tratamento tem sido associado a diversos factores, incluindo a mudança dos níveis do consumo e do consumo intensivo, a oferta de produtos mais nocivos, diferentes práticas de referência e maior disponibilidade de serviços de tratamento.

A cannabis é a droga com maior número de apreensões, correspondendo a mais de três quartos das apreensões efectuadas na Europa (78 %). Em 2009, na Europa, o número de apreensões de cannabis herbácea ultrapassou o da resina de cannabis e essa diferença continua a aumentar. Contudo, a quantidade de resina de cannabis apreendida na União Europeia é ainda muito superior à de cannabis herbácea (574 toneladas contra 139 toneladas) e os dados mais recentes mostram que a quantidade de resina apreendida aumentou. As mudanças no mercado europeu da resina de cannabis são hoje examinadas numa nova análise que acompanha o relatório.

Laura d'Arrigo, presidente do Conselho de Administração do EMCDDA, conclui que “Apenas algumas semanas após a Sessão Especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas sobre drogas, este relatório demonstra o compromisso de longa data da União Europeia com uma abordagem baseada em factos para uma política de luta contra a droga. O relatório apresenta uma análise exaustiva das mais recentes tendências nos 28 Estados-Membros da UE, na Turquia e Noruega. Recorda-nos que, ainda que alguns problemas do passado persistam, continuam a surgir novos desafios, nomeadamente a evolução do mercado de drogas sintéticas. Estou convencida de que este relatório é uma forma de partilhar o conhecimento sobre a situação da droga na Europa e de criar em conjunto novas respostas a esses desafios”.

MORTES INDUZIDAS PELA DROGA

Características



Idade no momento da morte



Média de idades no momento da morte

38

Mortes com presença de opiáceos

82 %

Tendências nas mortes por overdose

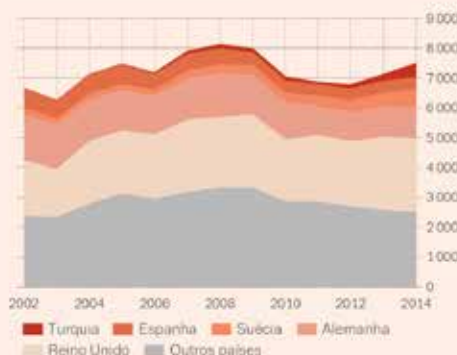
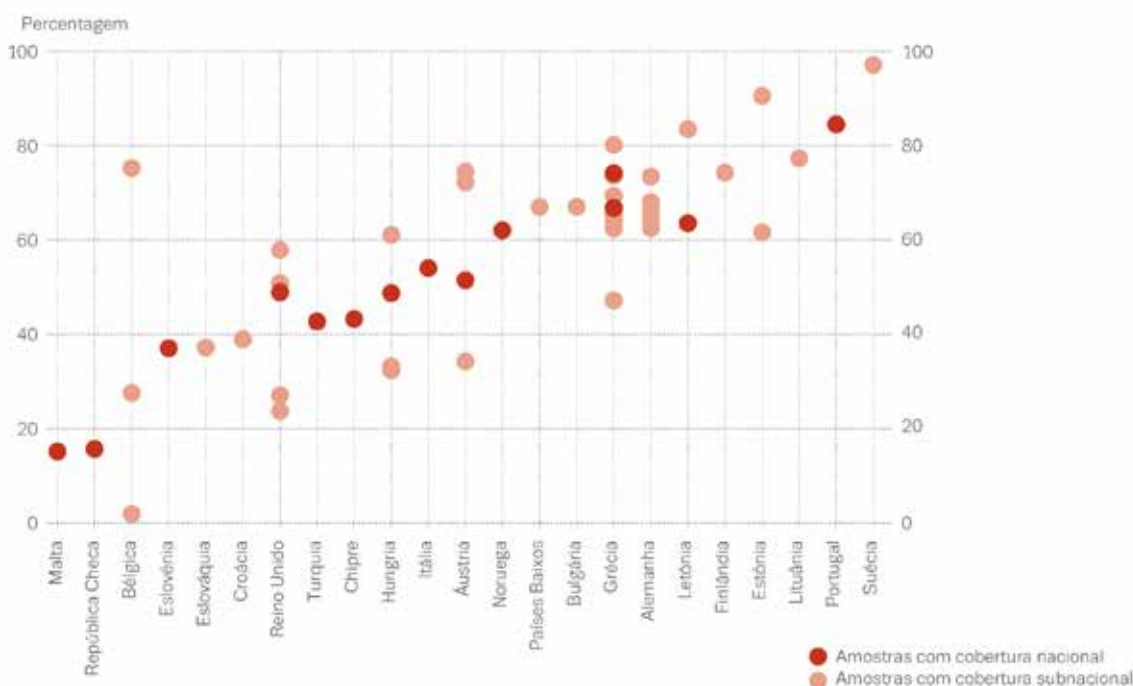


FIGURA 3.9

Prevalência de anticorpos de VHC entre consumidores de drogas injetáveis, 2013/14



Danos decorrentes do consumo de drogas injetáveis: principais doenças

A hepatite viral e, em especial, a infecção causada pelo vírus da hepatite C (VHC) têm uma elevada prevalência entre os consumidores de drogas injetáveis de toda a Europa. Este facto pode ter consequências importantes a longo prazo, na medida em que a infecção pelo VHC, frequentemente agravada pelo consumo excessivo de álcool, parece ser responsável pelo aumento do número de doenças hepáticas, incluindo cirrose e cancro do fígado, no grupo envelhecido de consumidores de alto risco.

A prevalência de anticorpos do VHC, indicadores de infeções presentes ou passadas, nas amostras nacionais de consumidores de drogas injetáveis analisadas em 2013–2014 variava entre 15 % e 84 %, tendo 6 dos 13 países que notificaram dados nacionais apresentado taxas de prevalência superiores a 50 % (Figura 3.9). Entre os países que apresentaram as respetivas tendências nacionais para o período de 2006–2014, cinco deles registaram uma tendência para um aumento da prevalência de anticorpos de VHC em consumidores de drogas injetáveis, enquanto Malta e Noruega registaram um decréscimo da mesma.

Hepatite C: novo tratamento

As medidas de prevenção da transmissão da hepatite C são idênticas às do VIH. Uma vez que a infecção por VHC tem elevada prevalência entre os consumidores de drogas injetáveis, a redução do número de pessoas passíveis de transmitir a infecção, através da oferta de tratamentos contra o VHC, é um componente essencial de uma resposta de prevenção completa. As novas orientações europeias recomendam que os tratamentos contra o VHC

sejam disponibilizados a consumidores de drogas de forma individualizada e em contexto multidisciplinar. Estão disponíveis, desde 2013, regimes terapêuticos orais sem interferão baseados em agentes antivirais de ação direta, os quais têm vindo a tornar-se o principal elemento de tratamento das infeções por VHC. Estes medicamentos são altamente eficazes, requerem períodos de tratamento mais curtos e possuem menos efeitos secundários do que os antigos medicamentos. Além disso, este tipo de tratamento pode ser disponibilizado em centros especializados de combate à toxicod dependência integrados na comunidade, facilitando assim a adesão ao mesmo e a sua disponibilização.

Saúde nas prisões: a necessidade de uma resposta global

Entre os reclusos, registam-se taxas de consumo ao longo da vida mais elevadas e padrões mais nocivos de consumo de droga do que entre a população em geral, como indicam alguns estudos recentes, que revelam que entre 6 % e 48 % dos reclusos já consumiram drogas injetáveis.

A elevada prevalência de consumo de drogas ao longo da vida contribui para a complexidade das necessidades sanitárias da população prisional, o que torna importante levar a cabo avaliações rigorosas das condições de saúde aquando da reclusão em regime prisional. A OMS recomenda a adoção de um pacote de medidas preventivas, incluindo análises grátis e voluntárias para detetar doenças infecciosas, distribuição de preservativos e material de consumo injetável estéril, tratamento das doenças infecciosas e tratamento da toxicod dependência.

Dimitris Avramopoulos, Comissário Europeu responsável pela Migração, Assuntos Internos e Cidadania:

“O problema das drogas não diminuiu mas este relatório mostra-nos o caminho para o futuro”



Que leitura política poderá assumir a sua presença no lançamento do Relatório Europeu sobre Drogas 2016?

Dimitris Avramopoulos (D.A.) – Antes de mais, devo confessar que estou muito feliz por estar hoje aqui convosco, na cidade de Lisboa, sede do EMCDDA. A minha presença prova o compromisso da Comissão e o meu próprio compromisso relativamente ao combate de uma das mais permanentes ameaças para as nossas sociedades. Hoje, como sabem, lançamos o Relatório Europeu Anual sobre Drogas. Estava também aqui convosco há um ano atrás e, desde então, tem-se verificado um real e substancial progresso. O significativo progresso alcançado pela agência ao longo destes anos resultou num conhecimento abrangente da situação da União Europeia em matéria de drogas e este relatório representa uma chave para todos nós avaliarmos políticas e implementarmos acções para enfrentarmos os desafios. Uma vez mais, gostaria de saudar o Relatório Europeu sobre Drogas 2016 e felicitar a agência pelo seu esforço e, pessoalmente, Alexis Goosdeel, com quem estou totalmente comprometido a trabalhar, assim como com os Estados-Membros e os nossos parceiros internacionais, com vista a fortalecermos a nossa luta contra as drogas em todos os seus aspectos... pela nossa juventude, pelos nossos cidadãos, pela nossa sociedade.

Que avaliação faz da situação actual da U.E. nesta matéria em comparação com anos anteriores?

D.A. – O relatório deste ano confirma que o problema das drogas na U.E. não está a diminuir. Existem novos produtos, novos padrões de consumo, novos mercados e, como tal, novos riscos para a saúde. Na verdade, estes riscos relacionam-se com o au-

mento de produtos de alta potência. A quantidade de novas substâncias continua a aumentar e as mortes por overdose estão, infelizmente, em ascensão. No ano 2015, 100 novas substâncias foram identificadas pela primeira vez. 70 por cento das novas substâncias psicoactivas que monitorizamos foram detectadas nos últimos cinco anos. À medida que a quantidade destas substâncias cresce, aumentam também os riscos, especialmente para os jovens. Como entenderão, isto requer uma clara, forte, coerente e imediata resposta a nível europeu e nacional. Temos que fortalecer o sistema de detecção precoce e a avaliação do potencial de risco. Espero sinceramente que a agência assuma no futuro um maior papel neste domínio. Uma vez adoptada pelo Parlamento Europeu e pelo Conselho, uma nova directiva da U.E. fornecerá directrizes sobre a incriminação de substâncias psicoactivas, o que finalmente permitirá desenvolver progressos decisivos e tomadas de decisão mais rápidas ao nível europeu sobre as novas substâncias psicoactivas.

O Relatório destaca outra grande preocupação, nomeadamente a emergência em força do mercado online...

D.A. – Sim, essa é outra grande preocupação destacada no relatório... Tem a ver com os novos mercados, as novas “avenidas” para os traficantes, que os criminosos encontram abusando da internet como um meio. Infelizmente, a internet permite o fornecimento de drogas sem qualquer interacção física. As formas de fornecimento tornaram-se mais curtas, mais fáceis e com menores custos associados. A nossa monitorização a este nível tem que ser, igualmente, mais sistemática e sofisticada. O nosso trabalho com os estados-membros, a comunidade internacional e a indústria dedicada ao fenómeno dos mercados de drogas online tem que ser qualificado. De facto, a indústria da internet também pode auxiliar, trabalhando ao nível da aplicação da lei. Por isso, no enquadramento do Fórum da Internet da U.E., organizaremos na próxima semana um encontro em que tentaremos perceber como agir com o tráfico online. Actividades como o tráfico de drogas, o contrabando e mesmo o terrorismo são mutuamente suportadas e fortalecidas. Podemos estabelecer algumas relações entre drogas e terrorismo, ainda que sejam usurpadoras e oportunistas por natureza e não necessariamente sistemáticas. Também por isso, precisamos de uma política mais integrada. Alguns dos terroristas dos ataques de Bruxelas tinham prévias condenações relacionadas com drogas e as autoridades sabiam-no. A nossa luta contra o crime organizado só pode ser eficaz se for inteligente, multifacetada e abrangente. Podemos fazer a diferença colaborando de forma mais estreita, trocando mais informação, aumentando cada vez



mais a nossa cooperação e confiança mútua entre cada um de nós. Disse-o após os ataques terroristas em Paris e Bruxelas e digo relativamente aos contrabandistas que colocam as vidas dos migrantes em risco. Só na semana passada, estima-se terem morrido 700 migrantes no Mediterrâneo Central. Lidar com a criminalidade relacionada com drogas é uma questão transfronteiriça e requer uma abordagem europeia mais coordenada, confiança entre todos os parceiros e cooperação com os países externos à U.E. Este é o único caminho para protegermos a União e os nossos cidadãos desses criminosos muito perigosos. Ao mesmo tempo que o fenómeno de drogas é o desafio global, requer um compromisso abrangente e global.

Realizou-se recentemente a Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, a UNGASS 2016... Que avaliação faz da participação da U.E. no evento?

D.A. – Na Assembleia Geral da ONU sobre o problema mundial das drogas estivemos firmes e unidos na promoção de abordagens equilibradas e baseadas na evidência que sustentem estas políticas. Ficámos satisfeitos por constatar que os resultados desta assembleia reflectem vários dos objectivos promovidos pela U.E. Chamaremos agora os nossos próprios parceiros para assegurarmos que os compromissos assumidos na UNGASS serão implementados. Trabalharemos da mesma forma unida e robusta na preparação da revisão, em 2018, da declaração política da ONU sobre drogas.



No entanto, frisou que devemos manter-nos em alerta...

D.A. – Estamos todos em alerta. O problema das drogas, infelizmente, não diminuiu ao longo dos últimos anos, apesar dos esforços que desenvolvemos a nível europeu. Mas este relatório mostra-nos o caminho para o futuro. Estamos mais determinados em fortalecer a cooperação no seio da U.E. entre os Estados-Membros mas igualmente em alargar a nossa esfera de acção fora da Europa. Como afirmei, apesar de não devermos ligar directamente o terrorismo às drogas, é bom que se saiba que os contrabandistas estão a usar e a abusar das pessoas desesperadas para perseguirem os seus propósitos ilícitos. A Europol está muito activa e atenta e a coordenar os Estados-Membros no sentido de combaterem este fenómeno de forma mais eficaz.

Esperando que esteja a gostar desta estadia em Portugal, aproveitava para lhe pedir uma visão pessoal sobre o modelo português sobre drogas...

D.A. – Infelizmente, a estadia foi curta demais... Portugal está a desenvolver um enorme esforço ao longo dos últimos anos. Claro que há muito a fazer no futuro mas Portugal não está sozinho... A Europa está ao lado de Portugal na luta contra este fenómeno que é uma ameaça para a nossa sociedade, particularmente para os mais jovens. O facto de esta agência europeia estar sediada aqui, em Lisboa, significa muito... Diria que é importante que tirem partido deste facto, no sentido de combaterem de uma forma mais eficiente este problema.



APEDD organiza Congresso Nacional de Adictologia::

O tempo e as adições: ligando a ciência, a clínica e a política

A Associação Portuguesa de Adictologia - Associação Portuguesa para o Estudo das Drogas e das Dependências (APEDD) organizou, nos dias 19 e 20 de Maio de 2016, o Congresso Nacional de Adictologia. O evento, que decorreu no Hotel Dona Inês, em Coimbra elegeu como tema geral "O Tempo e as Adições – Ligando a Ciência, a Clínica e a Política".

Até à actualidade, tem vindo a ser desenvolvido um consistente corpo teórico e empírico sobre os comportamentos aditivos. Contudo e apesar do indiscutível avanço no conhecimento das adições, permanecem algumas questões em aberto tanto na explicação do seu desenvolvimento e na persecução de tratamentos mais eficazes como sobretudo na tradução do conhecimento das novas linhas de investigação, em particular das neurociências, para o âmbito da prática clínica, com possíveis implicações na definição de modelos de organização dos serviços de saúde para as adições e na clarificação e ajuste da dimensão jurídica.

Dependências marcou presença neste evento, que reuniu especialistas que concorrem para a melhoria da prestação de cuidados na área das dependências, nomeadamente técnicos do terreno, investigadores e decisores políticos. No final, recolhemos declarações de João Curto, Presidente da APEDD e os depoimentos de representantes dos grupos parlamentares do PS, BE, PCP e PSD. Também presentes no evento, estiveram Rocha Almeida, Coordenador da DICAD do Centro e Cristina Barroso, Coordenadora do CRI de Leiria, que testemunharam a Dependências a eminente situação de ruptura que a resposta local enfrenta face à actual carência de recursos técnicos e espaços físicos. Por fim, entrevistámos um dos convidados do evento, o hepatologista britânico Ashley Brown, autor da comunicação As Novas Terapêuticas para a Hepatite C e os Benefícios para a População Toxicodependente.



**JOÃO CURTO,
PRESIDENTE DA
APEDD**

***“Manter um
serviço público
de adições”***

**A que objectivos presidiu a
organização do Congresso
Nacional de Adictologia?**

João Curto (JC) - Tornou-se importante afirmar a actualidade dos problemas ligados as adições e as respostas actualizadas e de acordo com a investigação científica mais recente. Depois valorizar o trabalho de todos os profissionais que em todas as instituições, públicas e privadas, foram capazes de manter um nível elevado de resposta às várias dimensões do fenómeno das dependências apesar das contrariedades nos últimos anos. Afirmer também da necessidade em manter um serviço público de adições que dê garantias de equidade para todos os cidadãos em todas as regiões do país com qualidade e acessibilidade fácil. Por fim mas não menos importante, trazer as formações políticas e os poderes políticos para um maior contacto com as pessoas que trabalham nas unidades locais e poderem tomar melhores e mais fundamentadas decisões nomeadamente sobre legislação que diga respeito ao funcionamento das instituições que trabalham em matéria de saúde sobre adições. Resumindo e como diz o título do Congresso, unir a ciência, a clínica e a política.

Que balanço faz da realização, em termos de adesão e no que concerne à partilha de novos conhecimentos nesta área?

JC - Um balanço muito vantajoso. Pudemos ter muita participação interessada nos debates que se realizaram em todas





as sessões, uma vez que a diversidade dos temas bem como a qualidade das apresentações, suscitou no público uma forte adesão. As cerca de 300 pessoas que assistiram ao Congresso, representativas das diferentes profissões que lidam com as adições, e também outros cidadãos interessados, puderam intervir facilmente pois uma das preocupações da organização era manter o espaço de diálogo em praticamente todas as sessões.

Que destaques salientaria em termos técnicos e científicos face às temáticas e comunicações?

JC - Penso que a qualidade do congresso é transversal, pois em todas as mesas tivemos intervenções proeminentes e de uma actualidade marcante, como as intervenções sobre a utilização da cannabis ou a informação em matéria de adições no seio da comunicação em saúde, a par da divulgação de trabalhos científicos muito recentes como o caso dos trabalhos apresentados na sessão sobre a investigação e a clínica das adições com estudos de 2016, nas áreas dos déficits das funções cognitivas em policonsumidores e sobre as vulnerabilidades genéticas e diminuição da capacidade energética nos dependentes de substâncias psicoactivas. Não queria deixar de dizer que a importância de termos tido a possibilidade de dialogarmos de perto com os representantes dos grupos parlamentares dos partidos políticos, constituiu um momento de aproximação que caracterizava de sadio e a que é necessário dar continuidade.

Devo no entanto dizer que as três conferências que se realizaram expressam bem a ideia do congresso. Uma abordagem mais jurídica e com componente política por parte do Sr. Provedor de Justiça, Faria Costa, o ensinamento da ciência das adições com investigação recente por parte da Professora Catarina Oliveira e a clínica, com Ashley Brown, sobre o sério problema da hepatite C nos consumidores de drogas.

“Ligando a ciência, a clínica e a política” foi o tema desta realização. Numa altura em que tantos profissionais

afectos à área das dependências reclamam uma nova configuração organizacional do sistema, cujas últimas alterações, do foro meramente político, não parecem ter resultado, que síntese faz dos testemunhos deixados neste congresso pelos representantes dos grupos parlamentares da Assembleia da República do PS, PSD, BE e PCP?

JC - Como disse anteriormente, saudamos a disponibilidade demonstrada pelos Srs. Deputados em dialogar e ouvir as reflexões proporcionadas pelos profissionais que trabalham no terreno. Ouve pelo menos uma disposição em reabrir a discussão em torno de uma organização de serviço público que reabilitasse as boas práticas de anos anteriores à situação de desmembramento dos serviços públicos das adições em 2012, e se configurasse uma organização com coordenação nacional que reflectisse também as novas tendências em matéria de comportamentos aditivos.

Este evento acolheu ainda a realização da Assembleia Geral da APEDD... Que principais vectores foram discutidos no âmbito do futuro da adictologia em Portugal e que conclusões resultaram da assembleia?

JC - Não posso de momento tecer considerações sobre os nossos contributos para a definição de políticas e abordagens sobre as diferentes dimensões das adições dado que esta assembleia foi no essencial para aprovação do relatório de actividades e contas da APEDD. Posso no entanto adiantar que no curto prazo a Associação Portuguesa de Adictologia quer incentivar a formação em Adictologia para os trabalhadores das diferentes categorias profissionais. E gostaria de referir que foi editada online, no site da APEDD adictologia.com, o 2º número da Revista Adictologia que está disponível gratuitamente a todos quantos se interessem por estas matérias. Apesar dos notáveis avanços nas últimas décadas no domínio da investigação, ainda estamos longe de uma verdadeira compreensão de todos os factores ambientais e mecanismos cerebrais que conduzem aos comportamentos aditivos, mas sabemos que as adições não são de ontem de hoje ou de amanhã, acompanham a evolução humana.



O que esperam os decisores políticos

Para o segundo dia do congresso estava reservada o último elo de ligação patente no tema do evento: a ligação da política às questões das adições. Estiveram presentes representantes dos grupos parlamentares do PS, BE, PCP e PSD, que foram questionados sobre a degradação dos recursos humanos e sobre a tentativa de se extinguirem serviços de reconhecida qualidade internacional. Os deputados foram desafiados a responder sobre o que pensam fazer no sentido de repor ou reverter os níveis de confiança e qualidade nas respostas e sobre a discussão e legalização da cannabis... Porquê estas e não todas as outras substâncias psicoactivas? Aqui ficam as respostas...



CARLA CRUZ, PCP

“Sempre nos opusemos à desintegração dos serviços”

“Conhecemos as dificuldades com que os serviços estão confrontados, sabemos que as dificuldades não são apenas de recursos humanos, sabemos a carência

que existe de enfermeiros e de médicos, nomeadamente de especialistas de medicina geral ou de psiquiatras e de assistentes sociais. Muitos profissionais saíram porque se cansaram e desmotivaram face à opção que o anterior Governo tomou, de desinvestir nesta área. Mas sabemos também que falta material, faltam condições para a operacionalização deste trabalho. Por outro lado, muitas equipas confrontam-se com dificuldades ao

nível das instalações... Temos levado estes problemas à Assembleia da República e, sempre que temos conhecimento, questionamos a tutela. Foi sempre este o trabalho do PCP. Relativamente à questão da legalização das drogas, consideramos que um dos maiores desafios que o país enfrenta relativamente ao combate à toxicodependência, é apostar na defesa da despenalização. Temos de recuperar a resposta nacional de qualidade, o que passa pela reconstrução de uma entidade pública que esteja ligada ao SNS, que articule com os cuidados de saúde primários e que tenha essa responsabilidade desde o planeamento até à operacionalização e intervenção no terreno, em articulação com as outras estruturas, com as equipas de rua e instituições que trabalhem na área da prevenção. Nós lemos estudos e sabemos que a cannabis não é inócua. E recordaria os resultados de um inquérito nacional realizado sobre o consumo de substâncias psicoactivas na população jovem, data de 2012, em que 12 por cento dos consumidores de cannabis assumiam à data má conduta em casa em consequência do consumo e 8,1 por cento relatavam que sentiam dificuldades em realizar tarefas importantes; 4,5 por cento admitiam problemas de saúde...”



**JOÃO TORRES, PS**

“Faremos o possível para inverter o quadro actual”

“Fiquei particularmente sensibilizado e posso garantir que canalizarei esta informação, no quadro de intervenção do Governo, de forma

muito clara. Isto é, procurei saber o que está a fazer o Governo para inverter esta situação, sendo que posso desde já dizer que me identifico com a necessidade de conceber estratégias integradas para abordar este problema. O Grupo Parlamentar do PS está disposto a repor índices de qualidade, sem dúvida nenhuma. Não vamos, de forma alguma, assumir a degradação dos últimos anos, que não foi devida à acção política do Partido Socialista e faremos o possível para inverter o quadro actual”.

**LAURA MAGALHÃES, PSD**

“Se entenderem por bem mudar, por que não?”

“Em relação ao desmembramento do IDT e à constituição do SICAD, acho que ninguém é dono da verdade, assim como os deputados do PSD e os membros que consti-

tituíram o anterior Governo e creio que não sofremos dessa síndrome de entendermos que temos razão para tudo. Quando o SICAD apresentou o relatório na Assembleia da República, consideraram que não houve um grande prejuízo e, agora, vocês que trabalham no terreno, estão a dizer que há... Acho que é importante analisar os prós e contras e reflectir em relação a este assunto e, se entenderem por bem mudar, por que não? Em relação à questão sobre se tínhamos consciência dos problemas, eu, pessoalmente, tenho porque, de alguma forma, também trabalhei na área e conheço muito de perto esta realidade mas também acho mesquinho e demagógico dizer-se que tudo de mal que existe se deveu aos últimos quatro anos. Claro que houve coisas que não estiveram bem e não somos os donos da verdade, assim como ninguém o é mas também não podemos esquecer a situação em que estava o país em 2011, em que, por exemplo, não havia dinheiro para pagar medicamentos. Algumas mais erradas, outras menos mas houve opções que tiveram que ser tomadas. Relativamente às preocupações que aqui levantaram, comprometo-me a fazer chegar ao Grupo Parlamentar do PSD para as trabalharmos em conjunto. Relativamente à disposição de o Grupo Parlamentar do PSD repor os índices de qualidade que anteriormente existiam, como devem entender, não vou aqui comprometer todo o Grupo

Parlamentar do PSD face a uma situação que depende de muitas variáveis. O que posso dizer é queremos o melhor para todos”.

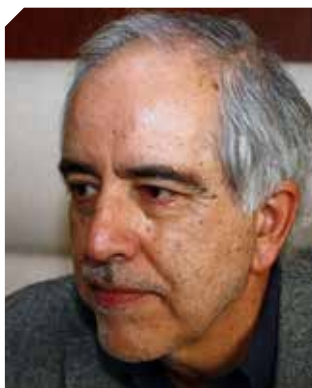
**MOISÉS FERREIRA, BE**

“Promover novamente uma integração”

“O Bloco de Esquerda já tinha tido a oportunidade de reunir com alguns dos subscritores da Declaração de Aveiro, que nos falaram sobre estes problemas, temos tido a oportunidade de visitar alguns

CRI pelo país e de obter algum conhecimento mais inteirado do que se passa. Também por isso, temos construído algumas propostas que apontam, nomeadamente, para a necessidade de se promover novamente uma integração ou uma desfragmentação do que foi fragmentado e a hipótese de estas respostas serem integradas no SNS. O BE já questionou o Governo e esperamos ter um terreno fértil para trabalharmos num outro modelo que não este de fragmentação de respostas. Ter estratégias integradas e agir para as várias substâncias, sejam elas lícitas ou ilícitas, é muito importante. Fenómenos de consumo como os de álcool, de ansiolíticos, de antidepressivos ou o jogo patológico, que também causam dependência, devem constituir uma preocupação dado o excessivo consumo em Portugal. No caso do álcool, temos inúmeras comorbilidades associadas e ainda uma das principais causas de morte em Portugal de forma directa ou indirecta. Sobre a legalização da cannabis e uma eventual contradição, antes de mais, gostaria de dizer que foi bom termos tido um debate sobre o assunto porque, independentemente de a comunidade científica estar a investigar, a sociedade deve debater e confrontar todas as opiniões existentes. Não me parece ser uma contradição. Pelo menos, não será uma contradição maior do que aquela que existe sobre inúmeras coisas, como o facto de o álcool ser lícito... Não estamos a debater se a substância é ou não inócua. Sabemos que se trata de uma substância que tem consequências como qualquer outra e, quanto mais consumida, mais consequências terá, como todas as outras que já são hoje permitidas, como o tabaco, o álcool, o sal, o açúcar ou as carnes processadas... O que interessa perceber é de que forma é que as pessoas que o queiram fazer o poderão fazer de forma consciente e livre, sendo mais protegidos nesta sua decisão individual. Do ponto de vista do BE deve ser permitido que aqueles que consomem não tenham substâncias adulteradas e que estejam livres de redes de tráfico”.





**ROCHA ALMEIDA,
COORDENADOR DA
DICA DO CENTRO**

***“Durante
estes cinco
anos vivemos
uma grande
instabilidade”***

Começava por lhe pedir um ponto da situação que está a assolar o CRI de Leiria e o de Pombal...

Rocha Almeida (RA) – De uma forma geral, creio que devemos abordar o que se está a passar nesta área a nível nacional e, em particular, na região Centro. Desde que, em 2011 foi extinto o IDT, as unidades funcionais de intervenção local foram integradas nas ARS e, a partir daí, não houve uma clara definição do que se pretendia com estes serviços. Sentimos, desde sempre, que houve algum desinvestimento na nossa área, dando a entender que o problema da droga deixou de ser uma preocupação nacional.

O governo anterior acabou com os contratos de acumulação o que levou à saída dos serviços de médicos e enfermeiros, houve profissionais que se aposentaram, outros que emigraram ou pediram mobilidade para outros serviços face a alguma preocupação que sentiam relativamente ao seu futuro.

Mas é ou não verdade que as equipas dos CRI transitaram na íntegra para as ARS?

RA – Sim, transitaram na íntegra e continuamos a desenvolver o nosso trabalho como o fazíamos anteriormente. Nesse aspecto não houve mudanças. A verdade é que as ARS também não tiveram grandes orientações sobre o que se pretendia para os nossos serviços. Durante estes cinco anos vivemos uma grande instabilidade sobre o futuro dos serviços e se juntarmos a esta indefinição os rumores que frequentemente surgiam, desintegração dos serviços, integração nos ACES, na Saúde Mental, percebemos o clima de apreensão que existia quer nossos utentes e familiares quer nos profissionais que trabalham nesta área. Continuamos a trabalhar e, mas ao fim de cinco anos começamos a sentir dificuldade para em dar resposta face às solicitações que nos são feitas, nomeadamente em termos de tratamento. Aqui, estamos a sentir

grandes dificuldades na área médica e de enfermagem, duas áreas fundamentais quando tratamos a toxicodependência.

Que recursos existem actualmente nestes CRI do Centro?

RA – Neste momento, não temos, por exemplo, nenhum médico a tempo inteiro no CRI de Leiria, duas enfermeiras desse mesmo CRI concorreram a outro serviço e soubemos agora que foram colocadas... Isto vai paralisar o serviço, uma vez que não vai ser possível dar resposta em termos de consulta médica e de enfermagem, da administração de fármacos nomeadamente de metadona, não será possível o adequado acompanhamento dos programas de manutenção opiácea. Se não entrar ninguém para substituir estes profissionais não vejo com podemos dar resposta aos utentes que tratamos e aos que nos solicitam ajuda pela primeira vez.

Já se sentem os efeitos dessa escassez de recursos no terreno ao ponto de prejudicar os utentes?

RA – Sim, já estamos a sentir efeitos, nomeadamente em termos de novas consultas, que tivemos que fechar. Estamos com lista de espera, algo que não existia nos nossos serviços, em que dávamos resposta entre oito a 15 dias. Quanto às consultas de seguimento, vamos deslocando alguns médicos entre serviços por forma a assegurar resposta. Mas, como sabe, a criação de uma lista de espera nesta área é algo muito mau... Por outro lado, é importante perceber que a nossa população toxicodependente está mais envelhecida, a precisar de mais cuidados de saúde para além do seu problema de drogas e o enfermeiro e o médico são fundamentais na avaliação dessas situações. É evidente que os outros técnicos, dentro da avaliação multidisciplinar e do trabalho de equipa, também detectam os problemas mas faltam aqueles que podem dar resposta imediata a essas situações e, se ficarmos sem estas duas valências, corremos o risco desta população, que continuará a precisar de cuidados de saúde, ter que recorrer a outros serviços. No caso de Leiria, são mais 600 utentes e no caso da Marinha Grande são cerca de 300 e estes utentes terão que ir para algum sítio porque, para além da administração diária de metadona, precisam de outros cuidados. E não sei até que ponto os cuidados primários ou os hospitais terão capacidade de resposta. Além disso, estamos a ser solicitados para situações relacionadas com novos padrões de consumo, o que representa um perfil de doentes mais jovens, que necessitam de um acompanhamento especial que não pode ficar apenas pela interven-



ção a nível da prevenção dos consumos. Face a este novo perfil de consumidores, há necessidade de manter uma intervenção em termos de equipa multidisciplinar, e nesta equipa tem de estar o médico e o enfermeiro.

O que está a acontecer a esses novos utentes?

RA – O que sugerimos é que recorram a outros serviços, como os cuidados primários ou os serviços hospitalares...

... Onde não existe propriamente uma competência especializada...

RA – Exactamente! Mas não temos condições para o assegurar...

Se os recursos humanos são fulcrais nesta área, por outro lado, as instalações físicas também concorrem para a melhoria dos índices de qualidade da prestação de cuidados. E são conhecidas, também nesta vertente, lacunas...

RA – Penso que está a falar do que se está a passar na Equipa de Tratamento de Pombal. Efectivamente, ainda éramos IDT, a Câmara Municipal do Pombal contactou-nos, uma vez que iria realizar obras de alargamento do Centro de Saúde do Pombal, no sentido de saber se estaríamos interessados em integrar aquele pólo de saúde, adjacente ao hospital. Claro que aceitámos, inclusivamente colaborámos com o arquitecto no desenho do espaço, as obras foram realizadas, estávamos convencidos que deixaríamos o actual apartamento onde estamos há 20 anos sem qualquer requalificação, um espaço exíguo, num quadro de aceitação que também envolvia a ARS Centro. mas, Entretanto, fomos confrontados com a assunção por parte do ACES de que estará carente de espaço, propondo-se com o acordo da ARS Centro ocupar o espaço que estava destinado à ET de Pombal. E nós acabámos por ficar no mesmo espaço, o que não é bom para os utentes nem para os profissionais, que esperavam uma mudança para melhor. Neste momento, após uma reunião com o Secretário de Estado da Saúde e a ARS estamos em negociações para viabilizarmos outra solução, não a que pretendíamos inicialmente mas igualmente na cidade.

Entre outras ameaças, falou sobre a não reposição dos profissionais que entretanto foram saindo dos serviços... Sentirão os novos profissionais que, hoje, já não é apelativo trabalhar em dependências?

RA – Não tenho essa visão... Continuamos a dar formação a internos de especialidade de medicina geral e familiar e de psiquiatria, que passam períodos de três meses nos nossos serviços, e verificamos que estes nossos colegas ficam surpreendidos e agradados com o modo de intervenção e sentem que estamos perante uma área que deveríamos ter em atenção, nomeadamente pelas várias patologias associadas. Por outro lado, é interessante face à resposta que os próprios utentes dão. É diferente trabalhar na área dos comportamentos aditivos num serviço onde estão as várias patologias, como sejam os ACES, ou trabalhar num serviço onde existe apenas uma área de vocação. Nesse sentido, não sinto que haja um desinteresse. Também com os estagiários de enfermagem, de psicologia e de serviço social não sentimos que haja desinteresse no modo de intervenção e com os utentes que tratamos.

Acho que continua a ser muito importante trabalhar nesta área e o que se está a passar neste congresso vem mostrar precisamente isso. Neste congresso, optámos por um título que fala do futuro das adições tendo em atenção a ligação que tem de existir entre a ciência a clínica e a política. E se a nível da ciência e da clínica vamos acompanhando a evolução do fenómeno, já a nível político deixou de haver interesse na área dos comportamentos aditivos e das dependências.

Penso que, se temos algo bom neste país no que concerne ao combate a este tipo de problemas, isso tem a ver com a política que implementámos ao longo destes anos. E esta política tem que vir novamente ao de cima. Alguém tem que definir o que somos. Neste momento, não temos identidade... Se for ao Portal da Saúde, onde o Ministro da Saúde diz estar presente todo o SNS, verifica que os nossos serviços nós não constamos... E somos saúde...

Em que medida poderia a criação de um novo modelo organizacional resolver o problema?

RA – Penso que a criação de uma rede das adições, aproveitando os serviços que já existem, actualmente também vocacionados para outras áreas que não só o consumo de heroína mas igualmente do álcool, de outras substâncias e já com formações em termos de jogo e de internet. Penso que Seria importante aproveitar esta rede e criar uma rede nacional de adições nacional, onde, aí sim, já teríamos uma entidade e poderíamos lutar pelos serviços. Assim, permaneceremos numa indefinição onde nem sequer nos dizem o que somos...





CRISTINA BARROSO, COORDENADORA DO CRI DE LEIRIA

**“Utentes
precisam de
médico e de
enfermeiro”**

Após a integração das unidades de intervenção local nas ARS, vários CRI têm reclamado perdas de recursos... Como avalia a situação actual do CRI de Leiria?

Cristina Barroso (CB) – Para o CRI de Leiria este processo de integração não parece ter sido bom. Não responsabilizando apenas a ARS, porque não tem a ver apenas com esta entidade, já no tempo do IDT tínhamos uma grande lacuna de médicos e de enfermeiros, porque houve situações que deixaram de ser possíveis, como a acumulação de funções de enfermeiros, o que veio dificultar a criação de respostas a esse nível. A falta de médicos na ET da Marinha Grande era já uma lacuna grave mas que se ia colmatando com a entrada de um médico por uns dias ou por umas horas, situações provisórias e que nos deixaram novamente “descalços”. O CRI de Leiria agrega três unidades, Leiria, Marinha Grande e Pombal, onde tínhamos até ao final do ano passado 578 utentes activos em Leiria, 283 na Marinha Grande e 153 em Pombal, sendo que grande parte destes utentes estavam em programa de metadona. Ora, estes utentes precisam de médico e de enfermeiro. Na ET de Leiria, temos uma médica de clínica geral quatro horas por semana, a Dra. Esmeralda Teixeira, oriunda da ET de Coimbra, a ET da Marinha Grande não tem médico, sendo a médica da ET de Leiria ou o Dr. Rocha Almeida que, de vez em quando, se deslocam a essa unidade para fazer atendimentos, na ET do Pombal, temos uma médica psiquiatra da ET de Coimbra, a Dra. Alice Castro, que vai um dia por semana à ET de Pombal. A saída da Dra. Helena Agostinho no final deste mês, a médica psiquiatra da ET de Leiria e que dava também alguma ajuda na ET da Marinha Grande, ditou que ficassemos apenas com estes recursos. De enfermagem, temos outra situação grave, uma vez que, a partir do dia 1 de Junho, teremos apenas uma enfermeira, em contrato de avença em Leiria e na Marinha Grande, e outra que vem da ET de Coimbra a Pombal dois dias por semana... São recursos claramente escassos, não conseguimos dar a resposta necessária aos nossos utentes, temos encerradas as primeiras consultas e, como tal, não estamos a receber novos utentes. Claramente, estamos perante uma população que está a ser descurada e que não está a ser atendida nos cuidados devidos e em risco de rutura eminente.

A ARS do Centro tem conhecimento destas situações?

CB – Sim, a ARS tem conhecimento.

E que respostas vos tem dado?

CB – Até à data, têm dito que temos que procurar recursos...

Mas, sendo vocês um serviço da ARS, não têm competências ao nível da contratação...

CB – Exactamente, não temos essa competência... Demos conhecimento ao Dr. Rocha Almeida, o Coordenador da DICAD que, por sua vez, deu conhecimento ao Dr. Tereso, Presidente da ARS Centro, a situação foi colocada em reunião com o Dr. Tereso em que estive presente e em que houve a oportunidade de falarmos pessoalmente e, inclusivamente, foi já redigida uma carta por toda a equipa ao ministro da saúde.

Quanto aos utentes que têm vindo a ser seguidos em consulta e em programa de metadona, também têm visto a resposta comprometida?

CB – Não propriamente... O problema reside na impossibilidade de reavaliarmos os programas e de fazermos reduções ou ajustes, a menos que surjam queixas e, nesses casos, pedimos a colaboração da Dra. Esmeralda Teixeira ou mesmo do Dr. Rocha Almeida, de acordo com a disponibilidade de tempo que têm, extremamente reduzida. Outros utentes que não estejam inseridos neste tipo de programa têm que ser encaminhados para os cuidados de saúde primários...

Neste momento, estamos a falar de cerca de 700 utentes divididos entre as três ET?

CB – Neste momento, provavelmente sim mas, com tudo isto, tem havido uma redução do número dos nossos utentes; em Leiria ainda não se fez sentir esta limitação, não havendo ainda redução de utentes uma vez que a saída da médica que fazia um horário a tempo inteiro é muito recente. No ano passado, entre Leiria, Marinha Grande e Pombal, tínhamos cerca de 1014 utentes ativos.

Por quantas horas semanais de médicos são servidos?

CB – Se pensarmos nas sete horas da Dra. Alice Castro em Pombal e nas quatro horas da Dra. Esmeralda Teixeira em Leiria, são 11 horas no total para servirmos estes utentes...

Poderá estar em questão a continuidade do serviço?

CB – A continuar assim, está! Neste momento, temos uma enfermeira em contrato de avença que, naturalmente, ficando sozinha a partir de Junho, tendo que dar resposta a duas unidades (Leiria e Marinha Grande), não suportará esta situação e procurará alternativas. Imagine-se se ficar doente, isto já para não falar que, estando em contrato de avença, não tem direito a férias... Quando falamos em utentes em programa de substituição, pelo menos uma grande parte dos mesmos devia ir ao serviço diariamente... Actualmente, isso não é possível.

Existe alguma equipa de rua que administre um programa de substituição opiácea no terreno em unidade móvel?

CB – Não. Existem programas de redução de riscos mas sem programas de substituição.





**ASHLEY BROWN,
CONSULTOR
EM HEPATOLOGIA
NOS
HOSPITAIS ST. MARY
E
HAMMERSMITH,
LONDRES,
REINO UNIDO**

“As Novas Terapêuticas para a Hepatite C e os Benefícios para a População Toxicodependente”

Na sua comunicação, referiu-se à Hepatite C como mais do que uma doença do fígado... O que pretendeu transmitir?

Ashley Brown (AB) – Como uma das doenças do fígado, temos que pensar nas manifestações extra hepáticas, ou seja, nas partes do corpo para além dos efeitos no fígado... Sabemos que a Hepatite C causa depressão, afecta a maneira como pensamos, como sabemos que afecta o sistema imunitário, cardiológico e outras partes do nosso corpo. Como tal, não se trata apenas de uma doença do fígado. Mas também temos que pensar na Hepatite C como um problema de saúde pública. Esta é uma doença infecciosa que tem vindo a espalhar-se entre a nossa comunidade e temos que adoptar medidas para assegurarmos a redução da prevalência de novas infecções.

De acordo com a sua comunicação, a Hepatite C tem igualmente uma grande prevalência em Portugal entre os utilizadores de drogas endovenosas, o segundo país em números, depois da Holanda na UE...

AB – Sim, no seio da comunidade de injectores de drogas, a prevalência em Portugal é muito elevada, com taxas superiores a 80 por cento de indivíduos infectados. Creio que estes indicadores estarão relacionados com factores como o atraso na implementação de determinados programas como o da troca de seringas...

Apesar de Portugal ter um programa de tratamento com recurso aos novos fármacos disponível apenas há um ano, o mesmo já evidenciou uma taxa de sucesso para a cura assinalável. A verdade é que a amostra é ainda muito reduzida e ainda não conseguimos chegar a populações

com hábitos de alto risco como os injectores de drogas ou os reclusos... Como poderemos fazê-lo?

AB – O problema é que as comunidades que enfrentam as maiores necessidades são vedadas ao silêncio... A sociedade, como um todo, prefere acreditar que os reclusos e os utilizadores de drogas não existem e estes não possuem grupos estruturados para fazerem um trabalho de lobby no seu proveito. Nós temos o dever de falarmos por essas pessoas e de promover o desenvolvimento. Quando olhámos uma década atrás e percebemos como a medicação para o VIH se desenvolveu, percebemos que isso se deveu a um maior activismo por parte dos pacientes, o que, infelizmente, não se tem verificado quanto aos pacientes com Hepatite C. Como tal, devemos promover a sua participação nesta causa.

Na sua comunicação, também frisou que os utilizadores de drogas por via endovenosa são 10 vezes mais sujeitos à infecção de VHC do que de VIH... No entanto, os governos europeus parecem mais preocupados em compartilhar tratamentos do VIH...

AB – É verdade e isso deve-se ao facto de o lobby do VIH ser muito forte, bem organizado e de ter muito dinheiro por detrás. Infelizmente, o mesmo não se aplica ao VHC. Basta pensarmos que muitas celebridades surgem em defesa do VIH, até portadores... Não me lembro de ver nenhuma celebridade com VHC fazer o mesmo...

Estará a infecção subdiagnosticada?

AB – Está altamente subdiagnosticada! Estimamos que, na maioria dos países da Europa, 50 por cento das pessoas com Hepatite C não conheçam o seu estado. Sem verdadeiros programas de saúde que encorajem as pessoas a fazerem o teste nunca lá chegaremos. Temos que tornar a Hepatite C mais visível, que fazê-la parte da agenda política.

Que tipo de estratégias adoptou o Reino Unido para chegar a estas designadas populações de risco?

AB – Existem diferentes vias... Muitas unidades académicas têm desenvolvido projectos mas, em simultâneo, o meu Governo penaliza o meu hospital em termos de financiamento se eu não demonstrar que desenvolvo programas de proximidade em contextos como as prisões ou os utilizadores de drogas. Trata-se de uma questão de igualdade de direitos, de direitos humanos. Todos comungamos que não podemos continuar a discriminar as pessoas em função das suas raças, crenças, religiões ou sexualidade mas parece ser totalmente aceitável que as autoridades públicas da saúde discriminem pessoas com base nas escolhas de vida que adoptaram em termos de adições. Temos que parar isso e que afirmar que estes pacientes têm o mesmo direito a serem tratados que todos os demais.



"Houve uma deliberada intenção de desmantelamento das respostas"



JORGE MACHADO, PCP

“Iremos levar este problema à Assembleia da República”

Foram aqui sinalizadas preocupações e identificados problemas resultantes de uma situação criada há cinco anos, com a extinção do IDT e a transferência de competências para as ARS. Existe disponibilidade, por parte do grupo parlamentar do PCP, para reverter esta situação e repor aquele que foi reconhecido internacionalmente como um modelo de intervenção em dependências?

Jorge Machado (JM) – O que entendemos é que houve, efectivamente, uma deliberada intenção de desmantelamento das respostas para os toxicodependentes e para o combate aos fenómenos de adicção. Essa foi uma estratégia que combatemos desde a primeira hora, utilizando várias vezes o exemplo de que havia muitos países a visitarem o IDT para perceberem como funcionava esse exemplar modelo. Fomos sempre contra o desmantelar do IDT e as consequências que esse desmantelamento, da responsabilidade do Governo PSD/ CDS PP, está hoje a ter no terreno. Por outro lado, iremos levar este problema à Assembleia da República porque, efectivamente, é necessário resolver este problema institucional que está criado. A transferência para as ARS ficou a meio do caminho, havendo divisão relativamente àquilo que são as respostas.

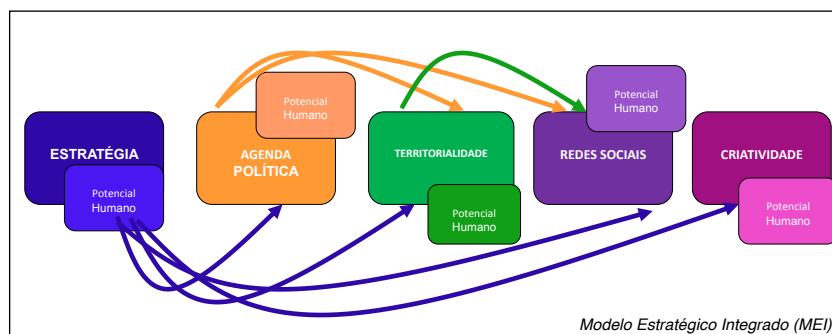
Além das carências actualmente relatadas ao nível dos recursos humanos, nomeadamente de médicos, enfermeiros e outros profissionais, também se verifica uma precariedade generalizada ao nível das instalações, algo inexplícável quando assistimos recentemente ao encerramento de escolas e outros serviços públicos...

JM – Estamos agora numa instalação que tinham esse problema e a intervenção do PCP foi determinante para desbloquear as obras no CRI Porto Oriental. Entendemos que é necessário melhorar as instalações e recuperar e apostar na componente dos recursos humanos. Estamos perante um problema relacionado com profissionais a atingir a idade de aposentação e é preciso passar o testemunho, garantindo que os mais experientes possam formar uma nova geração e que, desta forma, não se perca o saber fazer. Também é fundamental que se tomem medidas para o reforço do quadro de recursos humanos, actualmente muito depauperado. A resolução do problema institucional e organizacional será o primeiro passo para resolvermos estes problemas.

Nesta sessão, ouvimos igualmente algumas instituições que levantaram um problema relacionado com a sua própria sobrevivência e que tem a ver com a comparticipação de 80 por cento do pagamento dos tratamentos por parte do Estado. Sabendo-se que a grande maioria dos toxicodependentes não conseguem assegurar o pagamento dos restantes 20 por cento, que solução poderá existir?

“A resolução do problema institucional e organizacional será o primeiro passo para resolvermos estes problemas”





JM – Sempre dissemos que o Estado não poderia desresponsabilizar-se e, portanto, têm que ser encontradas soluções para compensar as associações que perdem essa componente. É evidente que não podem deixar de existir respostas e essa componente dos 20 por cento para a comparticipação familiar é algo descabido neste mundo da toxicodependência, em que a droga destrói normalmente as famílias, quebra relações e leva a problemas muito difíceis de gerir. Assim, é preciso encontrar soluções que olhem para as associações com esta perspectiva de que o Estado não se pode desresponsabilizar das suas tarefas e olhar para as IPSS de uma forma diferente para que as mesmas possam ser compensadas.

Temos vindo a assistir nos últimos tempos à discussão sobre a legalização da cannabis, qual é a posição do PCP?

JM – É uma falsa questão porque o consumo está despenalizado. Quem consome tem que ser tratado como uma pessoa que tem um comportamento aditivo e que tem que ser ajudado e não como um criminoso. Esse é o enquadramento fundamental. Outra questão é discutir se estaremos a promover a venda e o consumo... Aí é que temos alguma reserva porque não tratar os toxicodependentes como criminosos é, naturalmente, o comportamento correcto mas é substancialmente diferente pensar numa solução como as salas ou clubes de consumo de cannabis porque essa também pode ser perspectivada como uma estratégia de promoção do consumo. E que poderá contribuir para um aumento do consumo desta substância e trazer mais gente para a droga. Considero isso profundamente discutível e devemos analisá-lo com imensa cautela.

“As salas ou clubes de consumo de cannabis pode ser perspectivada como uma estratégia de promoção do consumo”



Vidas entre margens: consumos e doença mental, caminhos para a exclusão social

O Gabinete de Atendimento à Família, IPSS que intervém em todo o distrito de Viana do Castelo, organizou, no dia 20 de Maio, as suas XXII Jornadas. O evento, que decorreu na cidade de Viana do Castelo, foi subordinado ao tema Vidas entre margens: consumos e doença mental, caminhos para a exclusão social e reuniu especialistas na área das dependências e da saúde mental, representantes de ONG e decisores políticos e ofereceu uma oportunidade de reflexão e integração sobre práticas de intervenção comunitária. Nestas XXII Jornadas, sob a responsabilidade da Comunidade de Inserção do GAF, versaram-se os impactos dos consumos de estupefacientes na qualidade de vida pessoal, familiar e social e analisaram-se os mecanismos sociais de exclusão destes cidadãos no seu processo, sempre difícil, de reinserção socioprofissional.

Dependências acompanhou o evento e entrevistou o autarca de Viana do Castelo, José Maria Costa, a coordenadora da equipa de rua do GAF, Cláudia Marinho, e José Ramos, da Clínica do Outeiro, autor da comunicação O Álcool como Organizador da Dinâmica Familiar



**JOSÉ MARIA COSTA,
PRESIDENTE DA
CÂMARA MUNICIPAL
DE VIANA DO CASTELO**

***“Promovemos
estilos de vida
saudáveis”***

**Que importância atribui ao
envolvimento do poder local
nestas matérias relaciona-
das com a saúde e acção so-**

cial e com as problemáticas afectas às dependências?

José Maria Costa (JMC) – É muito importante... Diria mesmo que é central. Os municípios estão hoje cada vez mais convocados para os sectores sociais até porque, trabalhando na nossa rede local de acção social, esta cumplicidade interinstitucional é muito importante para podermos potenciar o trabalho que as instituições privadas desenvolvem e para podermos articular, através dos nossos técnicos, medidas, acções e projectos que temos em curso, através do nosso Gabinete da Cidade Saudável, em que promovemos estilos de vida saudáveis, acções de sensibilização nas escolas, exposições... Portanto, este trabalho de parceria é cada vez mais fundamental e, por isso, diria que as câmaras têm hoje um papel central também na vida social das nossas comunidades.



Viana do Castelo é um território que sente este tipo de problemáticas relacionadas com as dependências?

JMC – Naturalmente que sim e acho que se deveria fazer mais por este sector. As políticas de prevenção são essenciais e cada vez mais necessárias. Na nossa Comunidade Intermunicipal do Alto Minho temos alguns projectos na área da prevenção, não só da questão das drogas mas igualmente do alcoolismo, em que pretendemos trabalhar com os agrupamentos escolares, com as IPSS, com a saúde e a área social. Creio que a aposta deverá passar mais pela prevenção do que pelo tratamento.

O GAF é um parceiro local?

JMC – O GAF é um óptimo parceiro local, não só nestas áreas mas igualmente noutras e tem demonstrado, ao longo dos anos, a sua capacidade de intervenção e a disponibilidade permanente para desafios e projectos. Foi e continua a ser uma entidade que, do ponto de vista da inovação das respostas sociais, esteve sempre muito à frente. Recordo que foi das primeiras entidades, através de uma parceria que tem connosco, a constituir uma resposta à violência doméstica com o primeiro apartamento do país a surgir em Viana do Castelo. Mas também na óptica das dependências ou dos sem-abrigo o GAF tem sido um parceiro valiosíssimo desde a sua fundação, aquando do Ano Internacional da Família em que, no âmbito da Diocese de Viana do Castelo, foi uma resposta que ainda hoje continua a ser um farol muito importante.

Numa era marcada por uma grave crise económica e financeira, em que medida tem esta rede social de Viana do Castelo, em articulação com a autarquia, dado respostas às problemáticas sinalizadas?

JMC – Tem dado resposta e diria que, face ao desinvestimento que o governo fez nos últimos três anos, não fossem as IPSS, as câmaras municipais e as juntas de freguesia, isto poderia ser uma calamidade. Foram as instituições que estão no terreno e as autarquias que deram um grande suporte social em diversos domínios porque o Estado esteve muito ausente dessas problemáticas.



**JOSÉ RAMOS,
CLÍNICA DO OUTEIRO**

“O problema do álcool não é um problema do alcoólico”

Pedia-lhe uma sinopse da sua comunicação...

José Ramos (JR) – Hoje fala-se muito do álcool como desorganizador da dinâmica familiar, perturbando os sistemas e as famílias mas também constatamos que o álcool funciona em sentido contrário. Ou seja, o álcool também organiza a família mas de uma forma disfuncional...

Como fuga?

JR – Sim, como fuga a um problema... Quando entramos nesta perspectiva do álcool como desorganizador, muitas vezes, o doente alcoólico é visto como sendo o problema geral da família e, na prática clínica, constatamos que não é um problema mas apenas um sintoma.

É importante desconstruir esse mito para melhor diagnosticar?

JR – Sim, para melhor diagnosticar e para melhor intervir junto do sistema familiar em si. Também é necessário que a família esteja disposta a promover mudanças e, muitas vezes, nesta desorganização familiar, temos a família não como um potenciador da recuperação mas como um entrave à mesma. Estabelecem-se alianças, novas regras de funcionamento e parentificação dos filhos, ao ponto de boicotar o processo de recuperação do dependente, mesmo quando este está em abstinência.

Na Clínica do Outeiro existem essas respostas para a família?

JR – Na Clínica do Outeiro, uma das premissas que concebemos ao longo do processo de tratamento é que a família faz parte do adoecer mas também deve fazer parte da recuperação. Ou seja, a família deve perceber em que fase está o doente ao longo da sua recuperação e, acima de tudo, compreender que expectável que o doente que entra num processo de internamento não seja o mesmo que sai, na sua forma de estar, de agir e de se relacionar. A família tem que estar sensibilizada para isso.

De que forma o fazem na Clínica?

JR – Trazemos a família para o processo de tratamento, reunimos várias vezes com a família e com o utente, trabalha-se uma série de conflitos e de coisas que ficaram por dizer ao longo de anos de consumo... Tenta-se, não esquecer as mágoas mas incorporar-las numa forma de vida, tanto da família como do utente.

Da mesma forma que existem estratégias de motivação para o tratamento do doente, também existem essas estratégias aplicáveis à família?

JR – Sim. É importante que a família perceba que o problema do álcool não é um problema do alcoólico; é um problema do sistema familiar quando o mesmo existe e é um problema holístico e deve ser tratado desse ponto de vista. Uma das coisas que vou apresentar nesta comunicação é um caso curioso: uma família que tem um filho



alcoólico e nos diz: tratem o meu filho mas não o tratem muito porque, para nos mantermos unidos enquanto família, precisamos dele doente... E, de cada vez que se tenta intervir com a família no sentido de recuperar, há fuga do utente e da família. Não é à toa que este utente desde os 18 aos 27 anos e todos os anos apresenta um terapeuta diferente... Ao fim de um ano de intervenção, desaparece sem evidente sucesso terapêutico e não pode ser o terapeuta a impor o ritmo mas antes o terapeuta a ir ao ritmo da família. Nós sinalizamos, pontuamos as situações e a família tem que decidir se quer ou não fazer aquela mudança. Mas está consciente dos riscos que acarreta não fazer a mudança.

Numa altura em que vemos banalizado o consumo, por vezes até abusivo, de álcool, não estaremos perante um subdiagnóstico da problemática?

JR – Têm chegado à Clínica do Outeiro muitos pedidos de internamento para dependentes alcoólicos já em fases agudas e muito mau estado orgânico e mental. Deviam existir programas de intervenção que sinalizassem estes casos precocemente. A maior parte dos casos que nos chegam são de dependência grave. Se conseguíssemos intervir atempadamente, ao nível do uso nocivo e do abuso, estaríamos muito provavelmente a cortar esta corrente e a impedir que estes indivíduos se deteriorassem de uma forma tão acelerada. Os padrões de consumo também estão a mudar, o que poderá estar na origem destes maiores índices de deterioração cada vez mais precoces. Algo que, pessoalmente, defendo é a aplicação de estratégias de prevenção dos problemas ligados ao álcool, que a própria OMS recomenda que sejam iniciadas o mais precocemente possível, em contexto académico, incluídas nas componentes escolares e com conteúdos adaptados ao desenvolvimento cognitivo dos jovens. Existem autores que defendem que estas intervenções devem começar no jardim-de-infância, desenvolvendo capacidades como o pedido de ajuda, o relacionamento entre pares, resolução de conflitos, desenvolvimento da auto-estima, auto-eficácia e tomada de decisão. E a escola, espaço onde os jovens passam a maior parte do seu tempo, deverá ser aglutinadora de uma intervenção ao nível académico mas também familiar, convidando as famílias a participarem nestes projectos.

Que eficácia terapêutica tem apresentado a Clínica do Outeiro com as ferramentas actuais?

JR – A eficácia terapêutica é muito difícil de medir... Primeiro, temos que quantificar o que é sucesso. Não podemos determinar o sucesso internamente. Temos que balizá-lo no tempo e o que podemos dizer é que, ao fim de dois anos, aproximadamente dois terços dos indivíduos que cumpriram o programa de tratamento, continuam em processo de abstinência.

A abstinência tem que ser sempre um objectivo?

JR – Hoje, existem correntes que apontam no sentido da redução de danos, mais concretamente através da redução do consumo... Se estivermos perante um quadro abusivo de álcool, acredito que poderemos fazer, com estratégias validadas, a chamada reeducação para o consumo. Acredito que quando estamos na presença de uma dependência, a eficácia de uma reeducação para um consumo de baixo risco é quase zero.

Provavelmente, terá que ser sempre acompanhada por um tratamento farmacológico...

JR – Exactamente. O problema é que não temos as mesmas ferramentas de que dispomos para a heroína. Para o álcool, temos o Disulfiran, cuja toma muitos utentes recusam face aos efeitos adversos se juntarem as bebidas alcoólicas...

Qual é a percentagem de doentes alcoólicos nas vossas unidades?

JR – Neste momento, rondam os 40 por cento.

Como avalia a lei actual que determina os prazos para tratamento em comunidade terapêutica destes utentes e os próprios mecanismos de referênciação?

JR – Creio que os mecanismos de referênciação para internamento, no geral, vieram clarificar muita coisa. Standardizaram e uniformizaram procedimentos e penso que temos actualmente uma boa rede de referênciação para internamento em comunidade terapêutica. Relativamente ao estabelecimento de prazos para internamento, pessoalmente, sinto que não deveria existir diferença entre o tempo de internamento para o álcool e o tempo de internamento para substâncias ilícitas. Sabemos que o principal órgão afectado pelo consumo de bebidas alcoólicas é o cérebro e, em consequência disto, temos indivíduos alcoólicos de longa data muito deteriorados, em que o processo de aquisição, incorporação de conhecimentos e de novas competências de vida no seu dia-a-dia estão prejudicados porque existem estas alterações cognitivas. Tudo isto prejudica seriamente o processo de aquisição de novos hábitos de vida e de reabilitação. Ora, se tivermos mais tempo para trabalhar, conseguiremos à partida desenvolver um processo mais gradual e com melhores taxas de recuperação. E temos que admitir que existem doentes que nunca se irão tratar e que são enviados para as comunidades terapêuticas para ganharem um pouco de saúde, algo quase paliativo e não propriamente do foro do tratamento.

A Clínica do Outeiro tem estado na vanguarda da partilha técnica e científica, recebendo inúmeros convites para a participação em eventos como este de hoje... Depois destes anos de árduo trabalho em investigação, na padroni-



zação de processos e produção documental, o que representa este reconhecimento?

JR – Representa, acima de tudo, um esforço muito grande por parte da administração, por parte da equipa resultante da aposta na profissionalização dos quadros de intervenção. Só técnicos, somos quase 20, todos superiores, com formação qualificada para exercerem determinadas competências. Não podemos operacionalizar processos de tratamento como se padronizavam nos anos 80 e inícios dos anos 90. A componente par é, sem dúvida, muito importante mas a componente técnica e científica é tão ou mais importante é tão ou mais importante ainda. Este foi o grande passo que a Clínica do Outeiro deu: passar a desenvolver processos de padronização, utilizar uma equipa técnica altamente qualificada, escrever aquilo que faz, desenvolver processos de investigação, otimizar processos de tratamento e, acima de tudo, sujeitarmo-nos à crítica. Penso que os resultados destes últimos quatro anos estão à vista e o convite para participarmos neste tipo de encontros representa o reconhecimento da comunidade técnica sobre o trabalho desenvolvido na Clínica do Outeiro.



**CLÁUDIA MARINHO,
GAF**

“A doença mental está muito presente nestas populações”

Que principais objectivos estiveram subjacentes à organização destas XXII Jornadas do GAF?

Cláudia Marinho (CM) – Pretendemos chegar ao maior número de técnicos e à população em geral para despertar para a problemática do consumo de substâncias. Inerente a este consumo está muitas vezes a doença mental e, no terreno, deparamo-nos constantemente com esta realidade. Sabemos que alguns técnicos que não são da área têm mais dificuldades em relação a esta temática e, como tal, achámos que seria proveitoso partilhar estas ideias, aproveitando palestrantes com bastantes conhecimentos e uma experiência fantástica.

Congregam aqui várias competências, com representantes da área clínica, de IPSS, decisores políticos, como João Goulão ou o autarca José Maria Costa...

CM – Sim, a ideia foi termos diferentes actores, com realidades e perspectivas distintas mas que partilham o mesmo objectivo: trabalhar em prol de um conhecimento, que seja abrangente e que chegue a quem pretendemos, beneficiando o trabalho que desenvolvemos no terreno e indo de encontro às necessidades dos nossos utentes.

O tema do encontro é Vidas entre margens... Estas vidas, a que o vosso trabalho se destina, continuam marginalizadas?

CM – Bastante! Deparamo-nos com a questão das comorbilidades, do duplo diagnóstico... A doença mental está muito presente nestas populações. Existe uma problemática principal mas não podemos separar uma da outra. Temos que pegar no problema no seu todo.

Que respostas tem o GAF para essas pessoas?

CM – Temos três valências que trabalham directamente esta população: a comunidade de inserção, organizadora destas jornadas, uma unidade de apoio na toxicodependência, resultante de um acordo atípico com a Segurança Social e a equipa de rua, financiada pelo SICAD. Temos ainda o Centro de Aconselhamento Psicossocial VIH/SIDA. A comunidade de inserção é uma das valências onde está muito enraizada a questão da saúde mental e do consumo de substâncias. Em Viana do Castelo, as respostas para esta população são asseguradas basicamente pelo GAF.

Quantos utentes servem?

CM – Na equipa de rua, temos 128 utentes em acompanhamento, o que se soma a um significativo número de destinatários em contextos recreativos, a comunidade de inserção tem alojamento para 10 pessoas do sexo masculino e duas do sexo feminino e temos uma grande lista de espera e a UAT atende mensalmente cerca de 60 pessoas.

Que principais problemáticas identificam nesses destinatários?

CM – A mais prevalente é o consumo de álcool. Também temos um grupo de heroína e cocaína e, depois, as questões da doença mental.

Actuam em articulação com outras instituições?

CM – Sim, nomeadamente com os centros de saúde. A equipa de rua beneficia de parcerias bastante participativas com os centros de saúde de todos os concelhos do distrito de Viana do Castelo e as outras valências do GAF também articulam com autarquias, centros de saúde, hospital... O GAF tem esta característica de trabalhar em rede.



Coimbra lança bases para uma noite mais segura

O auditório do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra acolheu, de 4 a 6 de Maio, o Fórum Internacional Noite Saudável das Cidades, evento, organizado pelo CRI de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e pelo IREFREA Portugal.

Como referia a organização na antecâmara desta organização, os contextos recreativos desempenham um papel importante na vida das cidades e dos jovens mas têm, em várias situações, uma ligação intrínseca com a ruptura de hábitos de vida saudáveis e a associação a uma multiplicidade de factores de risco em várias áreas (exs.: sexualidade, violência, consumo de álcool e outras substâncias, condução rodoviária), cujas consequências põem em causa a saúde e bem estar dos cidadãos.

A maneira como olhamos ou percebemos a “nossa” cidade, enquanto espaço de vida, partilha, lazer, trabalho ou de insegurança, depende de quanto a conhecemos, de como a vivemos e do nosso envolvimento real em ir criando laços na comunidade. Visando contribuir para a prevenção das problemáticas associadas aos contextos recreativos e à recreação nocturna, o CRI de Psiquiatria e Saúde Mental do CHUC/Centro de Prevenção e Tratamento do Trauma Psicogénico (CPTTP) e o Instituto Europeu para o Estudo dos Factores de Risco (IREFREA - Portugal) decidiram organizar o Fórum Internacional “Noite Saudável das Cidades”.

Dependências testemunhou o momento e, no final, entrevistou Fernando Mendes, responsável pelo IREFREA Portugal.



**FERNANDO MENDES,
IREFREA**

“Temos que fazer sempre este trabalho de prevenção e de redução de riscos”.

O que se pretendeu com a realização deste Fórum?

Fernando Mendes (FM) – Este fórum completa dois anos de trabalho, num desafio que foi feito pelo CRI da Psiquiatria do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra para pensarmos na cidade enquanto espaço de noite saudável. Durante estes dois anos, andámos a pensar, a reflectir, discutir, a comparar dados e informação, chamámos parceiros que também tinham indicações mas não estavam directamente ligados a isto e culminamos com a realização deste fórum que, por sua vez, lança um projecto a três anos sobre como intervir nas cidades da região centro a partir de algumas linhas orientadoras que definimos.

E como se constrói uma noite saudável num meio como este de Coimbra, com tantos episódios recreativos ao longo do ano em que o abuso de substâncias psicoactivas como o álcool se afigura cada vez mais prevalente?

FM – Temos ideia de que, por muito trabalho que façamos, haverá sempre muitas coisas que nos escaparão... Agora, se conseguirmos criar, no máximo de pessoas possível, a ideia de que se poderão divertir, sair, beber e estar com os amigos sem que corram muitos ris-





cos, ganhando uns quantos para esta ideia, já teremos o trabalho feito... Se conseguirmos evitar que um jovem entre nas urgências devido a este tipo de consumos já estaremos a contribuir para um certo bem-estar e para a redução de custos com a saúde. Temos a consciência de que tentaremos fazer o melhor para chegarmos o mais longe possível mas haverá sempre limitações.

Afirmou “se conseguirmos”... Quem é o sujeito da expressão?

FM – Neste momento, há aqui uma equipa base, constituída pelo IREFREA e o CHUC, nomeadamente através do centro de psiquiatria e, a partir daqui, tentaremos agregar as autarquias, ONG como a Existências, a Escola de Enfermagem, o INEM, A DICAD ou a Associação Académica de Coimbra. A ideia é, a partir desta base inicial, começar a ganhar cada vez mais parceiros.

Hoje, na sessão da manhã, assistimos a uma mesa que deu a conhecer algumas experiências internacionais, desenvolvidas na República Checa, em Angola ou no Líbano em contextos recreativos... Em que medida poderão estes exemplos contribuir para a construção de práticas mais baseadas na evidência?

FM – Confesso que acaba por ser engraçado que essas pessoas vêm cá aprender connosco sobre as intervenções nesses contextos, e falamos de pessoas que já treinámos, que reconhecem a validade desta intervenção e estão interessadas neste intercâmbio. Na verdade, também nós aprendemos com eles porque existem fenómenos diferentes da nossa realidade social e cultural cujo impacto nas intervenções nos interessa perceber.

Avizinha-se mais uma semana académica em Coimbra, o que significará necessariamente novos desafios no que toca à intervenção...

FM – Como de costume e há dez anos fazemos, teremos o Antes que te Queimes a desenvolver o mesmo tipo de trabalho, teremos a presença destes colegas de Beirute, de Praga, do Brasil e de Angola, perspectivando o que a cada ano almejamos: fazer melhor, tentando reduzir algumas situações que sabemos ser sempre complicadas e prevenir outras situações que possam vir a ocorrer. Já temos nome na praça e gente que nos vai referenciando e até nos vai somente cumprimentar... Juntamente com toda esta gente nova que se vai juntando todos os anos, temos que fazer sempre este trabalho de prevenção e de redução de riscos.

Nestes contextos, muito mais do que fazer prevenção ou optar por intervenções moralistas, parece ser mais pragmático optar por reduzir riscos ou minimizar danos...

FM – É o que fazemos... Nunca dissemos nem iremos dizer às pessoas que não bebam ou não se divirtam... O que aconselhamos é que, se o vão fazer, então façam-no com o máximo de cuidados e que tenham atenção para uma série de coisas. E, além disso, que olhem pelos outros, que encarnem um sentido de companheirismo, que os ajudem em situações difíceis e, se precisarem, nós estaremos cá para ajudar diariamente nestas noites.

Sendo esta intervenção orientada pela agenda de momentos festivos e destinada aos tradicionais frequentadores destes eventos, em que medida será pertinente envolver igualmente,

ao longo do ano, as famílias e círculos de amizade dos destinatários das acções desenvolvidas em contextos festivos?

FM – Temos dois pontos altos, a Latada e a Queima das Fitas, eventos em que desenvolvemos intervenções mas, durante o ano, realizamos acções de formação com as pessoas que irão trabalhar connosco, bem com os nossos colegas das IPSS e das ONG no sentido de os alertar para intervenções. É verdade que não temos trabalhado as famílias na medida do desejável mas, este ano, por altura das férias da Páscoa dos jovens, desenvolvemos um programa, o Passaporte, em que fomos às escolas, falámos com os pais, professores, organizadores dos eventos e os miúdos, sobre temas como sair à noite, festas e organizarem-se para se defenderem. Temos essa intervenção já ligada à realidade dos contextos específicos mas, de facto, essa área parental, que poderemos designar como comunitária num sentido mais lato, ainda não cobrimos como seria desejável... A verdade é que também somos poucos para tudo isto...

Hoje, também tivemos a presença da Elza Pais neste Fórum e foram recordados os momentos de uma estratégia que privilegiava o papel dos municípios, nomeadamente através dos planos municipais de prevenção... Será utópico esperar-se uma nova intervenção municipal neste domínio?

FM – Não é! E o projecto que temos para os próximos três anos, não versando propriamente uma reedição dos planos municipais de prevenção, contempla uma intervenção a partir das câmaras municipais. Os planos municipais de prevenção fizeram um caminho e morreram um pouco fora de tempo mas, agora, a ideia é percebermos o que ficou de bom desses planos municipais, trabalhar um pouco o seu significado e conteúdos e voltar a implementar.

Isso passará pelas redes sociais?

FM – Sim, passa muito pelas redes sociais. E, agora, que são realmente redes muito diversificadas, algo que não tínhamos na altura quanto à diversificação nem à percepção, resulta em muito mais gente disponível porque percebe o que está a acontecer. Na altura, não se falava tanto em contextos recreativos, nomeadamente nos pólos universitários ou nas universidades, e as pessoas começam actualmente a aperceber-se disso, a própria prevenção rodoviária não era uma preocupação tão evidente... Tudo isto, pode agora focalizar-se, mais ainda com esta componente de as pessoas poderem escolher ou desenhar entre vários programas e intervenções e nós apoiarmos.

Sairão algumas conclusões deste Fórum?

FM – Sim, sairão e irão materializar-se no próximo projecto, designado Carta de Coimbra, que corresponde à criação de uma carta documento, para já para os municípios da região centro (embora existam já colegas de Espanha interessados em aderir), que visa a criação de um observatório dos contextos recreativos. O objectivo é que sirva para a concepção de intervenções...

Não teme ficar conhecido como o homem que tentou tornar a noite saudável?

FM – Neste sentido, sou um believer e não desisto. Sei que é difícil mas vou sempre encontrando pessoas que estão envolvidas, o que me vai mantendo. Se conseguir que algumas coisas vão mudando, fico encantado da vida!

Os caminhos da prevenção debatidos

Estaremos nós enquanto técnicos da área social, da saúde e da educação, professores, pais, jovens, famílias e empresários, a percorrer o caminho certo para tornar a nossa sociedade livre de drogas? Quais os caminhos que temos vindo a percorrer? Quais têm sido os nossos parceiros privilegiados na intervenção preventiva? Que direcções devemos seguir na prevenção dos comportamentos aditivos e dependências? Quais os resultados obtidos ao longo destes caminhos? Qual o futuro da prevenção?

Estas e outras questões foram debatidas nas 1^{as} Jornadas de Prevenção dos Comportamentos Aditivos e Dependências realizadas nos dias 14 e 15 de Abril, no auditório da Escola da APEL, na cidade do Funchal – Região Autónoma da Madeira. Este foi um espaço importante para os profissionais que atuam nesta área reflectirem e partilharem conhecimentos técnico-científicos, onde foram apresentados vários projetos, programas e iniciativas promovidas pela Unidade Operacional de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (UCAD), em parceria com várias entidades públicas e privadas regionais, nacionais e internacionais.

A organização das Jornadas foi da responsabilidade do Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM, através da UCAD, e teve o apoio da Junta de Freguesia do Imaculado Coração de Maria, e de outros parceiros da comunidade local. Esta iniciativa foi o resultado do culminar do projeto de intervenção comunitária “Viver a Prevenção no Imaculado”, e com o objectivo de dar continuidade ao trabalho em curso, centrado na intervenção preventiva adequada às necessidades e características

dos grupos-alvo desta Freguesia, estabeleceu-se um novo acordo de cooperação, entre o IA-Saúde e a Junta de Freguesia do Imaculado Coração de Maria. A cerimónia de assinatura do novo protocolo de colaboração, contou com os representantes das Entidades envolvidas, e realizou-se no decorrer deste evento.

A sessão de abertura foi presidida pela Dra. Ana Nunes, Presidente do Conselho Diretivo do Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM, no dia 14 de Abril às 9h30m.

“Prevenção do consumo do álcool, substância protegida do sistema-Prevenir ou remediar?”, foi a comunicação proferida pelo Dr. Augusto Pinto, Presidente da Sociedade Portuguesa de Alcoologia, que destacou por um lado a perspectiva histórica e cultural do consumo do álcool, e por outro lado uma perspectiva mais actual da banalização dos consumos desta substância, que segundo o preletor é “a protegida do sistema”.

A nova lei do álcool foi-nos apresentada pelo Chefe Luís Telo-Supervisor do Policiamento de Proximidade do Funchal. Com o intuito de colocar barreiras no consumo de bebidas alcoólicas aos adolescentes, foram introduzidas alterações à Lei 9/2002, de 24 de janeiro e à Lei 50/2013, de 16 de Abril, pelo Dec-Lei 106/2015, de 16 de Junho.

A Dr^a Maria Nazaré de Freitas, técnica da UCAD realizou a prelecção da mesa intitulada: Prevenção do consumo do tabaco na Escola - Programa de prevenção da exposição de crianças ao fumo ambiental de tabaco - “Domicílios e carros 100% livres de fumo”- apresentação de resultados na Região Autónoma da Madeira. Esta avaliação resultou de uma parceria entre o IA-Saúde e





a Universidade do Minho, através do Prof. Dr. José Precioso (autor e responsável pelo Estudo) com o objectivo de avaliar a exposição das crianças ao fumo ambiental de tabaco e a mudança comportamental dos pais em relação à exposição do fumo ambiental do tabaco.

São vastos os contextos de intervenção da UCAD, nomeadamente na família, em espaços recreativos nocturnos, desportivo e laboral. Foram apresentados no primeiro dia destas Jornadas em colaboração com os nossos parceiros, os diferentes projetos a decorrer e que têm vindo a ser divulgados e disseminados através de iniciativas e meios de comunicação social.

No segundo dia das Jornadas, a manhã começou com a comunicação realizada pelo Dr. Fernando Mendes, Presidente do IREFREA Portugal designada "Novos Desafios na Prevenção. Limites e Possibilidades – Instituto Europeu para o Estudo dos Fatores de Risco em Crianças e Adolescentes. Foi apresentada uma perspectiva ampla em torno da prevenção dos comportamentos de risco e dependências, evidenciando a necessidade das intervenções terem um carácter objectivo, intencional, continuado, persistente, consistente, focadas nos contextos problemáticos.

Este dia, foi marcado pela assinatura do Protocolo de Cooperação entre a Junta de Freguesia do Imaculado Coração de Maria, representada pelo Presidente Dr. Gonçalo Aguiar, e a Presidente do Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP -RAM, DrªAna Nunes. Este momento reforçou a continuidade do projeto de intervenção comunitária no âmbito da prevenção das

toxicodependências: "Viver a Prevenção no Imaculado", que conta já com cinco anos de implementação.

A "sinergia das parcerias no programa comunitário de prevenção de comportamentos de risco na adolescência", abordado pela técnica da UCAD, Dra. Alícia Freitas, realçou a importância do trabalho par a par, na dinamização de atividades, como estratégia preventiva a adotar junto da população juvenil.

As jornadas culminaram com o Debate: Legalização da Cannabis? Diferentes Perspetivas, o qual contou com a participação do Dr. Fernando Mendes-Presidente do Instituto Europeu para o Estudo dos Fatores de Risco em Crianças e Adolescentes, com o Dr. Luís Filipe Fernandes -médico psiquiatra, com o Dr. Nelson Carvalho- Diretor da UCAD e do Dr. Pedro Raposo, Licenciado em Línguas e Literaturas Estrangeiras, Comunicação e Jornalismo.

Apesar das diferentes perspectivas, não existem estudos sólidos científicos que comprovem os benefícios da cannabis para uso recreativo.

Este momento de reflexão e balanço sensibilizou consciências e apelou à necessidade de cada um de nós tornar-se um agente ativo de prevenção nos diferentes contextos onde estamos inseridos.

A conjugação e união de conhecimentos e experiências de especialistas que se movem em diferentes eixos da sociedade, partilhadas nestes dois dias de Jornadas, foram de facto, uma mais valia para UCAD traçar novos desafios e metas nos caminhos da prevenção dos comportamentos aditivos e dependências.



Socidrogalcohol es una plataforma de formación continuada



Va a empezar una nueva época, una nueva era para Socidrogalcohol. ¿Hay una nueva estrategia para la sociedad?

Hombre, yo creo que hay que mantener cosas que han sido buenas durante estos años y eso no debe de cambiar, en todo caso, si podemos, debemos de mejorarlo. Por ejemplo las actividades que ya tenemos fijas, las jornadas, la escuela, la revista o la web que tenemos de evidencia en prevención, a esta última yo creo que hay que darle un empuje. Mantener y mejorar pero además cambiar cosas, creo que la sociedad se debe de acercar más a los socios. El socio debe de tener sensación de pertenencia, que pertenecer a una sociedad para él no sea solamente el que tenga una cuota más reducida, sino que se le dé un poco de pie para participar en las actividades de formación, de investigación,

etc. En fin, que tenga una serie de ventajas por pertenecer a un colectivo, en el que cada vez más, debemos señalar el hecho diferencial de la multidisciplinariedad de entender que las adicciones no las trata solamente un médico, sino que es un conjunto de esfuerzos de distintos profesionales de distintas disciplinas y, que además nos debemos en el fondo a los pacientes. Por eso la idea de Socidrogalcohol es servir como plataforma de formación continuada muy próxima a los socios y, que ellos tengan capacidad también para pedir, para demandar y para participar en las actividades.

Es decir, estamos hablando de una sociedad que a ir más allá de los intereses personales de cada uno de vosotros

Claro, vamos a ver, socidrogalcohol es una sociedad o una asociación, constituida por profesionales, también está constituida como una Organización Gubernamental, por lo tanto, es una asociación sin ánimo de lucro, y de hecho todas las actividades que se hacen o incluso todas las subvenciones que se piden para las actividades, son dinero finalistas. Es decir, si nosotros pedimos una subvención, una ayuda al plan nacional o a una dirección territorial, ese dinero irá destinado siempre a hacer la actividad en cuestión, como elaborar una guía, hacer una escuela de formación, hacer un seminario, un encuentro, etc. Pero no pretendemos en ningún caso generar beneficios. Es verdad que siempre intentamos que la sociedad tenga un pequeño margen pero porque nuestra sociedad no es una sociedad cerrada, no es una sociedad única exclusivamente española, sino que participamos en diversos colectivos como puede ser EUROCARE, como puede ser EUFAS, o a nivel español como puede ser la CNPT, u otros colectivos, porque no queremos estar aislados, es decir, queremos ser una sociedad activa, viva y en relación con los demás. Y por eso apostamos también por los temas Iberoamericanos. Estamos presentes en La RIOD, porque entendemos que algunos países Iberoamericanos están ahora sufriendo los problemas que hace años sufrimos aquí y que a lo mejor nuestra experiencia sirve para poder acercarnos o incluso para poder formar a profesionales.

Ósea, ¿la sociedad es solo para profesionales de salud?

Para profesionales, yo no diría de salud. Todas las personas que estén implicadas en los procesos terapéuticos que inmiscuye a las drogas, es decir, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros pero también periodistas, abogados... es decir, tú mismo podrías ser socio, y además lo que hemos hecho desde hace años es que colectivos de pacientes puedan ser socios. Por ejemplo, CAARFE es socio, por ejemplo, creo que la asociación de alcohólicos madrileños son socios, es decir, hay colectivos de pacientes que quieren ser uno más porque entienden que bajo un mismo paraguas pueden tener una voz que llegue pues a la administración, al ministerio o donde haga falta.

Una sociedad siempre tiene problemas, ósea tiene puntos fuertes y puntos débiles. Normalmente se suele decir que los puntos fuertes es lo que grabamos. ¿Tiene el nuevo presidente en cuenta también los puntos flacos de la asociación?

Vamos a ver, tenemos un punto flaco que ya te lo he dicho antes que, yo creo que a nivel personal hemos abandonado un poco a los socios y el socio es la figura activa, y es el que tiene que hacer que la sociedad tire adelante. Yo creo que nos hemos olvidado un poco de ellos. Pensando en el colectivo también nos hemos olvidado un poco de lo individual, y claro, lo individual es importante si quieres conseguir lo colectivo. Por eso decía lo de la pertenencia en la sociedad. Luego eso como amenazas internas. Otra amenaza interna es el intentar huir de personalismos. Aquí no nos valen, lo que se haga por socidrogalcohol lo hacen sus miembros en nombre de la sociedad y no con personalismos. Y creo que uno de los fallos que hemos tenido en estos últimos tres años es que ha habido unas personas que han querido un poco egolatrarse ellos mismos, siendo el núcleo de cuestiones que en ningún momento eran de ellos, sino que eran de todo el colectivo. Con lo cual egoísmos e individualismos es otro de los puntos flacos, pero bueno el ser humano es así y piensa que cuando hace cosas, eso lo ha hecho él, para él y que además es el dueño y señor y aquí no hay dueños, el dueño es la sociedad de todos los productos. Y luego amenazas externas también hay, sabemos que hay otros colectivos de profesionales, otras sociedades que pueden, en algún momento, tener intereses comunes a los nuestros, incluso en algún momentos nos podemos solapa. Mi filosofía es que yo creo que hay espacio para todos, que el hecho diferencial de socidrogalcohol es el abarcar todo tipo de profesiones. El ver problema como un conjunto holístico como un todo, con lo cual tenemos espacio para que podamos convivir cualquier sociedad que quiera también apoyar a las personas que se dediquen a cuidar pacientes o que se dediquen a formarse para cuidar pacientes. Pero insisto, no queremos personalismos.

La sociedad tiene dos marcos importantes. Primero la escuela de otoño, que se realiza todos los años. Y en segundo lugar las jornadas. Ambas cosas se dirigen siempre a profesionales. ¿Alguna vez se ha pensado o consta en la nueva estrategia que sea abierta a otros profesionales, a otras personas, a otras ONG's, a otras asociaciones, que puedan volcarse en este tema tan complicado?

Yo creo que si te das cuenta vamos introduciendo pequeños cambios. Sabes que desde hace un par de años hay un par de acciones que son para periodistas, cosa que hemos podido introducir últimamente. Hemos remarcado bastante el papel de enfermería en este caso. Solamente falta alguna mesa más de aspectos jurídicos y, judiciales. Y probablemente alguna mesa de organizaciones no gubernamentales, aunque directa o indirectamente participan. Por ejemplo hay una exposición arriba sobre los resultados de un estudio hecho sobre la adicción y la mujer por la fundación Atenea. Y hay otras fundaciones como proyecto hombre que están participando. Este año hemos intentado hacer un debate, lo hemos hecho en un club periodístico, en el club Información para dar a conocer y divulgar un poco la labor que hacen estas identidades. No es un congreso cerrado, y es más, si nosotros entendemos que este es un congreso exclusivamente médico, al final va a ser repetitivo porque no

todos los años sale tanta novedad. Pero si te das cuenta, este año el congreso, incluso con menos personas que el año pasado, está lleno, entras a las salas y están llenas, ¿Por qué? Porque hemos cogido estudiantes, residentes, gente que está haciendo masters, es decir, gente joven que está interesada en aprender, en participar. Es aquello de sangre nueva, no? Que hay que refrescarla. Y de hecho el tema de premiar a los posters, de premiar a las comunicaciones es para incentivar la participación de la gente más joven. Con lo cual, si damos cabida a los distintos colegios profesionales para que la gente empiece o termine teniendo una formación homogénea en todo el territorio Español, la continuidad de las jornadas estará garantizada, porque aunque no seamos una escuela tal cual, como es la escuela de otoño, sí que acreditamos todo lo que se hace aquí, con lo cual esto le sirve de currículum a las personas que vienen y por eso entendemos que por lo que hay que apostar es por la gente joven. Yo lo que te digo desde ya es que, mi pretensión es estar 4 años al frente de esto. Es decir, yo dentro de 4 años creo que como mínimo el 50 o el 70% de la junta debe de renovarse íntegramente y que además debe de entrar cada vez más gente joven, de los que vienen detrás, de los que nos tienen que enseñar a vivir, porque nosotros tendremos experiencia, probablemente por nuestros años, pero las ganas, la alegría, la ilusión, el empuje lo tienen que dar los jóvenes y yo creo que con 4 años puede haber gente que se enganche y que pueda llevar la sociedad adelante.

Hablemos un poco de historia. ¿Se acuerda de cómo empezó y qué caminos ha transcurrido, dificultades y la evolución que ha tenido Socidrogalcohol?

Pues mira, desde dificultades económicas hasta las luchas internas en ocasiones de algunos socios, por lo que decía antes, con afán de protagonismo, con escisiones con otras sociedades que han querido de alguna forma salir de esta pero ir contra esta. Es decir, estos elementos los tendremos siempre, el ser humano es muy competitivo y la competición no siempre trae resultados positivos. Pero yo creo que no hay que tener miedo a seguir hacia adelante, tener un poco la perspectiva bien clara de lo que se quiere hacer. Hay otra cosa bonita, cuando yo te decía 'aproximémonos a los socios'. España tiene 17 comunidades autónomas y la mejor forma de que las personitas se sientan identificadas es acercando la sociedad a las autonomías. Si cada autonomía tiene más o menos su independencia, pueden organizar sus jornadas regionales, pueden tener sus grupos de investigación, pueden estar vinculadas por ejemplo,



en la universidad, porque vamos a firmar un convenio con una cátedra de medicina de adicción que se creará recientemente en Murcia, es decir, si innovamos, sobreviviremos.

De cara a las próximas jornadas en Oviedo, ya sabemos el contexto y están pidiendo que las personas pueden hacer propuestas ¿Qué personas o instituciones pueden hacer estas propuestas?

Desde hace ya varios años tenemos las jornadas abiertas a cualquier propuesta. Cualquier persona, se valora si son socios, pero no es necesariamente el socio el que puede proponer, cualquier persona que trabaje en drogodependencias puede proponer una mesa, pero a esa persona le decimos que proponga todo menos el moderador, es decir, que proponga un título, un tema y que proponga tres ponentes de contrastada solvencia y que tengan algo nuevo que exponer. No vale esto de a propósito de un caso, o he hecho una revisión bibliográfica porque los libros los podemos leer todos. Sino trabajos, innovaciones, cosas que se estén haciendo o presentando, cualquier persona puede presentarlo. Lógicamente hay un comité científico y la junta directiva en la que muchos de los que estamos ahí somos doctores o hay una vinculación académica importante que valoramos primero, el contenido, la conveniencia y la calidad; porque también el prestigio de la sociedad depende de lo que presentemos en un congreso y a veces nos podemos equivocar pero, bueno, si damos opción así cualquier persona que tenga algún tipo de trabajo de investigación la puede presentar. Lógicamente si son trabajos sueltos, para ello está la sección de comunicaciones o de posters que pueden presentar su trabajo, pero si es un tema global presentan la mesa en completo.

Aparte de tanta producción científica que tenéis ¿Alguna vez se equivocaron con alguna mesa, noticias, etc.?

Bueno, ¿equivocarse? Yo creo que a nivel de lo que es material, no. Es decir, los libros están contrastados, tienen bastantes evidencias. Es verdad que a veces como se puede producir con todo, que alguien ha copiado algo de algún sitio, pero bueno, suelen ser novedosos porque se le exige a la persona que haga una revisión bibliográfica, que contextualice el tema y de hecho tenemos guías ahí que cada dos o tres años las vamos actualizando porque salen cosas nuevas o se hacen reediciones si no hay nada. Pero, vamos a ver, a lo mejor nos podemos equivocar en posicionamientos, pero creemos que al ser una sociedad científica debemos de postularnos, por ejemplo, en temas de si estamos a favor o no del consumo del alcohol en la calle, de que pensamos del consumo de alcohol entre los jóvenes, de que pensamos de la utilización del cannabis. Y eso yo creo que como profesionales y para que la sociedad lo sepa tenemos que decirlo, aunque en algún momento no vayamos ni a favor ni en contra, sino que sea una opinión distinta a la oficial. Una cosa es la posición oficial y la otra es la profesional y nosotros vemos pacientes y vemos las consecuencias.

La trilogía compleja es el del alcohol, tabaco y cannabis ¿Dónde se va a concentrar el esfuerzo de la sociedad?

Yo creo que hay un tema que nunca olvidamos que es el alcohol, de hecho, por eso estamos trabajando con los médicos de atención primaria, para articular por lo menos una aproximación desde el primer escalón asistencial. Para nosotros el tabaco es



importante, aunque bien es verdad que lo hemos tenido un poco abandonado, probablemente porque esa época de conflicto social de generación de la ley, luego nos dejó un poco apagados, aunque ya te he dicho antes que seguimos perteneciendo a la CNPT como parte activa. Para mí el alcohol y el tabaco son dos temas, es decir, nuestras drogas legales son importantísimas y hay que estar ahí por ellas. Y luego es verdad que en sintonía con las estrategias del plan nacional, a ellos les preocupa muy mucho el tema del cannabis en los jóvenes, porque además tu sabes que hay un par de drogas que no tienen un tratamiento farmacológico específico como puede ser el cannabis o la cocaína y no tenemos medicamentos que digas esto me lo tomo y me puede servir, pues no, no hay nada específico. Por lo tanto, yo sin olvidar nada, lo centrarían sobretudo en el alcohol. En segundo lugar como tú has dicho, esa trilogía pero bueno si vas tirando de la manta dices ¿y la cocaína no nos preocupa? Pues a mí la cocaína no me preocupa, me preocupa el cocainómano y su familia.

Alguna vez has pensado en proponer a los políticos algunas posibles soluciones, por ejemplo que por cada paquete de tabaco o por cada botella del alcohol, las personas que lo compraron para consumir, pagarían aparte unos céntimos para su tratamiento.

Ya te he dicho que Socidrogalcohol a nivel europeo (porque yo creo que eso no puede ser decisión de un país) se está trabajando para el "minimum Price", para que haya un precio mínimo en las bebidas alcohólicas para intentar disminuir el consumo. Yo creo que el tema de los impuestos, que ahora revierten exclusivamente en las arcas del estado y el estado se las gasta como quiere, yo creo que esa tasa debería ser una tasa europea porque sino ningún estado que reciba X dinero lo va a destinar a lo que lo tiene que destinarlo, a no ser que haya una normativa Europea que los obligue. Si hubiese una normativa Europea, y eso sí que estamos luchando en Eurocare, nos aseguraríamos que por ejemplo el 10 o el 15 % de la botella vaya a curar a los paciente que puedan tener un problema de adicción. Pero no creo yo que la solución este en cada Estado sino a nivel de la comunidad económica europea.

Bien, para terminar, ¿Cual es la primera decisión que va a tomar el presidente de Socidrogalcohol?

Descansar el domingo.