

dependências



Paco Pascual presidente de Socidrogalcohol:

Las jornadas del humanismo y de los derechos humanos



Raquel Duarte e João Goulão requisitados:

Portugal marca presença ativa na Comissão de Estupefacientes das Nações Unidas



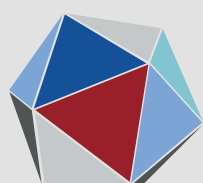
Apresentada nova Plataforma das Convenções em CAD:

SICAD reúne entidades Convencionadas



Plataforma Let's End HEPC:

Avalia o impacto das políticas de saúde pública na eliminação do VHC



**LISBON
ADDICTIONS
2019**

*"The future of addictions:
new frontiers for policy, practice and science"*

A visão humanista do Serviço Nacional de Saúde

40 anos depois, surge revigorado o Serviço Nacional de Saúde, pelas mãos de uma equipe que sabe que o caminho trilhado por António Arnaud produziu, apesar das críticas, algumas justas, excelentes resultados na prestação de cuidados globais de saúde a toda a população. Do que ouvi e li, surpreendeu-me a forma e o conteúdo que Marta Temido apresentou enquanto princípios fundamentais da nova organização dos serviços de saúde, que ao longo dos tempos foi sofrendo a influência de conceitos políticos, económicos, sociais e até religiosos, do que era e do que se pretende para o futuro do SNS.

Estamos perante um novo documento que pretende dar resposta aos problemas de saúde. O que traz de novo este documento? Antes de tudo, a identificação dos problemas, isto é, o diagnóstico da situação do meio envolvente, dos problemas e das respostas a dar face às necessidades sinalizadas.

É um documento que dá corpo à centralidade do cidadão, que assimila os progressos já adquiridos neste campo e que constitui uma visão integrada do fenómeno da saúde na sociedade portuguesa, tornando o SNS mais humanista e promotor do respeito individual pela pessoa e pelos seus mais elementares direitos.

Portugal, ao assumir que a saúde é uma responsabilidade de todos nós, está a conferir e a destacar não só os direitos como os deveres de todos e da sociedade em geral para protagonizar este difícil combate, que é o direito de todos a um Serviço Nacional de Saúde tendencialmente gratuito.

Retomo a ideia central, dar prioridade às pessoas, não deixar ninguém para trás, porque todos gozamos da mesma proteção, dos mesmos direitos e de decisão sobre os cuidados de saúde, independentemente da condição de cada um.

Estamos finalmente perante um documento estratégico que define um plano de acção, tendo por base os princípios orientadores e enquadrados na realidade do país, articulado com as estruturas territoriais, com abordagens assentes em processos de avaliação e que visam desenvolver uma nova



geração de respostas que só o SNS pode dar a todos os cidadãos.

Com esta nova Lei de bases, Portugal fica assim dotado de um bom instrumento orientador das políticas de saúde, ombreando com o que de melhor existe no mundo, e estou em crer que, tal como há vinte anos, Portugal inovou ao construir uma visão humanista saída da Estratégia Nacional de Luta contra a Droga, reconhecida internacionalmente como um documento histórico, que virou a página na estruturação de uma política global face ao problema da droga e da toxicodependência nas várias frentes de luta.

ração de uma política global face ao problema da droga e da toxicodependência nas várias frentes de luta.

A estratégia nacional foi sem dúvida um dos momentos mais importantes no campo da luta contra a droga e desenhou o primeiro esboço sério, equilibrado e capaz de mostrar ao mundo que o flagelo da droga era um problema social e de saúde a que era preciso responder com humanismo e de forma pragmática.

Os homens e mulheres que há vinte anos atrás reorientaram estratégias implementaram respostas baseadas nos diagnósticos territoriais, na evidência científica, planearam um combate pela eficácia, mudaram o paradigma, definiram uma intervenção com maior objectividade, que mobilizou recursos, que formou e avaliou as intervenções, que articulou as respostas com a sociedade civil, com os municípios, com ONG, numa abordagem integradora e holística, veem hoje reconhecido o seu trabalho num documento que aglomera os mesmos princípios. O Serviço Nacional de Saúde é de todos e para todos, e nesta importante Lei, bem caberia a continuidade das respostas, em boa parte suspensas ou depauperadas desde 2011, data da extinção do IDT. Desde então que não existe uma definição clara sobre a organização dos tais serviços internacionalmente reconhecidos. Quem sabe se Marta Temido afronta com a mesma coragem a reorganização de um serviço que aguarda há mais de oito anos por uma decisão puramente política...

Sérgio Oliveira, director

Segmento ministerial da 62ª sessão da comissão de estupefacientes das nações unidas contou com Raquel Duarte e João Goulão

Portugal reforça papel ativo que tem vindo a desempenhar no seio das Nações Unidas

A cidade de Viena, Áustria, acolheu, nos dias 14 e 15 de março, o Segmento Ministerial da 62ª Sessão da Comissão de Estupefacientes das Nações Unidas, que contou com a participação de representantes dos Estados Membros das Nações Unidas, da sociedade civil e de organizações internacionais e regionais, entre as quais o Grupo Pompidou do Conselho da Europa, cuja Presidência é atualmente assumida por Portugal.

Na Declaração Política e do Plano de Ação sobre Cooperação Internacional para Combater o Problema Mundial das Drogas, adotados em 2009 pela Comissão de Estupefacientes das Nações Unidas (CND), estrutura que no âmbito das Nações Unidas é responsável por todas as questões relativas à luta contra a droga e a toxicodependência, os Estados Membros estabeleceram 2019 como meta para a implementação dos objetivos estabelecidos nestes dois documentos estratégicos.

Tendo em vista este exercício de revisão do progresso alcançado desde 2009, foi convocado este Segmento Ministerial, onde Portugal se faz representar pela Secretária de Estado da Saúde e pelo Coordenador Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool e Diretor-Geral do SICAD. No seguimento da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS 2016) sobre drogas, que teve lugar em Nova Iorque em abril 2016, este Segmento Ministerial em 2019 revestiu-se de particular importância, na medida em que importa reforçar a necessidade da implementação das recomendações do documento que foi adotado na UNGASS, com vista à adoção de uma estratégia integrada e equilibrada para enfrentar o problema mundial da droga. Este Segmento Ministerial, que decorreu imediatamente antes da 62ª sessão ordinária da CND, incluiu um debate geral, bem como duas mesas redondas interativas e multistakeholder, realizadas em paralelo ao debate geral.

Portugal, na pessoa do Coordenador Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool, foi eleito para ser painalista numa dessas mesas redondas, no dia 14 à tarde, onde fez uma intervenção subordinada ao tema Taking stock of the implementation of all commitments made to jointly address and counter the world drug problem, in particular in the light of the 2019 target date for the goals set in paragraph 36 of the Political Declaration, analyzing existing and emerging trends, gaps and challenges.

A Secretária de Estado da Saúde proferiu o discurso nacional, no debate geral do evento, e presidiu um side event organizado por Portugal, França e o United Nations Office on Drugs and Crime, intitulado "Strengthening The Global Prevention Response: Strong Families & Listen First".

No encerramento do Segmento Ministerial foi aprovada uma Declaração Ministerial, continuando as reuniões de 18 a 22 de março com a sessão anual desta Comissão de Estupefacientes, que abordou temas como o consumo de drogas, os esforços regionais para reduzir a oferta de drogas, a implementação das Convenções das Nações Unidas sobre Drogas, o respeito pelos direitos humanos, os desafios colocados pelas novas substâncias psicoativas, entre outros.

Reforçando ainda mais a importância desta CND e em particular do Segmento Ministerial que a antecede, é de referir o papel ativo que Portugal tem vindo a assumir em todo este processo e a visibilidade e o reconhecimento internacional da política portuguesa em matéria de CAD.

Dependências publica o discurso proferido pela Secretária de Estado da Saúde, Raquel Duarte



Raquel Duarte,
Secretária de Estado da Saúde

"Distinguished Delegates, Ladies and Gentlemen, First, I would like to congratulate you, Ambassador Mirghani Bakhet, as Chair of this important Ministerial Segment, as it follows so closely on the heels of the UNGASS 2016 and provides a crucial opportunity to focus on global drug policy and on what we want to achieve together for the next decade and possibly beyond. I also would like to thank Ambassador Vivian Okeke of Nigeria for all her hard work and dedication as Facilitator during the hard negotiations towards this Ministerial Declaration.

We have many important issues to debate over these two days and during next week, and I would like to assure you of the full cooperation of my delegation in successfully carrying out our joint work. I would also like to stress, at this point, that Portugal fully associates itself with the statement by the European Union.

Mr. Chair, Portugal welcomes the Declaration adopted at this Ministerial Segment, and we wait with optimism for the outcome of the work conducted at the two high-level roundtables that will look to the past, present and future of our joint commitments to face the world drug situation. This Ministerial Declaration takes stock of many of the developments and challenges of the last ten years, and sets the stage for the acceleration of the implementation of all commitments made in the preceding decade, in particular the ones that are part of the most comprehensive of these documents, as it builds upon the others expanding their scope. That document is the UNGASS outcome document of 2016, the most recent policy consensus the international community agreed to.

Indeed, UNGASS 2016 broadened the scope of global drug policy, by looking at demand and supply in a holistic way, and adding other dimensions to our joint approach, such as health and treatment – namely by minimizing adverse public health and social consequences of drug abuse through appropriate measures and preventing diseases –, but also through clearly affirming that all must be done in a framework of respect and promotion of human rights, in particular through the



promotion of proportionate national sentencing policies for drug-related offences.

All this sustained in strong international cooperation, and in tandem with interagency cooperation, to increase effectiveness, while listening to and including civil society, scientific community and other relevant stakeholders in the process.

In a nutshell: the major achievement of the UNGASS outcome document was the recognition of the need to promote and implement a public health approach to drugs, based on scientific evidence and human rights, as well as to ensure that drug policies enhance efforts to achieve the Sustainable Development Goals, while emphasizing the importance of ensuring UN systemwide coherence.

At the same time, UNGASS built on the foundations of the 2009 Political Declaration and Plan of Action readdressed the commitment on supply reduction and related measures, including law enforcement, money-laundering and judicial cooperation, which are also essential dimensions of our joint approach to the world drug situation.

Therefore, this Ministerial Segment is an important and unique opportunity for all Member States, civil society and international community as a whole to focus on consolidating and building upon the operational recommendations included in all seven thematic areas of the UNGASS outcome document.

Portugal believes that equal efforts should be invested in all areas of drug policy, in respect of the UN Drug Conventions and other relevant instruments, in particular the Universal Declaration of Human Rights, the conformity to which helps to ensure that while pursuing effective drug control policies we also respect the inherent dignity of all human beings.

This Ministerial meeting and Declaration represent an important moment, where we clearly recall the importance of implementing all our commitments, allowing us to better respond to the realities on the ground. This is a truly relevant moment, as we walk to a single track approach, reaffirming the multidimensional nature of those commitments and promoting its implementation in practice.

In this regard the political impetus we provide in this Declaration to the ongoing work to improve the quality and effectiveness of the Annual Report Questionnaire (ARQ), in order to implement more targeted and effective drug policies and interventions, which reflect all UNGASS di-

mensions, is of utmost importance. This is an eminently technical work, but one that is decisive, and one we can't delay any longer!

Ladies and gentlemen,

The recommendations included in the UNGASS Outcome Document, strengthening action on the public health and human dimension of the world drug problem, are not new to Portugal. Indeed, the Portuguese approach on drugs has been considered a model of best practices, due to the fact that over the past almost 20 years, Portugal has been implementing an integrated and comprehensive drug policy, using as its main guidelines the principles of humanism and pragmatism. Each individual's personal circumstances are assessed in order to determine the best response to his or her specific needs, including prevention for those who have not yet been in contact with drugs, dissuasion for those illicitly using them and treatment, harm reduction and reintegration for addicted users. The implementation of a health and evidence based approach was facilitated by the decriminalization of consumption and possession for personal use of all drugs, below defined quantities. A Law, in place since 2001, decriminalized personal consumption of drugs, but maintains drug use and possession illegal, while ensuring access and availability for scientific and health issues, thus respecting the international drug control framework. Decriminalisation is the most know component of our policy but I have to stress that it's only one of the elements of a comprehensive and integrated approach that includes prevention, treatment, harm reduction, reintegration and, yes, supply-side actions. Indeed, based on scientific evidence, the implementation of harm reduction measures, in particular needle exchange programmes and substitution treatments is a key factor of our policy, in accordance with the right to the highest attainable standard of health.

At the same time, we reaffirmed the commitment on supply reduction and related measures, including law enforcement, money-laundering and judicial cooperation and resources were directed from the prosecution of drug users to criminal networks which promote drugs trafficking.

Ladies and gentlemen,

Portugal would also like to seize this occasion to express and reiterate our deep regret that we have yet to address the abolition of the death penalty to drug related offences. I would like to underline Portugal's unrelenting opposition to the death penalty in all circumstances.

And to conclude, I would like to underscore the expectations for an inclusive debate that is open to new ideas and approaches on how to elaborate the post-2019 global drug policy in order to effectively incorporate the new aspects of international drug control enshrined in the UNGASS Outcome Document and to improve the current situation on international drug policy, reflecting crosscutting nature of our current framework and striving to protect the health and welfare of humankind. And reflecting our commitment to face the challenges posed by the international drug situation we will also like to announce that Portugal will be hosting, in close cooperation with the UNODC, the 13th meeting of the Heads of National Drug Law Enforcement Agencies in Lisbon during this year. Thank you for your attention and I will now address you very briefly in my capacity as Presidency of the Pompidou Group".



Apresentada nova Plataforma das Convenções em CAD

SICAD reúne entidades convencionadas

Decorreu, no dia 27 de fevereiro, em Lisboa, um encontro de entidades detentoras de Unidades de Tratamento, na valência de Comunidade Terapêutica, com contrato de convenção com o SICAD.

A primeira parte dos trabalhos, presidida pelo Subdiretor-Geral do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, Manuel Cardoso, foi dedicada a uma reflexão sobre a proposta de atualização do Despacho Conjunto nº 16938/13, de 31 de dezembro, que fixa os requisitos a observar no estabelecimento das convenções entre o Estado, através do SICAD, e as unidades privadas de saúde, com ou sem fins lucrativos, tendo em vista o apoio ao tratamento de utentes dependentes de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, naquelas unidades de tratamento, tendo as entidades presentes apresentado os respetivos pontos de vista.

No restante tempo foi feita a apresentação da Plataforma das Convenções em CAD que abrange a gestão das convenções e a gestão dos contratos nas entidades convencionadas. Entre os benefícios da sua existência encontram-se a gestão otimizada de contratos de convenção, a eficiência e a segurança.

Dependências entrevistou Francisco Bolas, do SICAD.

Francisco Bolas, SICAD



Em que consiste, em concreto, esta Plataforma de Gestão das Convenções?

Francisco Bolas (FB) – Esta plataforma tem como principal objetivo a desmaterialização completa de todos os processos, começando desde logo pela contratação. Quando a entidade é convencionada, estabelece um contrato de convenção com o SICAD que, a partir desta ferramenta, será logo desmaterializado. Ou seja, toda a informação relativa à entidade convencionada, ao local convencionado, ao número de camas associadas aos programas gerais e específicos ficarão numa parte da plataforma onde se faz toda a gestão do contrato. Depois, temos outro módulo que corresponde à operacionalização do contrato, a Plataforma de Gestão de Entidades Convencionadas que, em traços muito gerais, faz a gestão do contrato, gerindo todo o ciclo de vida do utente desde que entra na entidade convencionada até à sua saída. Os utentes poderão entrar nesta plataforma de várias formas, seja referenciado pelas ET, via SIM, seja por referência judi-

cial, permitindo o registo de toda a informação relativa ao utente, os questionários de entrada, o questionário de saída, os follow ups... E temos ainda as unidades que não têm o Sistema de Informação Multidisciplinar mas que também pertencem ao SNS, que referenciam os utentes nos moldes habituais e irão passar a reportar a informação na plataforma.

Quem faz a gestão da plataforma?

FB – A administração da plataforma cabe ao SICAD. Depois, a gestão referente a processos como a emissão dos termos de responsabilidade é feita entre as ARS e o SICAD. Porque são as ARS as responsáveis pelos pagamentos e quem emite os termos de responsabilidade para os utentes para que possam ser utilizados no internamento, sendo que o SICAD também faz esta gestão, tendo em conta que poderá haver a necessidade de proceder a ajustes em termos de internamentos para estas entidades convencionadas. Ou seja, uma entidade convencionada poderá ter 80 camas convencionadas das 100 camas totais e, se por algum motivo, por ordem judicial ou outro, precisar de 81 camas convencionadas, terá que solicitar uma exceção, que terá que ser aprovada pelas ARS e pelo SICAD.

Esta plataforma será apenas dirigida às CT e clínicas ou igualmente a equipas de rua e outras estruturas que trabalhem com utentes com CAD?

FB – Neste momento, a plataforma é apenas para as CT. Posteriormente, iremos alargar o âmbito e colocar também as Unidades de Desabitação e os Centros de Dia.

Em que medida poderá resultar uma maior eficiência na intervenção?

FB – Sim, será mais fácil fazermos a referenciação. Vamos ter informação disponibilizada e toda a que é introduzida pelas entidades, quer através dos questionários de entrada, de saída, etc., é tudo revertido no Sistema de Informação Multidisciplinar e as Equipas de Tratamento do SNS terão acesso a essa informação. Há aqui uma partilha de informação, o mesmo sucedendo para a Plataforma de Gestão de Entidades Convencionadas. A informação que existe no SIM, caso o utente dê o consentimento informado, poderá ser exportada, sendo pré-preenchida e disponibilizada, carecendo apenas de eventuais ajustes ou actualizações.

Em que medida poderemos correr o risco de, através da informatização de todos os dados relativos ao utente e da gestão do seu processo, estarmos a promover uma certa desumanização, sem grande capacidade de decisão dos encaminhamentos por parte do utente ou da ET?

FB – A ET pode sempre decidir para onde vai determinado utente. Esta plataforma vai ajudar e dizer que, tendo em conta que o utente vai ter, por exemplo, um internamento geral, com uma duração de 12 meses e uma prorrogação de mais seis e um termo de responsabilidade cuja utilização pode ir até 59 dias, para esta entidade específica e para este local temos internamento neste dia... O que não quer dizer que não possa haver um contacto com esta entidade convencionada e com este local. Esse contacto pessoal terá que continuar a existir,

PGC – Plataforma de Gestão das Convenções (Contratos)

- O principal objetivo é a desmaterialização completa dos contratos (atualmente em papel)

Pré-requisitos

- Acesso Internet
- Assinatura digital ativa no cartão de cidadão (assinar documentos em formato digital)
- Criação de um registo da entidade convencionada e respetivo utilizador (preferência assinante)

Funcionalidades

- Desmaterialização dos contratos
- Repositório de contratos, os quais ficarão disponíveis a todas as entidades com acesso a plataforma: SICAD, ARS e Entidades Convencionadas.
- Integração com a plataforma de Gestão de contrato de Convenção (informação disponibilizada, se o contrato está ou não em vigor, numero de camas licenciadas/convencionadas, numero de camas convencionadas em cada programa específico)
- Integração da plataforma com o Sistema de Informação Multidisciplinar (é disponibilizada a informação relevante sobre cada contrato (nome local, tipos de programas associados e as camas convencionadas/licenciadas, estado da convenção (ativo/revogado/suspenso/inativo));

Informação adicional

Todos os contrato em vigor serão carregados pelo SICAD na plataforma, será solicitado a cada Entidade Convencionada o email de um utilizador (Assinante) para que fique registado na plataforma aquando a criação do contrato.

portanto, não haverá uma desumanização mas antes uma facilidade de interligação entre as plataformas, mais rapidez e transparência.

Que principais vantagens vê nesta ferramenta?

FB – A primeira vantagem é a desmaterialização completa do processo. É esse o objetivo e conseguimos desmaterializar praticamente todo o processo, desde os termos de responsabilidade a todos os documentos que venham para o SICAD, a nível estatístico. Temos a ganhar com esta interoperabilidade entre os sistemas, o SIM e a Plataforma de Gestão de Entidades Convencionadas, em que, desde que haja autorização prévia dos utentes, a informação fluirá entre ambos os sistemas e irá haver uma partilha deste tipo de informação entre o público e o privado, o que seguramente se traduzirá na prestação de um melhor serviço ao utente, que é o que nos interessa.



Este sistema garantirá igualmente uma maior segurança?

FB – Efetivamente, está agora muito em moda a proteção de dados e tivemos esse cuidado, nomeadamente quando desenvolvemos esta plataforma já com a questão dos consentimentos informados, o direito ao esquecimento, a encriptação da informação pessoal residente na base de dados...

PGEC – Plataforma de Gestão de Contratos de Convenção (Operacionalização dos Contratos)

- O principal objetivo é a desmaterialização completa da gestão dos contratos – acompanhando ciclo completo do internamento do utente, desde a identificação do utente até à saída do mesmo da EC

Pré-requisitos

- Acesso Internet
- Assinatura digital ativa no cartão de cidadão
- Envio dos utilizadores de cada local da Entidade Convencionada para o SICAD para que se possa criar os mesmos na plataforma, existem 4 perfis para as Entidades Convencionadas (Diretor Técnico, Responsável Clínico, Equipa Técnica e Financeiro) Pode existir mais que um utilizador por local com o mesmo perfil e um utilizador pode estar associado a mais que um local.

Funcionalidades

- Desmaterialização do processo de internamento em CAD (Registo da Pessoa, Proposta de Admissão, Questionários, Termos Responsabilidade, Lista Nominativas)
- Pesquisa de informação associada a um utente no Sistema de Informação Multidisciplinar (atenção é necessário ter o consentimento do utente para efetuar essa pesquisa e anexar o mesmo na plataforma)
- Desmaterialização de todos os questionários (Questionário de Entrada, Questionário de Saída e Followup)
- Assinatura digital dos documentos
- Integração bilateral com o Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM) ou seja: no envio de propostas de internamento do SIM para a Plataforma, assim como no envio de questionários da plataforma para o SIM.

Formação

Realizar-se-á entre os dias 15, 16, 17, 22 e 24 de abril, para as EC e dia 29 de abril, para as ARS, nas instalações do SICAD (Parque de Saúde Pulido Valente, Alameda das Linhas de Torres – N.º 117, Edifício SICAD, Lisboa), uma ação de formação com a duração de 1 dia, para demonstração das funcionalidades da Plataforma.

Entrada em Produção

Está prevista a entrada em produção na primeira quinzena do mês de maio.

Plataforma Let's End HEPC avalia o impacto das políticas de saúde pública na eliminação do VHC

Assim, Portugal não atingirá meta de eliminação de Hepatite C em 2030...

O Auditório António Almeida Santos da Assembleia da República acolheu, no dia 12 de março, a sessão Políticas e Ferramentas de Apoio à Decisão Política em Saúde. O mote da realização do evento era a apresentação do Let's End HEPC, o primeiro modelo que avalia o impacto das políticas de saúde pública na eliminação do VHC, tarefa que coube a Henrique Lopes, Coordenador Académico deste projeto do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Com moderação de Rui Tato Marinho, diretor do Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia do CHULN, seguir-se-ia a discussão do modelo e resultados, com a participação de Luis Mendão, do GAT, e Ana Papoila, especialista em saúde pública e epidemiologia e bioestatística, do NMS/FCM.

A finalizar, sob a moderação de Guilherme Macedo, diretor do Serviço de Gastroenterologia do CHSJ, coube aos grupos parlamentares revelarem o seu entendimento político sobre os modelos de apoio à decisão.

A deter da aplicação para PC, smartphone ou tablet, da autoria do Instituto de Saúde da Universidade Católica, que Portugal, pelo caminho que tem seguido até hoje, não atingirá a meta de eliminação da Hepatite C até 2030.

Dependências transcreve a apresentação de Henrique Lopes, Coordenador Académico do projecto Let's End HEPC...

Henrique Lopes, Coordenador Académico do projecto Let's End HEPC



“Esta questão ferramentas de apoio à tomada de decisão política é uma matéria que irá adquirir propriedade crescente nos próximos anos, numa altura em que as complexidades são cada vez maiores e, à semelhança do que se passa em muitos outros setores de atividade económica, haverá a necessidade de dispormos de ferramentas, que já são mundanas noutros setores, nomeadamente nos serviços financeiros, mas que a saúde ainda não terá adquirido com total propriedade, como ferramenta de uso diário.

Na Universidade Católica, temos vindo a trabalhar na criação de uma ferramenta especificamente vocacionada para a modelação da Hepatite C.

A OMS estabeleceu como objetivo que, até 2030, os países deveriam procurar eliminar a Hepatite C, entendendo-se eliminação num conjunto de critérios, um dos quais que se reduzisse em 90% o número de doentes existentes no país quando comparados com o ano 2017. Para tal, entendemos algumas coisas como elementos basilares desta patologia, entre os quais o facto de representar um imenso impacto social. Dado o tipo de doentes e os grupos de onde provêm, os custos que envolvem a doença, o tipo de abordagem, que permite ser feito atualmente em ambulatório, o facto de ser uma doença em mudança de paradigma, passando de crónica à hipótese de se curar os doentes e resolver o problema da pessoa de uma forma definitiva mas também das pessoas que esse doente pudesse contaminar ao longo da sua vida, a Hepatite C reuniu as condições, segundo a OMS, para poder ser a quinta doença a ser eliminada na história da Medicina.

Para criar esta ferramenta, entendemos internamente que a Universidade não tinha todas as competências necessárias, dada essa vertente social, e foram envolvidas associações de doentes, que nos trazem uma visão humanista e holística, bem como diversos especialistas proeminentes portugueses. Tudo isto com o intuito de podermos apontar direcções. Um modelo de uma doença deve ser entendido como um GPS, que nos guie para um caminho correto. E é um apontar de direcções aberto, daí que seja revisto duas vezes por ano, estando todos vós convidados a criticar, a dar sugestões, a procurar melhorias, numa lógica de criar uma comunidade inteligente que colabore no próprio desenvolvimento crítico do modelo.

Colocámos perguntas em abstrato, que passariam pela colocação de um cenário idílico: e se todos nós caminhássemos no sentido do correto? Se fôssemos capazes de eleger em todos os países do mundo uma estratégia para a Hepatite C? Se em todos os países do mundo houvesse um rastreio? Não nos compete, enquanto criadores do modelo, ter uma posição arbitrariamente conducentes a uma direcção ou outra. Isso compete aos decisores políticos, às associações de doentes e aos especialistas, em cada momento, em cada país. A nós, compete-nos ter portas abertas para que cada entidade, nas suas competências e momentos, possa escolher em propriedade. Uma das questões é se deve haver ou não rastreios universais ou em populações de maior risco... O que aconteceria se isso fosse feito? O que aconteceria se conseguíssemos chegar e curar todas as pessoas?

Então, procurámos criar um modelo em que fosse possível ensaiar ideias. Um mapa das soluções e uma ferramenta que dê liberdade a quem a usa, ponderando diferentes soluções, com diferentes incidências de resultados em populações diferentes ou em momentos diferentes, o que passa pela decisão política.

Neste momento, levámos dois anos e meio de trabalho de uma ferramenta que, conceptualmente, é simples, embora tenha sido muito trabalhosa. O nosso objetivo foi comum ao da utilização do automóvel: não temos que saber engenharia para conduzir um carro e partimos do princípio que não tínhamos de perceber de medicina nem de matemática para trabalharmos com isto. Tínhamos que ter um computador ou um smartphone e ter interesse sobre Hepatite C. Portanto, tinha que ser compacto do ponto de vista tecnológico e, para tanto, identificou-se num conjunto de países da Europa indicadores e políticas que de algum modo mostram a sua propriedade de aplicação. E com base nisso, criámos um modelo matemático e um modelo estatístico que in-



tegrámos, num terceiro passo. O modelo matemático vem da literatura científica e o estatístico como modelos de tomada de decisão e que nos permite saber qual o peso e métrica de cada decisão política e como integrar isto num modelo epidemiológico. A título de exemplo, saber que impacto terá a implementação de um programa de troca de seringas, quantos hepatocarcinomas teremos, quantos transplantes evitaremos...

Então, temos hoje uma ferramenta que corre em PC, tablet e smartphone, onde os conceitos basilares da doença, onde as políticas públicas de combate à Hepatite C estão espelhadas. Depois, é um modelo aberto e inteligente porque integra muitos saberes, neste momento resultante da contribuição de 156 cientistas, doentes e investigadores de um conjunto de 11 países, que criticam e partilham publicações e vão permitindo, a cada seis meses, olhar de uma forma crítica para o modelo e introduzir novos artigos, novos pensamentos, novas construções e aperfeiçoamentos, ao mesmo tempo que se caminha.

Neste momento, o modelo já funciona para cinco países: Portugal, Espanha, Roménia, Bulgária e Áustria e estamos a trabalhar com outros países. E temos três grandes eixos de vontade de interacção social no Let's End HEPC: um de literacia da saúde, fundamental e onde Portugal tem de dar grandes passos, transmitindo informação muito simples e gráfica sobre a Hepatite C; a ferramenta deveria ser também democrática, no sentido de facultar a capacidade de interacção entre profissionais e não profissionais. Compete-nos aumentar a cidadania, neste caso da saúde, responsabilizando as pessoas nos processos de saúde; e com base nisto, acabámos por nos diferenciar da concorrência... Conheço entre 18 a 21 equipas a modelar a Hepatite C, distribuídos entre três grandes famílias: os pioneiros, que têm todo o mérito de terem desbravado caminho, que se focalizavam em populações gerais, a equipa da OMS, que procura responder aos países muito em torno dos custos e efetividade e nós, que aproveitámos a experiência dos pioneiros e da OMS e procurámos o nosso próprio caminho. E das cinco grandes dimensões não trabalhamos apenas a parte económica, que gostaríamos de vir a ter mas, no momento, ainda não temos maturidade suficiente neste domínio.

Onde evoluímos? Em função dos três pontos anteriores... passámos das populações gerais, para os chamados modelos de segunda geração, onde se olha de uma forma específica e atenta para os principais grupos de risco. Neste momento, trabalhamos as pessoas que injetam drogas, os prisioneiros, os produtos sanguíneos, a transmissão vertical e temos em carteira vir a trabalhar outros grupos, como o MSM, os doentes hemodialisados, hemofilia, sendo sempre uma questão de recursos...

Então, nesta ferramenta, temos uma app com vários campos de informação: informação sobre o modelo, em que tudo é gratuito e open source; literacia – qual a epidemiologia da doença a nível internacional e de cada um dos países, as 24 políticas transversais identificadas, os parceiros e a possibilidade de se testar cada coisa que se coloca para estes países. Podemos comparar diferentes caminhos que cada país seguiu... Quando observamos o caminho até hoje, constatamos que Portugal e Roménia não alcançarão a meta da eliminação

até 2030, ao contrário de Espanha e Áustria, que deverão eliminar entre 2025 e 2026. E vemos que há resultados diferentes, o que nos permite decompor e verificar em cada país o que cada um está a fazer nessas 24 políticas. E testar diferentes soluções, para diferentes momentos e em face dos recursos disponíveis. E ensaiar ou testar igualmente alternativas e perceber o que melhora ou piora em função disso face ao que existe atualmente em determinado território.

Para Portugal, com base nesta ferramenta, podemos saber, com base sustentada em referências bibliográficas, que as condições atuais não são suficientes para se cumprirem os critérios de eliminação para 2030 da OMS. Uma das vantagens que este tipo de ferramentas tem é perceber que nem sempre é preciso gastar mais dinheiro... Por vezes, existem políticas para as quais a alteração de elementos de gestão do sistema permitem antecipar os processos de eliminação, mudando questões de gestão da máquina e não necessariamente a intensificação de capital. No caso português, se por exemplo alterarmos um pouco as guidelines, incluindo o rastreio das grávidas, o custo para o país é muito próximo de zero e pode ter impacto, bem como a facilidade do acesso a consultas de especialidade e encontrar e descobrir todos os outros doentes que não estão identificados...

Em síntese, o que integra esta ferramenta, o que será o futuro das ferramentas/plataformas de tomada de decisão política epidemiológica e partilha de conhecimento em saúde? Um conjunto de indicadores para as grandes fases da cascata da OMS; a hipótese do benchmark, olhar para os outros e não presumir que sabemos tudo; um ponto de situação, sabemos que os países são volúveis na sua publicação local e que podem evoluir em termos de regulamentação e outros, ao longo desse semestre e termos uma atualização das políticas implementadas nesses países pelos parceiros locais.

À semelhança do que acontece em Portugal, há uma equipa de investigadores em cada um dos países, um conselho científico onde estão os especialistas mas também e sempre as associações de doentes e elementos da gestão do sistema da gestão da Hepatite C; temos sobre nós outro conselho científico onde figuram nomes sonantes ligados à Hepatite C que nos possam aconselhar. Entendemos que, se tivermos múltiplas fontes de retroação e de crítica interna, é mais demorado e complexo mas é também uma maneira de termos um género de travão no nosso próprio sistema e alguém que nos diga se estamos ou não a caminhar bem. E depois uma grande exposição pública: tal como estamos aqui no Parlamento português, a equipa já esteve no Parlamento da Roménia ou no Parlamento Europeu e o debate com os políticos também tem sido fundamental. Esse feedback junto da classe política também é importante para que se tente encontrar vias de percorrer metade de uma ponte, em que os políticos percorrem a parte de procurar a resposta técnica mas nós também temos a obrigação ética e moral de procurar fugir de uma linguagem hermética e obrigar a uma hermenêutica da comunicação para termos um diálogo franco e aberto. Este encontro a meio da ponte tem sido extraordinariamente frutuoso, não dispensando naturalmente os parceiros do circuito científico."



A Hepatite C nos cuidados de saúde primários e no contexto de consumo de drogas e álcool

INHSU desenvolve programa de formação sobre VHC em UD's em Gaia

A International Network on Hepatitis in Substance Users (INHSU), uma organização internacional dedicada à troca de conhecimento científico, tradução de conhecimento e advocacia, voltada para a prevenção e tratamento da hepatite C entre pessoas que utilizam drogas, realizou, no dia 25 de março, um Workshop, destinado a médicos, enfermeiros, especialistas em dependências e outros elementos de equipas clínicas que trabalham com pessoas que usam drogas injetáveis.

Através da aprendizagem online e de um workshop presencial ministrado por especialistas locais, os participantes adquiriram capacidades para gerir a hepatite C com confiança. O curso, cuja frequência foi gratuita, foi ministrado por Guilherme Macedo, Rui Gaspar, Patrícia Andrade, Rodrigo Liberal e Rosa Coelho.

As pessoas que usam drogas injetáveis representam aproximadamente 90% dos novos casos de infeção pelo Vírus Hepatite C (VHC) recém-adquirida. Os médicos que trabalham com pessoas que usam drogas injetáveis desempenham um papel importante na redução da morbilidade e mortalidade relacionadas com o VHC através do diagnóstico e encaminhamento precoces para o tratamento. Com o aparecimento de novos esquemas antivirais para tratamento de VHC de ação direta, de curta duração e bem tolerados, com taxas de cura > 95%, há uma oportunidade de melhorar consideravelmente os resultados em saúde das pessoas que vivem com o VHC.

Após a conclusão deste programa, os participantes são capazes de: Descrever os fatores de risco para infeção pelo VHC, possibilitando processos de triagem efetivos e educação preventiva; Adquirir conhecimentos na interpretação de testes de diagnóstico para o VHC; Reconhecer fatores de risco, sinais clínicos, sintomas e complicações da doença hepática; Adquirir conhecimentos nas opções terapêuticas no tratamento do VHC, aconselhamento e encaminhamento para cuidados de saúde especializados; Conhecer protocolos de acompanhamento recomendados durante e pós-tratamento. Dependências acompanhou esta formação e entrevistou Guilherme Macedo.

Guilherme Macedo

“É preciso tirar da sombra os portugueses infetados pelo vírus da Hepatite C”



Que importância assume a formação destes profissionais de saúde relativamente aos consumidores de drogas?

Guilherme Macedo (GM) – A importância da informação e da qualidade da mesma prende-se com três tipos de temas: primeiro, a necessidade de mostrar que a Hepatite C continua a ser um problema, não só entre a população adita a determinados produtos mas também em pessoas que, aparentemente, não teriam fatores de risco definidos para adquirir a infeção. A infeção da Hepatite C existe e continuará a existir se não tivermos uma atitude concertada de ataque; o segundo aspeto prende-se com uma certa iliteracia que ainda existe entre os profissionais de saúde não propriamente relativamente à Hepatite C mas à oportunidade de tratamento das pessoas infetadas. Há muitos mitos que é importante ainda derrubar; e, em terceiro lugar, compreender que este é um designio que passa não só por compreender as circunstâncias da infeção mas que to-





dos devem estar envolvidos no processo de tratamento. Não adianta tentar lutar por um cenário ideal de eliminação se não houver um comprometimento de todos os profissionais de saúde que estão direta ou indiretamente relacionados com as pessoas infetadas pelo vírus da Hepatite C com este processo. Porque a decisão de tratamento ultrapassa largamente o especialista hospitalar. Antes de chegar a um especialista hospitalar, há um caminho grande que não pode ser um calvário; tem que ser um caminho ágil e de rapidez de acesso.

Também será um mito a este nível a descriminação de que são alvo consumidores de drogas injetáveis?

GM – Esse é um dos problemas que tentamos resolver com este tipo de acções de formação... demonstrar que não deve existir nenhum tipo de barreira nesse contexto. É evidente que tentamos aproveitar a oportunidade pedagógica da consulta no doente que tem comportamentos de risco para explicar que há mais a fazer do que tratar exclusivamente a Hepatite C mas a verdade é que a grande eficácia do tratamento é completamente indiferente ao que estejam a ser os hábitos, por vezes socialmente mais reprimíveis, dos próprios doentes. Portanto, o tratamento deve ser feito sempre e em qualquer circunstância.

As estruturas de resposta habitualmente associadas a este tipo de população são as ET e os CRI, mas é frequente esquecerem-se as equipas de rua e até as clínicas e as comunidades terapêuticas, onde existirá certamente população que urge tratar...

GM – Sim, existe e algo que temos vindo sistematicamente a fazer, não só nestas acções de formação mas igualmente noutras, como a que realizámos recentemente, em relação à estratégia de inclusão, que tem a ver com o recrutamento de todos estes profissionais para compreenderem que as populações vulneráveis o são porque passam a ser populações com necessidades acrescidas. No fundo, a vulnerabilidade existe na mesma dimensão proporcional à exigência das novas necessidades e, portanto, o que pretendemos fazer com estas reuniões é criar este movimento de fundo, de fazer com que os profissionais de saúde se sintam

envolvidos e que têm um papel a desempenhar, não só na identificação das pessoas mas no seu acompanhamento para o tratamento.

A sua comunicação suscitou-me uma dúvida: se um doente toxico-dependente, tratado e curado da Hepatite C, voltar ao consumo, poderá voltar ao tratamento ou está imune?

GM – O doente que foi tratado e curado está tratado e curado da infeção que teve; não fica protegido para nenhuma outra infeção que possa acontecer posteriormente. O que fazemos atualmente no processo de tratamento é tentar informar a pessoa que deve evitar a todo o custo a possibilidade da reinfeção, que é um risco. E mesmo as pessoas reinfectadas podem e devem ser retratadas.

Para além de ganhar as pessoas para o tratamento, que importância assumirá conquistar também uma dinâmica mais abrangente por parte da classe política?

GM – Essa dinâmica mais abrangente é, justamente, não só ganhar os doentes para o tratamento mas ganhar os políticos para compreenderem a necessidade do tratamento. E só pode haver uma compreensão integral se também perceberem que há que identificar todas as pessoas infetadas em Portugal. É preciso tirar da sombra os portugueses infetados pelo vírus da Hepatite C.

Quanto à questão do álcool... Será necessário retomar a visibilidade deste problema?

GM – O álcool é sempre um assunto de permanente preocupação... Sentimos que existe uma relativa secundarização ou relativização da importância do álcool quando, socialmente e culturalmente, esse é um assunto extremamente importante entre nós. Se pensarmos então no que é a junção maligna do vírus C com o álcool, percebemos que temos que apontar as armas para os dois lados, em rigor. A luta contra os comportamentos aditivos, em que se inclui o alcoolismo, não tem tréguas nem fronteiras porque implica um envolvimento muito grande da sociedade e a outros níveis, nomeadamente económicos – porque há parceiros a este nível que podem ter uma certa relutância em alinhar connosco nesta luta contra o alcoolismo.

Ainda existe estigma relativamente aos doentes infetados com o vírus da Hepatite C?

GM – Existe um estigma grande, que vem da sociedade para os doentes e dos doentes com eles próprios. A vergonha e o receio da descriminação negativa existe, o próprio indivíduo infetado tem, por vezes, alguma dificuldade em aceitar comportamentos que tenha tido no passado e tem o receio de ser estigmatizado socialmente. No fundo, é uma sequência de descriminações negativas que, como médicos, temos a responsabilidade de tentar desmontar e criar uma visão optimista, integradora e inclusiva para todas estas pessoas, que podem ter uma vida completamente normal depois da cura.



Faculdade de Medicina da Universidade do Porto organiza Semana Internacional do Cérebro 2019

Cérebro e Dependências: as drogas

O nosso cérebro é modificado pelas drogas? Os opióides são analgésicos viciantes? Há cérebros com mais probabilidade de criar dependências? Estas e outras questões estiveram em análise e discussão no Simpósio da Semana Internacional do Cérebro, que teve lugar na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, no dia 12 de março. O Simpósio foi subordinado ao tema "Cérebro e Dependências: as Drogas", associando-se a um evento internacional, a Semana Internacional do Cérebro, que visa alertar a população em geral para as questões ligadas às neurociências.

O tema que a Sociedade Portuguesa de Neurociências elegeu para este ano relaciona-se com a forma como o cérebro cria dependências, a forma como muda quando é exposto a drogas e as consequências de alguma desinformação que grassa relativamente ao assunto drogas, particularmente numa população particularmente exposta: os estudantes universitários.

Os oradores convidados foram Teresa Summavielle, Neurocientista), João Marques Teixeira, Psiquiatra, e José Castro Lopes, Médico e Neurocientista. A sessão foi aberta ao grande público e contou com uma massiva adesão e participação por parte da população estudantil, nomeadamente da Faculdade de Medicina do Porto. Também asseguraram presença a Coordenadora da DICAD, Kerstin Hoffmeister. Dependências esteve presente no evento e entrevistou Isaura Tavares, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Presidente da Sociedade Portuguesa de Neurociências, Kerstin Hoffmeister Coordenadora do Dicad Norte, e José Castro Lopes, neurocientista e docente da Faculdade de Medicina da UP.

Isaura Tavares, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Presidente da Sociedade Portuguesa de Neurociências



A que objetivos se subordina a organização deste evento?

Isaura Tavares (IT) – Este evento enquadra-se na Semana Internacional do Cérebro, comemorada em Portugal pela Sociedade Portuguesa de Neurociências, com o objetivo geral de falar às pessoas sobre os problemas relacionados com o cérebro, por que é importante fazermos investigação e como é que, conhecendo melhor os dados científicos, podemos preservar a nossa saúde e fugir de algumas patologias. Temos feito a Semana Internacional do Cérebro com interesses temáticos e, este ano, decidimos incluir o assunto das drogas pela sua importância e porque gera o interesse de toda a gente. Estamos, por exemplo, a discutir assuntos do ponto de vista da legislação sem sabermos muitas vezes todas as bases científicas envolvidas e enten-

demo ser uma boa altura para criarmos, neste âmbito, o tema das dependências e das drogas em concreto e para convidarmos especialistas para falarem sobre esses assuntos.

Sendo óbvio que as drogas alteram o funcionamento do cérebro, prejudicando muitas vezes determinadas funções, em que medida haverá uma predisposição do cérebro para a dependência?

IT – Esse é um tema muito interessante... Por que é que alguns cérebros são mais dependentes? Por que é que algumas pessoas têm mais tendência a criarem dependências? Há muitas investigações feitas nesse âmbito mas ainda não temos uma resposta clara. Alguns estudos apontam para uma predisposição neurobiológica, eventualmente relacionada com aqueles circuitos de libertação de dopamina que têm um impacto diferente em algumas pessoas e será eventualmente por aí... Mas não existem dados conclusivos.

Um dos principais públicos alvos deste evento são os próprios estudantes... Porquê?

IT – É verdade... Já é o terceiro ano consecutivo que fazemos a sessão na Faculdade de Medicina porque queremos trazer temas que interessem aos nossos estudantes. No primeiro ano, foi Cérebro e Atividade Física, no ano passado foi a questão do Stress e, este ano, achamos oportuno falar sobre drogas porque, embora não tenhamos dados e seja um tema bastante difícil de abordar – e colocaremos as questões de forma anónima, através de formulários – pensamos que importa aos nossos alunos perceberem o impacto resultante do uso de drogas e como as mesmas atuam no nosso cérebro. Mas isto é aberto a toda a população, embora tenhamos uma maior adesão por parte dos estudantes da Faculdade de Medicina, até porque a organização resulta de uma parceria com a Associação de Estudantes mas vêm também estudantes de outras faculdades, que acabam por se estudar.

Sendo este público, estudante de medicina, à partida mais informado do que a população em geral sobre estas temáticas, percebe-se que corram riscos, nomeadamente de abusos de álcool e drogas em determinados contextos?

IT – É difícil... Há uma consciência crítica mas, se somos circuitos neurobiológicos, se somos neurotransmissores, se calhar não nos conseguimos muitas vezes impor a isso... E é bem verdade e preocupa-me muito que os nossos estudantes de medicina estejam muito sujeitos a stress, factor que leva muitas vezes ao consumo de drogas, não esquecendo que irão ter uma profissão complicada. E alguns dos problemas nascem aqui, nas paredes das faculdades...

Sabendo-se que não tem havido a desejável renovação de recursos profissionais na área dos CAD, pergunto-lhe se tem havido procura de formação nesta área?

IT – Esse é de facto um problema muito grande... Temos aqui a participação da Dra. Kerstin Hoffmeister, do DICAD, que falará precisamente sobre isso, do que não conseguimos fazer, por que não conseguimos chegar às pessoas nem responder adequadamente... Ainda recentemente li um artigo do Dr. João Goulão, em que afirmava que também não conseguíamos chegar como desejamos às pessoas porque não temos profissionais suficientes nos serviços.

A Faculdade de Medicina da UP oferece essa formação?

IT – Não, não temos formação nesta área. Acaba por ser abordada em unidades curriculares avulsas, das quais as mais importantes serão a psiquiatria, que aborda estes comportamentos.

Kerstin Hoffmeister, Coordenadora do DICAD



Sendo óbvio que as drogas alteram o funcionamento do cérebro, prejudicando muitas vezes determinadas funções, em que medida haverá uma predisposição neurobiológica que justifique o abuso e a dependência de determinadas pessoas?

Kerstin Hoffmeister (KH) – Venho da área do tratamento e a nossa abordagem, ao nível do serviço público de intervenção, é uma abordagem integrada, na qual intervimos nos fatores biológicos. Nessa medida, penso que haverá certamente fatores biológicos, psicológicos, do meio, da família, da sociedade em geral... uma conjugação de vários fatores que ajudam a que, a certa altura, se desenvolva um processo de adição.

Estamos na Faculdade de Medicina da UP, com um público muito jovem... Parece ser o que falta a esta área, cativar jovens para substituir os profissionais que têm saído dos serviços...

KH – penso que nem será propriamente cativar... Como vê, o auditório está cheio, o que significa que os jovens se interessam por estas coisas...

...Mas não há oferta formativa...

KH – Apesar de tudo, creio que até há... O que não há é grandes recursos disponíveis para a contratação de profissionais. Passámos por uma grande crise e ainda estamos um pouco estagnados. Pela minha experiência, constato que quem vem de novo para esta área gosta muito e dedica-se... Agora, a título de exemplo, para os médicos especialistas em MGF que se dedicam em exclusividade ao nosso serviço não existe progressão na carreira, o que desincentiva; os psicólogos não beneficiam da abertura de concursos, o mesmo sucedendo com os assistentes sociais... Precisamos muito de sangue novo e é sempre bom quando, por exemplo, médicos em formação vêm fazer uma valência ou um tempo nas nossas unidades. Não só para eles mas também para nós porque trazem energia, ideias e alento.

Este clima de indefinição em termos orgânicos também não ajuda...

KH – Não, mas tenho muita esperança que esteja para breve uma definição.



José Castro Lopes, neurocientista e docente da Faculdade de Medicina da UP



O que nos traz a esta sessão?

José Castro Lopes (JL) – Vou falar sobre o problema da dependência dos opióides, que surgiu nos EUA no final dos anos 90, início dos anos 2000 e que tem a ver com a noção que a sociedade foi ganhando de que é necessário combater a dor. Os medicamentos mais eficazes para combater a dor são os opióides e temos muitos, como outros, que não são isentos de riscos. E um dos riscos é a adição. Nos EUA, verificou-se uma certa liberalização da prescrição dos medicamentos opióides, por diversos fatores, e essa liberalização começou a associar-se a um aumento das dependências e, mais grave ainda, a um aumento das mortes por overdose. Apesar de todas as campanhas que têm sido feitas nos EUA, esse aumento ainda não acabou. O consumo de medicamentos opióides está a reduzir mas as pessoas que são dependentes estão a recorrer a outros opióides e a outras formas de os obterem para além das prescrições médicas.

Também se gerou uma espécie de mito em torno deste tema...

JL – Exatamente! A questão é se temos ou não esse problema em Portugal... E como importamos muitas coisas dos EUA, o meu receio é que importemos também esse medo dos opióides quando, pelos dados disponíveis até agora em Portugal, não temos esse problema. Temos é que estar atentos.

Por que não fornecer, por exemplo, naltrexona a esses utentes?

JL – O problema é que esses doentes não querem normalmente associar-se à dependência...

Sendo o Professor da área das neurociências, concorda que poderá haver uma predisposição neurobiológica que ajude a explicar por que determinadas pessoas se tornam dependentes?

JL – Parece que há alguma predisposição genética. Mas a minha área é a dor e não as dependências, pelo que estou mais aqui por essa relação entre a dor e as dependências por via dos opióides...

Muitas vezes, as pessoas recorrem aos opióides para aliviarem a dor mas, passado algum tempo, vêm essa dor redobrada face aos danos...

JL – Não diria dor mas antes sofrimento. Há que distinguir... Claro que, nalguns casos, os opióides podem provocar aumento da dor mas são casos menos comuns, de doses relativamente altas e por períodos curtos. Mas é evidente que temos que ter muito cuidado. O essencial é haver educação, primeiro dos profissionais de saúde e, depois, da população em geral para a necessidade de utilizar os medicamentos opióides de uma forma correta. Porque são muito úteis em muitos tipos de dor mas existem outros tipos de dor em que não o são.

Novo estudo sobre análise de resíduos revela aumento da detecção de anfetaminas, cocaína e MDMA:

EMCDDA revela dados sobre consumos em mais de 70 cidades europeias

Os últimos dados sobre águas residuais revelam hábitos de consumo de drogas em mais de 70 cidades europeias e um aumento na detecção de estimulantes. As mais recentes descobertas do maior projecto europeu na ciência emergente da análise de águas residuais são apresentadas hoje pelo grupo SCORE em toda a Europa, em associação com a agência de droga da UE, o EMCDDA. O projeto analisou águas residuais em 73 cidades de 20 países europeus, em março de 2018, com o intuito de explorar os comportamentos de consumo de drogas dos seus habitantes. O estudo de 2018 aponta para um aumento na detecção de anfetaminas, cocaína e MDMA em amostras de águas residuais, em comparação com os valores de 2017.

De Lisboa a Atenas e de Copenhaga a Madrid, o estudo analisou diariamente as amostras de águas residuais nas áreas de captação de estações de tratamento de águas residuais durante um período de uma semana. As águas residuais de aproximadamente 46 milhões de pessoas foram analisadas em busca de vestígios de quatro drogas ilícitas: anfetamina, cocaína, MDMA (ecstasy) e metanfetamina.

A epidemiologia baseada em águas residuais é uma disciplina científica em rápido desenvolvimento, com o potencial de monitorar tendências em nível populacional próximas ao tempo real no uso de drogas ilícitas. Ao amostrar uma fonte conhecida de águas residuais, como um efluente de esgoto numa estação de tratamento de esgoto, os cientistas podem agora estimar a quantidade de drogas usadas numa comunidade, medindo os níveis de drogas ilícitas e os seus metabolitos excretados na urina.

O grupo SCORE tem vindo a realizar campanhas anuais de monitorização de águas residuais desde 2011. 33 cidades participaram em cinco ou mais das oito campanhas realizadas até ao momento, o que permite a análise da tendência temporal do consumo de drogas com base em testes de águas residuais.

Os resultados de 2018 foram divulgados no dia 14 de março, no relatório "Análises de águas residuais e drogas - um estudo europeu de várias cidades", uma edição atualizada da série de Perspectivas sobre Drogas (POD) do OEDT. O POD inclui um mapa interativo inovador e uma ferramenta baseada em gráficos que permite ao usuário perceber padrões geográficos e temporais e ampliar os resultados por cidade e por droga. Novos recursos disponíveis este ano incluem 'Perguntas mais frequentes' (FAQs) sobre epidemiologia baseada em águas residuais, bem como um gráfico de movimento destinado aos interessados em estabelecer atividades de monitoramento de águas residuais.

Resultados de 2018: o que há de novo?

As descobertas de 2018 oferecem um instantâneo valioso dos padrões de uso de drogas nas cidades envolvidas, revelando variações geográficas e temporais marcadas:

- **Cocaína:** nas cidades com dados de águas residuais para 2017 e 2018, os números mais recentes revelam aumentos nos vestígios de cocaína, confirmando a tendência ascendente registada em 2017. Os resíduos de cocaína em águas residuais foram mais altos nas cidades do oeste e sul da Europa, particularmente nas cidades da Bélgica, Holanda, Espanha e Reino Unido. A análise aponta para níveis muito baixos de uso de cocaína na maioria das cidades do leste europeu, mas os dados mais recentes mostram sinais de aumento.

- **Anfetamina:** Os dados mais recentes mostram que a maioria das cidades relatou um aumento nos resíduos de anfetaminas, enquanto os dados das sete campanhas de monitorização anteriores não mostraram grandes mudanças nos padrões observados. As cargas de anfetaminas detectadas em águas residuais variaram consideravelmente nos locais de estudo, com os níveis mais altos reportados em cidades do norte e leste da Europa. A anfetamina foi encontrada em níveis muito mais baixos nas cidades do sul da Europa.

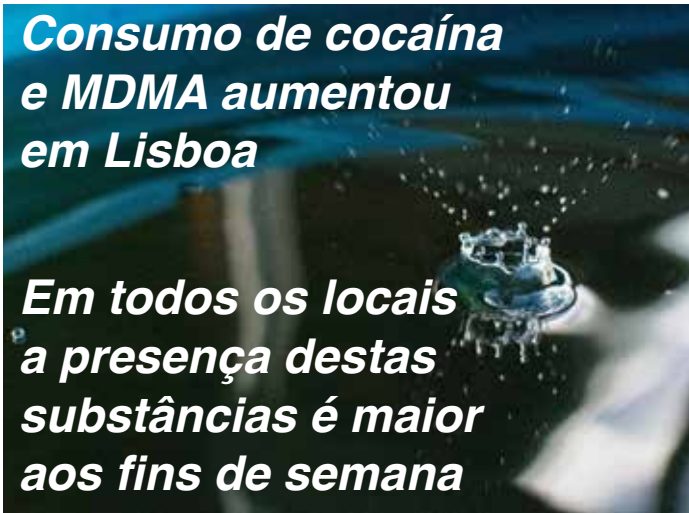
- **MDMA:** Os dados de 2018 apontam para um aumento dos vestígios de MDMA na maioria das cidades, em comparação com uma tendência de estabilização em 2017. (Aumentos acentuados de MDMA foram observados no período 2011–16).

- **Metanfetamina:** Tradicionalmente concentrada na República Checa e Eslováquia, a metanfetamina parece estar agora presente no Chipre, no leste da Alemanha, em Espanha e no norte da Europa (por exemplo, Finlândia e Noruega).

- **Padrões semanais:** Quando os padrões semanais de uso de drogas foram examinados, os níveis de cocaína e MDMA (ecstasy) aumentaram acentuadamente nos fins de semana na maioria das cidades. Em 2018, um padrão semelhante foi observado para anfetaminas (sugerindo uso recreativo), enquanto, anteriormente, os vestígios pareciam estar distribuídos mais uniformemente ao longo da semana. As cargas de metanfetamina foram distribuídas uniformemente ao longo da semana.

Neste projeto, o SCORE usa um protocolo padrão e um exercício comum de controlo de qualidade em todos os locais, permitindo comparar diretamente as cargas de drogas ilícitas na Europa num período de uma semana, durante oito anos consecutivos.

O OEDT adopta uma abordagem multi-indicadores para a monitorização da droga, com base no princípio de que nenhuma medida isolada pode fornecer uma imagem completa da situação. Considera a análise de águas residuais uma ferramenta adicional valiosa no seio do seu kit de ferramentas epidemiológicas e que pode fornecer informações oportunas sobre um amplo espectro de substâncias.



Consumo de cocaína e MDMA aumentou em Lisboa

Em todos os locais a presença destas substâncias é maior aos fins de semana

OPMISA: SICAD EM PROJETO EM SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE



A Organização Não Governamental para o Desenvolvimento HELPO e o SICAD promovem, em São Tomé e Príncipe, o projeto POPMISA – População Materno-Infantil sem Álcool que tem como objetivo específico aumentar o conhecimento dos riscos que o consumo de bebidas alcoólicas traz para a saúde e estado nutricional em mulheres em idade fértil, mulheres grávidas e crianças dos 0 aos 5 anos.

Em dados de 2014 (Relatório Global sobre o Álcool e a Saúde, da OMS) verificava-se que as mulheres santomenses consumiam cerca de 2,9 litros de álcool puro per capita, trazendo a esta população específica diversos problemas relacionados com o uso excessivo do álcool.

O SICAD tornou-se parceiro deste projeto concedendo apoio técnico e científico.

SICAD APOIA CAMPANHA DE PREVENÇÃO EM CONTEXTO LABORAL



Plano para a promoção da segurança e saúde em contexto laboral

O SICAD, a ARSLVT e o CRI do Ribatejo juntamente com o Município de Coruche e em parceria com a Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD) estão a desenvolver um Plano para a promoção da segurança e saúde em contexto laboral “Mais Segurança, Mais Saúde” que consiste principalmente numa campanha de prevenção do consumo excessivo do álcool e outras substâncias psicoativas, em meio laboral.

Não tendo como objetivo uma abordagem punitiva, mas sim de responsabilidade e envolvimento, esta campanha visa informar os trabalhadores sobre os efeitos psicológicos e fisiológicos do consumo abusivo de álcool e outras substâncias.

Este projeto teve o seu primeiro momento no dia 19 de fevereiro.

SICAD DÁ FORMAÇÃO DIRIGIDA A MILITARES DO COMANDO TERRITORIAL DO PORTO

No passado dia 26 de fevereiro a CDT do Porto realizou uma ação de formação dirigida a militares Sargentos do Comando Territorial do Porto.

Considerando que a articulação interinstitucional assume-se como uma das áreas prioritárias de investimento do SICAD e estando a área da Dissuasão empenhada em dinamizar e reforçar a articulação com parceiros estratégicos, foi realizada esta ação de formação com o propósito de dar a conhecer a missão e o papel das Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT), enquanto serviços do Ministério da Saúde que operacionalizam a Lei da Descriminalização do consumo (Lei nº. 30/2000, de 29 de novembro).

Esta ação possibilitou ainda o estreitamento das relações já existentes permitindo potenciar e melhorar a qualidade das intervenções dirigidas ao cidadão.

3ª REUNIÃO ANUAL DOS OBSERVATÓRIOS NACIONAIS DE DROGAS COPOLAD II



Decorre, em Praga, entre os dias 25 e 29 de março, a 3ª Reunião Anual dos Observatórios Nacionais de Drogas COPOLAD II (RAONDCII).

O SICAD assegura a representação portuguesa e desempenha a função de país europeu de referência para os grupos de trabalho sobre “Sistemas de Alerta Rápido” e “Elaboração de Relatórios Nacionais de Drogas”.

No encontro estão reunidos 60 peritos dos Observatórios Nacionais de Drogas de 15 países da América Latina, 13 países das Caraíbas e 5 países da União Europeia que ao longo destes dias apresentarão o trabalho desenvolvido e os resultados alcançados desde 2016, data da 1ª RAONDCII).

O Programa COPOLAD II-Programa de Cooperação entre a América Latina, as Caraíbas e a UE sobre políticas de luta contra droga, visa reforçar as capacidades e incentivar o processo de elaboração de políticas de luta contra a droga nas suas diferentes etapas nos países da América Latina e das Caraíbas e tem promovido o intercâmbio de conhecimentos e a formação de profissionais dos Observatórios Nacionais de Drogas.

Entrevista a Paco Pascual Presidente da Socidrogalcohol:

Las jornadas del humanismo y de los derechos humanos



Hablamos de 50 años desde que nació SOCIDROGALCOHOL, muchas cosas han cambiado desde aquellos inicios, ¿Qué es lo que más cambió?

Francisco Pascual (FP) – En primer lugar, hay un recambio generacional lógico, porque efectivamente como han pasado 50 años, hay mucha gente que no había nacido cuando SOCIDROGALCOHOL se creó y, personas que fueron pioneros en esto, ya no están entre nosotros. Sí que seguimos viendo que hay un espíritu muy vocacional. Yo diría que la atención a las adicciones te debe de gustar. Sí que vemos que la gente que se va sumando a este proyecto, 100 personas nuevas el año pasado, 76 este año, vemos que la gente viene mucho más preparada. Son profesionales jóvenes, gente que viene de másteres, que ya tienen un rodaje, que están haciendo prevención, etc. E igual que vamos avanzando en esto, en incrementar la conciencia entre estos profesionales e incrementar su contenido y su bagaje científico, sí que es verdad que a nivel de la atención no hemos evolucionado todo lo que se debería porque aún quedan huecos por cubrir a nivel asistencial. Aunque parece ser que hay un esfuerzo y esto también creo que es gracias al empeño que hemos puesto desde SOCIDROGALCOHOL para reivindicar que el paciente que tenga un trastorno adictivo tenga una atención sociosanitaria, digna, gratuita y dentro del sistema público español.

Cuándo se formó SOCIDROGALCOHOL supongo que fue con profesionales de la psiquiatría, ¿Sigue siendo así?

FP – Se formó en el año 1969 y en sus inicios fueron principalmente psiquiatras y algún trabajador social. Es curioso porque el impacto social que había de las adicciones en aquellos años, antes de los 70, primaba por encima del aspecto de deterioro físico. Esto cambió más adelante, sobre el año 85, que fue cuando en España se creó el Plan Nacional de Drogas, fundamentalmente por la aparición del VIH y de la Hepatitis C, pero hasta entonces lo que más preocupaba, de hecho





uno de los fundadores, el doctor Emilio Bogani, escribió un libro que se llamaba 'Alcoholismo, enfermedad social' porque se tenía muy en cuenta la relación de la persona con su entorno, su familia y con ese deterioro, pero sobre todo con la marginalidad que el propio adicto iba marcándose él mismo prácticamente.

En los años 80 los datos que yo tengo sobre España era que el alcohol se estimaba (de forma estimada y no científica) que había desde 1.900.000 hasta 2.300.000 personas, con cocaína entre 60.000 u 80.000, heroína 80.000-150.000 y cannabis 1.200.000-1.800.000. Hoy los datos que tenemos son con evidencia científica, ¿esto ha sufrido algún cambio?

FP – Yo te diría que el alcohol, a lo mejor se ha mantenido o ha subido muy poco porque sí que es cierto que ahora tenemos más posibilidades de diagnosticar, y se ha hecho un trabajo importante desde atención primaria para tener un diagnóstico cuando empiezan los problemas. Y además, con los nuevos criterios DSM V, desaparece de la dependencia y abuso con lo cual se habla de trastorno por uso de sustancia, y esto, abre un poco el abanico y se diagnostica más gente. Te diría que la cocaína fue subiendo y aunque ahora, a lo mejor se ha estabilizado, esas cifras quedarían bajas para el uso que se está haciendo en estos momentos. Y, además, te diría también que si bien la cocaína en ese momento, estaba en un contexto de gente con cierto nivel adquisitivo, la cocaína se ha universalizado, habiendo un consumo no solo con gente de estatus alto sino también de un estatus social medio. En cuanto al cannabis, bueno, se ha disparado, yo creo que es la gran tontería pensar que el fumarse un porro te va a aportar algo positivo. No vamos a ir contra nada. Considerar que estamos en un país en el que 1 de cada 4 ha fumado alguna vez algún porro que entre los jóvenes hay un 33% de consumidores, que es una droga que te provoca una patología psíquica pero también orgánica. Todo esto creo que no llega a la población, se ha banalizado tanto el consumo que las personas creen que fumarse un porro no es peligroso, y en la gente joven es muy peligroso.

El alcohol es una droga culturalmente aceptada, sin embargo, cuando la persona es alcohólica, se le estigmatiza.

FP – Yo creo que esta sociedad siempre se mueve en esa dicotomía de lo permisivo al castigo. Ciertas cantidades que no te provocan una serie de consecuencias de deterioro físico, pero sobre todo de comportamiento, son aplaudidas por la sociedad. Hay unos intereses por parte de la industria alcoholera que son obvios, y creo que no hace falta repetirlos. Y, además, los países mediterráneos: Portugal, España, Italia y Francia, somos países productores y exportadores, etc. con lo cual hasta ahí puedes entender que el negocio puede superar la visión de salud que debemos de tener. Pero como te decía que el ser humano es hipócrita, igual que podemos aplaudir ciertos consumos, rechazamos otro. Cuando una persona ya pierde un poco la compostura, el comportamiento, empieza a tener enfermedades, empieza con cuadros de agresividad, vio-

lentos, etc. la sociedad lo rechaza. La sociedad rechaza un problema que ella misma ha creado. Sin dar una solución ni dar los medios necesarios. Vivimos en un mundo cada vez más falto de valores donde se miran intereses espurios más allá del humanismo que deberíamos tener.

¿Nuestro cerebro se altera por el consumo de drogas?

FP – El cerebro se altera por las drogas, pero no solamente esto. Recientemente estoy preparando una conferencia para dar en la universidad sobre aspectos genéticos. Yo creo que se ha biologizado demasiado el aspecto de las drogas. Probablemente cuando esto se iniciaba en el año 69 y cuando Bogani escribió su libro, estaba demasiado socializado. Ahora está demasiado biologizado. Creo que hay un punto intermedio. Te decía lo de la genética porque es verdad que parece ser que genéticamente hay unos condicionantes, y que hay una carga genética evidentemente en los cromosomas que puede hacer que un determinado comportamiento, igual que un determinado color de los ojos se pueda heredar. Pero hay algo mucho más importante que hace que dos personas con una misma carga genética, uno pueda desarrollar un problema o no, y es la epigenética. Es decir, todo lo que rodea desde el ambiente, la conducta, la educación, los gustos, etc. Esto a veces no viene definido, esto uno se lo encuentra a lo largo de la vida y es determinante para que la genética demuestre su carga negativa o simplemente se quede ahí como un paso más, a lo mejor para siguientes generaciones. Pero por eso sigue siendo importante la educación, el ambiente, el grupo de amigos, el comportamiento y, sobre todo, el ser buena persona, esto también marca.

Siguiendo por este camino, ahora sabemos que los opioides son analgésicos adictivos.

FP – Los opioides son unos muy buenos analgésicos desde tiempos inmemoriales, incluso aparecen en la Ilíada y la Odisea. Los egipcios lo utilizaban para calmar dolores, para tratar hemorroides, para hacer que los niños no llorasen. E incluso, más tarde, sabemos que los opioides manipulado químicamente son los causantes de que una planta como la adormidera sea el origen de la heroína, 'heroids' y convertía a los soldados en héroes para no sufrir dolor. Hay un paso más, sabemos que a través de todo eso, dando esta sustancia, una persona que tiene dolor, le calma el dolor. Si tenemos delante a una persona que tiene un cáncer terminal, yo no me preocuparía demasiado de si esta persona va a desarrollar una dependencia o no, porque lógicamente lo que queremos es mejorar la calidad de vida. Ahora bien, si estamos delante de una persona que tiene un dolor, primero hay que tratar el dolor con otros fármacos, y hay otros muchos más sencillos, porque los opioides, como decías en la anterior pregunta, van a cambiar la estructura cerebral y te van a provocar una dependencia. Y esta dependencia, que además, tiene una serie de problemas añadidos, puede ser provocada por un médico porque prescriba mal para una enfermedad que no es, durante más tiempo del debido; o por el propio paciente, que empieza a tomar el opioide no para calmar el dolor sino para encontrarse bien psíquicamente.

Cuándo anteriormente hablaba de genética, ¿significa esto que hay unos cerebros que están más predispuestos a desarrollar dependencia que otros o todos los cerebros son iguales?

FP – La genética no solamente es el cerebro. La genética, como decía, define hasta el color de los ojos. Es verdad que en este sentido algunos caracteres genéticos pueden determinar que una persona sea más propicia, por ejemplo, a búsqueda del placer, a conductas de riesgo, o incluso a conductas de consumo. No sé si es el cerebro al final el que lo define todo, porque si fuese solamente el cerebro, no seríamos seres humanos. El ser humano tiene una condición que lo diferencia de los animales, que es la capacidad de pensar, de decidir y de decir que no.

Estamos en el XLVI Jornadas Nacionales de SOCIDROGALCOHOL y I Congreso Internacional, ¿Qué pretende SOCIDROGALCOHOL con este salto a la esfera internacional, pretende a partir de ahora celebrar cada año congresos internacionales?

FP – La ciencia no corre tanto como debería. Ya he comentado que posiblemente a nivel de tratamiento tampoco hemos evolucionado a gran velocidad tan rápida, tampoco salen nuevos fármacos que nos ayuden, la investigación es lenta, pero sí que es verdad que a nivel internacional, se están haciendo ciertas investigaciones, hay ciertos estudios y hay, vamos a decir, profesionales de prestigio, que todavía tienen cosas que enseñarnos. Probablemente igual que cuando nosotros vamos fuera, y digo nosotros, refiriéndome a los países de la Península Ibérica. Si nos quedamos solo con nuestra gente, al final, lo único que hacemos simplemente es repetir contenidos porque como esto no avanza tan rápido... Necesitamos aprender, y hay que aprender de los que saben, de los que están investigando, con lo cual, es hacer un mix. Nuestra gente que investiga, nuestros clínicos que están en el día a día soportando o averiguando nuevas cuestiones; pero necesitamos aprender de fuera. Esto hace que el congreso sea más atractivo y esta propuesta de mantenerlo los siguientes años, es la idea que tenemos. Es un mundo globalizado.

Y en este mundo globalizado, ¿Qué temas destacan?

FP – Pues yo te diría que a parte de traer personas como Karl Fagström, que es una persona que ha desarrollado muchísimo los cuestionarios, el tema de detección y de abordaje del tabaco. A veces las personas tienen peso por su nombre y por lo que han hecho, y para nosotros también es un reconocimiento. Esto sería una parte.

Por otro lado, yo creo que las nuevas aportaciones, son en cuanto por ejemplo conocer que se está desarrollando en cuanto a nuevos tratamientos farmacológicos, ¿por dónde va la idea? ¿tenemos fármacos para la cocaína? ¿tenemos fármacos para los cannabinoides? ¿hay algo nuevo para el alcohol? Probablemente estas investigaciones son más de laboratorios extranjeros que españoles, y esto nos lo pueden aportar. Los estudios globales, ya que hablamos de un mundo muy global, nos hace comparar, por ejemplo, el impacto socioeconómico o la morbilidad de nuestro país en comparación con otros. Por eso es importante saber qué está ocurriendo en el resto del mundo. Y formamos parte de la comunidad Europea, y sabemos que cada vez más, las decisiones que se puedan tomar, pueden influenciar a todos, por lo tanto es importante traer a gente de otros países, para saber si hay una política común de abordaje de las drogas, tanto en el tema preventivo, asistencial como incluso en el tema legislativo, o de control de aduanas, de paso de drogas, etc. Y por eso debemos de contar con todos.

Hay dos temas que me han llamado la atención en este congreso. Por una parte, la presencia de mesas sobre Hepatitis C y en segundo lugar, el género, hoy que además es 8 de marzo, con algún tema sobre violencia.

FP – Lo que hemos hecho ha sido poner tres mesas sobre género, porque coincidimos en la celebración del Día de la Mujer, ya sucedió el año



pasado. Esto era una forma de poner encima de la mesa nuestro granito de arena para poder analizar de alguna forma cuál es la problemática específica en el caso de la mujer en relación con las adicciones. El tema de la marginalidad, el consumo vergonzante, del tener que esconderse, de estar mucho peor visto que en un hombre, etc. Hemos hecho esta mañana una mesa sobre género y adolescencia se ha hablado de la relación del alcohol con la violencia, sabemos que la cuestión de género tiene mucho que ver, el hombre es más violento que la mujer, etc. Estas campañas que hablan de violencia doméstica, mire no, es violencia de género, es la violencia de un ser que quiere ser superior frente a otro, de un género que quiere ser superior a otros, no me sean falsos. La violencia de género debe ser erradicada, y sabemos que el consumo de sustancias lo que hace es agravarlo. Y por eso estos temas hay que ponerlos encima de la mesa para que los políticos también aprendan algo, que parece que les cuesta aprender.

¿Es esto un problema de justicia?

FP – Sí, esto ocurre. Yo te hablaba antes de humanismo. El día que dejemos de hablar de género y hablemos de personas habremos conseguido de algo importante en este mundo. EL tener que hablar de género a día de hoy significa que aún tenemos muchos escalones que subir y eso sigue siendo triste.

Volviendo a la pregunta de la Hepatitis.

FP – Correcto. Me voy a mojar un poco porque últimamente se habla mucho del tema de Patología Dual. Mira, los trastornos adictivos no son duales. ¿Por qué? Porque primero hay una adicción, incluso el DSM V dice que para diagnosticar cualquier cuadro psiquiátrico tienes que descartar que no haya un consumo de sustancias. Con lo cual para hacer un diagnóstico deberíamos eliminar la sustancia. Y ahora parece ser que además, nos hemos dado cuenta, de que este paciente tiene enfermedades orgánicas, y dentro de ellas, tiene a lo mejor una hepatitis C o un VIH. ¿Por qué ahora la Hepatitis C? Pues mira ya te he dicho que el Plan Nacional sobre Drogas cuando se creó fue por el VIH, por la alarma social. Esto no es algo nuevo. Por lo tanto nos remite a pensar que la patología adictiva es dual, o como quieras. Hay cuestiones propias de enfermedades sociales, psicológicas, infecciosas, no infecciosas, es decir, una persona puede tener una cardiopatía, por ejemplo. La Hepatitis C ahora está en boga simplemente por un motivo, porque hay un tratamiento, un tratamiento efectivo que mata el virus de la hepatitis C. Incluso al principio se creía que ciertos genotipos eran resistentes, y posiblemente lo eran, pero ahora hay fármacos que independientemente del genotipo, se cargan el virus. El nivel de curación de esta enfermedad es de hasta un 98%. ¿Por qué trabajar con nuestro colectivo? Pues mira porque una persona cuando está enferma va al médico y pide ayuda. Pero cuando una persona está enferma y además tiene otra enfermedad que es la adicción, y además tiene otra enfermedad con cambios de carácter; a veces no va a al médico. Y sabemos que el remanente que





puede haber entre las personas que puedan aún tener una hepatitis C, es el colectivo que tiene relación con el mundo de las drogas, también hombres que tienen sexo con hombres, en esos contextos también suele haber consumo de drogas, etc. Por eso relacionamos la hepatitis, el Chemsex y otras conductas de riesgo o de mucho riesgo, no solamente para tener una hepatitis. Sino para que incluso una persona después de recibir tratamiento pueda reinfectarse. Hay que cambiar ciertas conductas y por lo menos, si no se cambian, poner la protección necesaria.

En adicciones no siempre hay sustancia, uno de los problemas que más me llaman la atención últimamente es el tema del móvil. Por ejemplo, nos preocupamos mucho por el tema del consumo de alcohol en la conducción pero nos estamos preocupando muy poco por los que conducen con el móvil.

FP – Se sabe que todo lo que son repeticiones de conductas, que al final te llevan a un comportamiento que se hace casi necesario a diario vivir con esa sustancia o conducta, actúan bajo las mismas estructuras cerebrales, y de alguna forma al mismo tiempo bajo los mismos neurotransmisores. Hasta ahí de podría decir, pero antes de que se convierta esto en un tema adictivo, no descartaría que estamos hablando de un problema de conducta y de educación. ¿Cómo se llega a tener un problema con el móvil? Porque a veces desde la educación no hace lo que se debería. ¿Los padres controlan la comida de los hijos? A veces controlan que no tengan una obesidad. ¿Controlan la higiene? Sí. En cambio, en cuanto a esto, muchas veces son los propios padres los que les dan el teléfono móvil con un juego para que no molesten a los mayores. ¿De qué estamos hablando? De un tema educativo que puede a la larga llevar a un tema adictivo. ¿Pero dónde está el origen? No hay una patología de base, no hay nada, es un tema educativo y de concienciación de las personas más adultas.

Y que al final mata.

FP – Al final puede matar, claro. El que conduce con un móvil, yo no dejaría a nadie, igual que a uno le quitan el carnet por ir bebido, al que conduce con el móvil no sé lo que le haría, de momento quitarle el mó-

vil lógicamente, pero como se puede comprar otro, pues quitarle el carnet igual que al que va bebido.

Y finalmente hablar de la medicación con o sin prescripción. Preguntaría sobre el fentanilo, que está muy extendido en EEUU.

FP – Me hablabas antes del dolor y posiblemente uno de los fármacos más utilizados sea el fentanilo. Probablemente aquí en nuestros países, el mediterráneo, está más controlado, va por prescripción médica, va con receta, hay un control más exhaustivo, pero el que tiene dolor va mucho al médico. ¿Por qué el fentanilo como fármaco que da miedo? Porque se da o se utiliza más tiempo del debido. El fentanilo debe ser utilizado en un dolor muy agudo puntual o en un dolor crónico cuando hay una reagudización porque es un fármaco que actúa muy rápido y es muy potente. Y cuando algo actúa rápido y es muy potente pero tiene un tiempo de acción muy corto, al final lo que hace es que la persona quiera repetir para no notar el dolor, y al final provoca una adicción. Necesitamos un control estricto: la farmacia, el médico de atención primaria, etc. Y sobre todo que no se recete para determinadas patologías en las que no tienen ningún sentido darlo. Se receta para la fibromialgia, la fibromialgia tiene un componente psicológico importante en el cual el fentanilo va bien, pero va bien no porque te calma en dolor sino porque vamos a decir que te calma el dolor psíquico.

Para terminar volvemos al principio, mañana termina el I Congreso Internacional, ya estaréis preparando el siguiente, ¿Cuáles son las metas finales de SOCIDROGALCOHOL?

FP – Vamos a ver, no sé si las metas finales, no me gusta pensar en finales porque esto va para largo, pero sí que hay unas metas intermedias. A mí me gustaría que las metas de homogeneización se cumplieren, que todas las personas que trabajan en adicciones tuviesen una formación homogénea mínima regalada y que hablásemos todos el mismo idioma, que trabajásemos con cifras y esquemas basados en la evidencia científica y que nuestro objetivo final siempre sea mejorar la calidad de vida de las personas y que formemos una comunidad científica donde todas las profesiones que intervenimos nos sintamos cómodos, necesario y sin que ninguna esté por encima de las demás.

Auditório Municipal de Baião acolheu evento

I conferência “Responsabilidade das Instituições Públicas e da Família face ao consumo de substâncias ilícitas pelos jovens

A Psicosorrir, Clínica Médica e Terapêutica do Tâmega, organizou, em parceria com a Câmara Municipal de Baião e a Câmara Municipal de Amarante, a I Conferência “Responsabilidade das instituições públicas e da família face ao consumo de substâncias ilícitas pelos jovens”. O evento decorreu no dia 27 fevereiro, no Auditório Municipal de Baião, tendo abordado temas como A visão dos profissionais de saúde face ao consumo de substâncias ilícitas por adolescentes, Responsabilidade e proximidade: a efectivação da Justiça, dos Serviços Sociais e da Educação, e Responsabilidade dos adultos no consumo de droga por adolescentes. Dependências esteve presente no encontro e entrevistou Joana Cardoso, directora da Psicosorrir, e José Pinho Silva, Vice-Presidente da Câmara Municipal de Baião.

Joana Cardoso, directora da Psicosorrir



Que objetivos conduziram à organização desta conferência?

Joana Cardoso (JC) – Esta conferência resulta de um desafio feito por três psicólogas e uma terapeuta da fala da equipa Psicosorrir, em torno das necessidades sentidas em termos de consulta e das necessidades sentidas quando articulamos com a rede pública, nomeadamente as escolas, CPCJ, tribunal, tendo a ver com o aumento do número de jovens com consumos que chegam à consulta e acabam por

manifestar algum tipo de pedido de ajuda e de orientação, quer os próprios, quer as famílias.

Não se resume a Baião o território onde vão detectando essas necessidades...

JC – Não... A Clínica Psicosorrir tem sede em Amarante – fizemos este ano 12 anos – e temos uma filial em Marco de Canaveses e outra em Baião.

Falam aqui na responsabilidade das instituições e das famílias... Parece-lhe haver algum tipo de desresponsabilização face a este fenómeno, particularmente por parte das famílias?

JC – Não podemos dizer que as famílias se têm desresponsabilizado mas achamos que há pouca prevenção e sensibilização e que precisamos de mais conferências como esta, de mais ajudas e formação para que possamos tomar as medidas corretas. Estou convicta que, se intervirmos na hora certa, podemos salvar um jovem e uma má medida poderá resultar no inverso...

Porquê a opção pela incidência temática apenas nas substâncias ilícitas?

JC – Foi um início... Preocupam-nos igualmente as substâncias lícitas, nomeadamente os videojogos que surgem cada vez mais no âmbito da consulta e que acarretam outros tipos de problemas; temos o álcool, muito acessível... mas foi um início e creio que resultou numa forma de mexer com mentalidades.

O que faltará fazer para alertar instituições e família para fenómenos como o crescente consumo de canábis, que frisou igualmente como muito presente nas consultas?

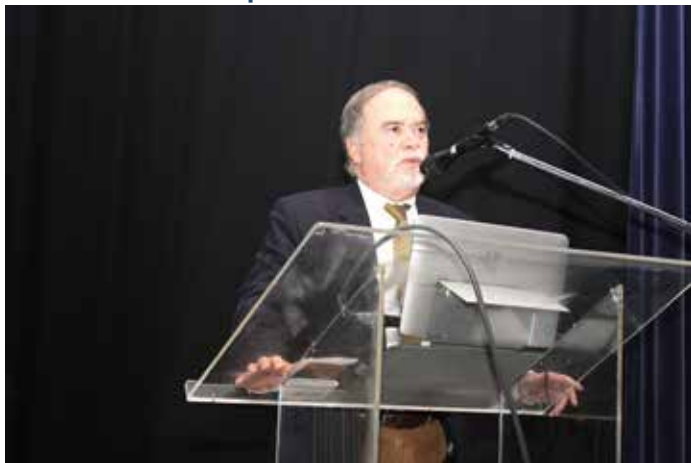
JC – Creio que devemos apostar cada vez mais em ações de prevenção e de sensibilização junto das famílias, das escolas e dos profissionais de saúde. Creio que falta formação.

As redes sociais das autarquias não têm sido suficientes?

JC – Não. Nem têm sequer resposta. Por muito que exista uma grande vontade por parte dos municípios com os quais colaboramos, sabemos que estão a ser feitos esforços, existem pedidos de reuniões, existem debates neste sentido... mas não há resposta.



José Pinho Silva, Vice-Presidente da Câmara Municipal de Baião



Referiu que este problema dos CAD é também uma responsabilidade autárquica... Que principais problemáticas enfrenta a autarquia de Baião relativamente ao abuso e dependência de substâncias lícitas e ilícitas?

José Pinho Silva (JS) – Estamos atentos e procuramos, dentro das nossas competências e recursos, dar resposta sobretudo mobilizando um conjunto vasto de IPSS, que estão muito atentas e disponíveis e que têm dado uma resposta muito positiva. Sendo evidente que não somos imunes a algumas destas situações no concelho, diria que se tratam de situações pontuais que, felizmente, são resolvidas logo que são detetadas, o que nos tem permitido ultrapassá-las de uma forma mais preventiva e pedagógica do que propriamente punitiva. Penso que o percurso passa muito pela educação dos jovens e, por isso, estamos a envolver as escolas, os cursos de formação profissional e as IPSS.

Também falou sobre uma problemática que se cruza com o abuso do álcool, a violência de género... Sendo este um concelho conhecido pela gastronomia e produção vitivinícola, em que medida sentem estes problemas relacionados com o consumo nocivo do álcool?

JS – Existem alguns problemas, não podemos escondê-lo... Naturalmente, tem a ver com uma cultura e os avanços culturais não se fazem por qualquer varinha mágica, têm a ver com um percurso de décadas e, para se podere vencer esse flagelo, é preciso convencer as pessoas e, sem descurar essas situações pontuais que têm que ser acompanhadas e tratadas, apostar nos mais jovens.

Baião é um concelho com muita juventude e atento à mesma?

JS – É um concelho com alguma juventude... A par de muitos territórios fora dos grandes centros urbanos, somos uma região onde o peso dos mais idosos é absolutamente determinante mas, atentos à nossa juventude, temos por exemplo, no âmbito do tema da violência doméstica e de género, um protocolo com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro de que resulta um projeto designado Violentómetro, ao abrigo do qual as nossas escolas e jovens vão ser monitorizados ao longo do ano por uma equipa especializada da UTAD, com o intuito de diagnosticarmos esta problemática entre os mais jovens.

Enquanto Vice-Presidente da autarquia de Baião, assume como responsabilidade social e prioridade a satisfação das necessidades básicas da população... Têm conseguido superar esses grandes problemas?

JS – Temos invariavelmente a leitura de que a ação do município deve ser complementar de um esquema que envolve nomeadamente as IPSS. Mas posso dizer que temos áreas de intervenção muito es-

pecíficas: temos um fundo social de Baião para apoiar as famílias mais carenciadas, temos uma unidade móvel de saúde que percorre o concelho para apoiar os idosos com dificuldades de mobilidade e que, em 2018, atendeu cerca de 5800 pessoas. E temos outro projeto muito interessante e que dá uma resposta muito oportuna às necessidades dos mais idosos, a Linha Amiga, em que vamos ao domicílio substituir a torneira, o bidé ou a lâmpada, arranjar a porta...

Apesar de estar muito próximo do Porto, considera Baião um concelho do interior?

JS – Não alinho nesse discurso... politicamente, pode dar jeito a muita gente considerar que existe interior num país que tem 100 km em linha reta de mar até à fronteira com Espanha e muito menos no novo conceito dos denominados territórios de baixa densidade. Aqui, a baixa densidade significa falta de investimento, algo que se tem verificado ao longo de décadas neste tipo de territórios. Estamos a 45 minutos do centro do Porto e do Aeroporto Sá Carneiro, temos uma qualidade de vida incomparavelmente melhor do que a que existe nesses territórios, temos pavilhão gimnodesportivo, piscina coberta aquecida, três piscinas descobertas, ótimas escolas, uma escola secundária do melhor que há e com bons resultados, uma gastronomia, vinhos e paisagem que atraem milhares de pessoas e, como tal, não há qualquer razão para que estes territórios não sejam atrativos. Precisamos, isso sim, de completar acessibilidades há 20 anos prometidas...

Em que medida poderá a proposta de descentralização do Governo para os municípios em áreas como a educação e a saúde resolver os problemas com que Baião se depara a estes níveis?

JS – Sim, acredito, como é evidente, que o país precisa de dar um grande salto estrutural nessa matéria. A descentralização de competências é um primeiro passo mas o que o país precisa verdadeiramente é de uma regionalização a sério. Quanto mais o poder está próximo das populações mais capaz é de dar uma resposta mais adequada. Quem não vive a realidade deste tipo de territórios não se apercebe de determinadas realidades... Nós já temos, na área da educação, desde 2008, um protocolo com o Ministério da Educação, em que assumimos a esmagadora maioria das competências, desde os transportes, alimentação, funcionários e assistentes operacionais das escolas e, nessa área, para nós, não haverá grandes novidades com grandes benefícios em termos de respostas. E as entidades que mais ganharam com este protocolo foram a comunidade local e o Ministério da Educação porque reestruturámos toda a rede escolar, concentrando-a em três grandes agrupamentos de centros escolares e dois polos, diminuimos quase para metade o número de professores e, nesse tipo de despesa, reduzimos substancialmente os encargos do Ministério da Educação. É evidente que gostaríamos também que, neste controlo de contas e de mais-valias, pudesse haver alguma contrapartida para as autarquias porque, de cada vez que passa algum dinheiro do Orçamento de Estado para o orçamento das autarquias, este multiplica-se em termos de valor acrescentado e da satisfação das necessidades das populações.



Cocainómanos Anónimos

Uma ajuda na recuperação

Gostaria que nos fizessem uma breve resenha histórica da Cocaína Anónimos e quais os principais propósitos?

Cocaína Anónimos (C.A.) é uma irmandade de aditos em recuperação em todo o mundo cujos membros se reúnem em grupos locais, bem como na Internet.

A definição de “Cocaína Anónimos” é encontrada na nossa literatura e frequentemente lida nas reuniões da C.A. É uma irmandade de homens e mulheres que compartilham a sua experiência, força e esperança uns com os outros, para que possam resolver o seu problema e ajudar os outros a recuperar da sua doença”.

Surgiu quando?

Cocaína Anónimos surgiu em novembro de 1982 e conta actualmente com mais de 60.000 membros. Neste momento funcionam presencial e diariamente mais de 3.000 reuniões por todo o mundo.

A primeira reunião de Cocaína Anónimos em Portugal teve lugar em março de 2013, em Campolide, Lisboa e temos já três reuniões a decorrer semanalmente em Lisboa.

Na nossa sociedade existem milhares de mulheres e homens que foram apanhados na armadilha da adição. Nós oferecemos esperança e ajuda para aqueles que querem parar os consumos.

O nosso propósito primordial é de nos mantermos livres da cocaína e de todas as outras substâncias alteradoras de humor, e de ajudar outros a atingir a mesma liberdade.

Quais as formas de adesão ao grupo?

O único requisito para ser membro é o desejo de parar de usar cocaína ou qualquer outra substância alteradora da mente. Não há taxas de adesão nem mensalidades: somos totalmente autossustentados através das nossas próprias contribuições. Não pertencemos a nenhuma seita, religião, organização política ou instituição. Não nos envolvemos em nenhuma controvérsia e não apoiamos ou combatemos qualquer causa.

Não somos uma irmandade de uma droga específica. Não nos interessa o tipo de substância usada. Recebemos de braços abertos todos que tenham o desejo de parar.

De Cocaína Anónimos fazem parte dezenas de mulheres e homens de todas as idades,

provenientes quer de meios urbanos, quer de meios rurais, de todas as origens sociais, raças ou religiões. Acreditamos que somente através de um reconhecimento mais amplo e da nossa cooperação combinada, as pessoas que também sofrem de dependência de outras drogas e álcool poderão encontrar a ajuda gratuita e o apoio que a nossa irmandade oferece.

Que Metodologias e tipos de intervenção são usados? Existe alguma base terapêutica?

Tratando-se de uma irmandade de ajuda, o funcionamento das reuniões é muito simples e acessível, baseando-se fundamentalmente na partilha voluntária de experiências de adição e recuperação entre os vários elementos e na leitura do Livro Azul “Alcoólicos Anónimos”. Fazem-se ainda reuniões on-line para todos os membros que não se podem deslocar às presenciais, por motivos geográficos ou outros.

A metodologia centra-se ainda no Programa de Recuperação de “12 Passos” com o acompanhamento de um Padrinho, que é nada mais do que um adito com algum tempo de recuperação e que tenha feito os doze passos de recuperação o qual apoia, ajuda o recém-chegado a resolver o seu problema: como permanecer limpo e sóbrio.

O nosso propósito é oferecer uma solução de recuperação.

Em que medida se encontra o modelo de intervenção da Cocaína Anónimos baseado em evidência científica?

O programa de 12 passos de Cocaína Anónimos é um programa espiritual, e não um programa médico ou científico. Não existe um modelo de intervenção, mas sim de atração de aditos que resolveram o seu problema com cocaína, álcool ou outras drogas. Sendo um programa espiritual não existe uma evidência científica, mas o crescimento de C.A. assim com as nossas próprias vidas são a prova de que funciona.

Que resultados têm evidenciado as práticas implementadas no seio da Cocaína Anónimos?

O resultado evidente das práticas do programa de 12 passos utilizado em C.A. é demonstrado pela nossa própria recuperação de estados muitas vezes considerados irreversíveis. As nossas vidas são o exemplo real de que o programa funciona. À medida que o programa funciona para nós, vemos o mesmo resultar para outros e como consequência disso vemos C.A. crescer pelo mundo fora.

Portugal não foge à regra e conta hoje com 3 reuniões semanais abertas em Lisboa e mais 2 reuniões mensais de Hospitais e Instituições (H.I.) num centro de tratamento e num hospital psiquiátrico também localizados no concelho de Lisboa.

Informações:

www.ca-portugal.com

info@ca-portugal.com

Linha de Apoio: +351 939 166 316

