

# dependências

## **Lisbon Addictions 2019: o futuro das dependências projetou-se em Portugal**



# Portugal no centro das atenções mundiais



O futuro das dependências continua a projectar-se em Portugal. Lisboa recebeu pela terceira vez a comunidade internacional para reflectir e debater os comportamentos aditivos e dependências, numa organização sem paralelo em que participaram cerca de 1350 interessados no fenómeno, entre profissionais ligados à investigação, à comunidade, utilizadores, técnicos com intervenção no terreno e decisores políticos.

O espectro temático foi outra novidade da conferência, cujo tema foi o futuro das dependências, abrangendo antigas e novas formas de comportamentos aditivos e dependências, que incluíram o ecrã, o gambling, o tabaco, a comida, entre muitos outros.

Foram cerca de 850 as comunicações realizadas ao longo dos três dias e que contaram também com um espaço inovador dedicado à discussão sobre novos rumos, o projeto Futurize.

Lisbon Addictions foi e será, seguramente, o local onde se multiplicam a produção e o conhecimento científico. São muitos os profissionais vindos dos mais variados cantos do mundo, reunindo multidisciplinariedade de experiências e conhecimentos. Estamos a falar de investigação e conhecimento, de formação técnico científica muito importante para o desenvolvimento de programas e projectos de intervenção que ajudem a resolver os problemas de saúde e dos comportamentos aditivos e das dependências.

Era um “corre, corre” para ouvir e debater as mais recentes mudanças no mercado de cocaína e das drogas sintéticas que representam um dos maiores desafios a todos quantos se preocupam com este grande fenómeno que afecta muitos milhões de pessoas em todo o mundo... grandes debates que exploraram a dinâmica dos diversos mercados da droga e a comparação internacional de tendências de cocaína e mdma, a pu-

reza e adulteração em países produtores e consumidores através de testes de verificação de drogas.

Foram apresentados posters e, nas muitas salas, a discussão e o debate “ferviam” entre os presentes... Em todas elas assistimos a uma muito alta qualidade de debate, partilhado por muita experiência no terreno, discussões técnicas, académicas e científicas.

Os direitos humanos foram um dos pontos mais altos do congresso, a experiência portuguesa, o modelo português e a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga foi uma vez mais o alicerce para uma discussão e intercâmbio entre os profissionais de saúde que trabalham no terreno mas também sobre o fenómeno da intervenção em meio prisional.

Outro grande debate em discussão foram os produtos canábicos e a diversidade de opiniões face à panóplia dos mercados medicinais e recreativos e o fenómeno das concentrações de THC e CBD e da canábis sintética. Foram variados debates sobre a identificação e desafios presentes e futuros sobre o consumo da canábis.

Em suma, uma vez mais, Portugal esteve no centro do mundo nas questões ligadas com os comportamentos aditivos e dependências, inovando na perspetiva dos temas e comunicações, muito mais centradas na pessoa do que propriamente nos objetos de adição ou dependência. E já tínhamos saudades de ver Portugal servir como referência para o mundo nesta matéria que tantos elogios já nos conferiu... Uma vez mais, tiveram que ser profissionais da área a elevarem o nome de um país e uma história em estratégia e ação que dezenas de decisores políticos continuam a fazer esquecer...

*Sérgio Oliveira, director*

# Lisbon Addictions 2019: o futuro das dependências projetou-se em Portugal



*Definitivamente, a Lisbon Addictions conquistou a comunidade internacional, assumindo-se atualmente como uma das maiores conferências mundiais sobre comportamentos aditivos e dependências. Na sua terceira edição, que decorreu entre os dias 23 e 25 de outubro no Centro de Congressos de Lisboa com a organização do SICAD, OEDT, ISAJE, Addiction/SSA e co-organização da EUFAS, FuturiZe, INHSU, ISSBA e ISSDP, participaram cerca de 1350 interessados no fenómeno, entre profissionais ligados à investigação, à comunidade, utilizadores, técnicos com intervenção no terreno, indústria (o lado da oferta) ou decisores políticos. O espetro temático foi outra novidade da conferência, cujo tema foi o futuro das dependências, abrangendo antigas e novas formas de comportamentos aditivos e dependências, que incluíram o ecrã, o gambling, o tabaco, a comida, entre muitos outros. Foram cerca de 850 as comunicações realizadas ao longo dos três dias e que contaram também com um espaço inovador dedicado à discussão sobre novos rumos, o projeto Futurize. Dependências esteve presente no evento e entrevistou alguns dos participantes...*



DAGMAR HEDRICH

## The future of hepatitis C among people who inject drugs

**Pedia-lhe um resumo da perspetiva deste painel relativamente ao futuro da hepatite C entre utilizadores de droga...**

**Dagmar Hedrich** – A discussão entre os membros do painel demonstrou a grande variedade de aspetos para os quais temos que olhar quando pretendemos avançar para a eliminação da hepatite C entre pessoas que injetam drogas. Este é um co-grupo que temos que definir claramente como alvo na Europa se pretendemos atingir a eliminação na nossa região em conjunto. Tivemos aqui um painel muito bom, com especialistas políticos, da comunidade e investigadores, que nos deram uma visão global bastante completa sobre todas as medidas que temos que adotar. A principal conclusão é que temos que combinar esforços, políticas e os membros da comunidade, assim como as respostas. Temos que combinar a oferta de tratamento para a hepatite e as respostas de redução de danos em simultâneo para conseguir

mos atingir conjuntamente o desejado sucesso. E não nos podemos coibir de tratar pessoas que estejam a usar drogas, que constituem o grupo mais preocupado e igualmente transmissor, pelo que decorre um benefício de saúde pública se formos bem sucedidos.





## Sinais vitais sobre a redução de danos em Portugal

**Pedia-lhe uma sinopse da comunicação que apresentou neste Lisbon Addictions...**

**Marta Borges (MB)** – A nossa comunicação intitulou-se Sinais vitais sobre a redução de danos em Portugal. Fizemos uma abordagem aos cuidados de saúde primários, uma vez que estamos integrados nas ARS, tentando perceber as dificuldades dos nossos colegas quando pensam nas pessoas que usam drogas. Obtivemos resultados muito interessantes, seja no sentido de acharem importante a questão das drogas para compreenderem o diagnóstico da pessoa, que consideram que o facto de a pessoa usar ou não drogas define esse mesmo diagnóstico mas, igualmente, a contradição presente quando lhes perguntamos se recolhe essa informação, referindo como motivo um sem número de razões... Depois, quando questionamos o que procuram quando olham para uma pessoa que usa drogas, referem que procuram o junkie ou o clássico... Fora disso, ficam todas as outras pessoas que usam drogas de uma forma não problemática. Então, a par desta investigação, fizemos revisão bibliográfica vária, desde o Nut ao relatório da Global Commission on Drugs deste ano, que nos revela que continuamos a olhar para as drogas de uma forma errada, pela ilegalidade ou ilegalidade, descurando até a intervenção no álcool, e criámos um conceito de baixo risco, que já existe para o álcool e para a canábica mas que ainda não existe para as outras drogas, acreditamos que pela ilegalidade. Este conceito, que pretendemos avaliar aprofundar, até para podermos avaliar e publicar mais, vem acoplado a uma ideia de podermos criar uma estrutura de redução de danos. Neste momento, o modelo português tem uma porta aberta, a do tratamento e acreditamos que existe muita gente que fica do lado de fora dessa porta, quer porque não trabalham as suas histórias de consumos dentro dos cuidados de saúde primários, quer porque não querem ou não podem parar os consumos... a saúde mental também não está a dar essa resposta e, por outro lado, temos as CDT que, por vezes, ficam com “o menino nos braços” porque o centro de saúde não o quer receber ou porque a pessoa não pretende ir para o tratamento... Então, propomos, no meio disto, a abertura de um safe place de redução de danos dentro da estrutura formal de cuidados, que acreditamos ser um sítio onde as pessoas podem ficar e onde, tendo uma equipa, poderemos fazer a ponte com os outros serviços. Se for uma pessoa que, após avaliação, requeira tratamento, poderemos fazer esse encaminhamento mas poderemos igualmente trabalhar as questões relacionadas com o cuidado biológico com os cuidados de saúde primários e estreitar estas relações entre saúde mental, CDT, ET...



MARTA BORGES

#6647



## Cigarros eletrónicos

**Temos ouvido relatos de algumas mortes de utilizadores de cigarros eletrónicos nos EUA... O que tem sucedido?**

**Alexandra Kritikos (AK)** – Creio que ainda existe muito pouca informação... Estes produtos, o E-Cigaretts e os Vaporizers chegaram ao mercado norte americano em 2007 e temos assistido a um exponencial uso, especialmente entre os jovens. E não estamos sequer a falar em ex-fumadores mas em pessoas que nunca terão tocado num cigarro na vida e que o fazem por acharem que estes produtos não são nocivos, que se trata apenas de vaporizar água e não entendem os riscos e danos potencialmente associados. Embora não seja uma profissional da saúde (sou economista), diria que não possuímos ainda dados ou informação suficiente, face aos anos que estes produtos estão no mercado, para sabermos quais são os potenciais efeitos positivos ou negativos destes produtos.



ALEXANDRA KRITIKOS

**Sendo economista, terá certamente a noção de que o preço destes produtos, substancialmente inferior ao do tabaco tradicional, poderá constituir também um fator de atratividade...**

**AK** – Nos EUA, o preço de um maço de cigarros varia de estado para estado mas, se pensarmos que, em média, custa cerca de 10 dólares e que estes produtos são bem mais baratos...

**Será verdade que os cigarros eletrónicos são menos prejudiciais do que o tabaco convencional?**

**AK** – Muitos defendem tratar-se de uma alternativa mais saudável ao tabaco e aconselham pessoas adultas a trocar... Mas, por outro lado, como referi, temos visto muitos jovens que nunca tinham consumido qualquer tipo de produto de tabaco a iniciarem-se nestes produtos.

**E não existe uma lei que o impeça?**

**AK** – Nos EUA, pelo menos até 2009, estes produtos, os vaporizadores, eram publicitados em todo o lado e podiam ser comprados livremente. Só recentemente foi produzida legislação que os equipara a produtos de tabaco.







### **Creio não estar longe da verdade se afirmar que a maior conferência do mundo sobre CAD se realiza em Portugal...**

Alexis Goosdeel – Sim... e como disse ontem Manuel Cardoso, com esta terceira edição, a conferência tornou-se o web summit das dependências e é um orgulho tê-la em Lisboa.

### **Falando em números, o que realçaria?**

AG – Temos entre 1300 e 1400 pessoas a participar, provenientes de 80 países, o que constitui um incremento relativamente à última edição. E o que torna esta conferência única é o facto de oferecer uma amplitude de temáticas, de não falar de um único tipo de dependência, mas de todas, das mais antigas às mais recentes e de resultar numa abordagem multidisciplinar, o que significa dar voz e valor à palavra e experiência dos consumidores. Não temos nem impomos qualquer hierarquia relativamente aos conhecimentos e esta diversidade e diálogo resultam claramente num valor acrescentado.

### **Receberam muitos abstracts... A organização escolheu previamente os temas ou foram os participantes a fazerem as suas próprias propostas?**

AG – Não faço parte do comité científico, mas o ponto de partida para a abordagem foi o tema proposto, o futuro das dependências. Foi um trabalho muito intenso e que consumiu muitas horas de trabalho, até para evitar sobreposições...

### **Temos aqui a nata da investigação e da intervenção no terreno... Como tentarão fazer com que estas conclusões cheguem aos decisores políticos?**

AG – Também temos aqui decisores políticos... é verdade que concentramos a conferência nos domínios da investigação e das intervenções no terreno porque, mesmo antes de termos realizado a primeira conferência, tínhamos identificado a existência de um gap entre os conhecimentos e as intervenções. E este foi o ponto de partida desta aventura. Esta conferência também permite a investigadores ou profissionais, uns mais juniores e outros mais seniores, participarem, apresentarem e trabalharem juntos, algo que não acontece em muitas outras conferências. Por fim, creio que se esta fosse apenas uma conferência sobre decision making, não desencadearia atividades ou consequências ao nível do terreno. Por isso, elegemos outro ponto de partida, os novos conhecimentos e novas experiências, relacionados com novas dependências, novos aspetos e novas formas de tratamento, prevenção e redução de danos. Quanto ao seguimento que iremos fazer, realço que uma das prioridades do trabalho do OEDT se centra no domínio das boas práticas na redução da procura. Acabámos de publicar um manual sobre o currículo da prevenção a nível europeu para a capacitação de profissionais e temos mais projetos para o futuro, que passam por exemplo pela criação de um mecanismo de certificação de programas de formação, nomeadamente sobre a prevenção. Existe um desafio que é para todos nós: Europa, EUA, Nações Unidas e é sempre bom termos mais conhecimento, se bem que, hoje, o problema não se prenda tanto com a falta de conhecimento mas mais com a forma como asseguraremos a implementação ou o uso desses conhecimentos para, por exemplo, desenharmos programas de prevenção mais úteis, eficazes e sem efeitos adversos.

### **Numa boa parte da Europa, o consumo das substâncias mais clássicas entrou numa fase de estabilização, mas vemos igualmente outras cujo consumo tem vindo a crescer significativamente, como a canábica, algumas drogas de síntese, o tabaco, o álcool... A Europa está num bom rumo?**

AG – No dia 26 de novembro publicaremos o nosso novo relatório sobre o mercado da droga na Europa, cujas tendências são preocupantes, sobretudo em termos de disponibilidade... temos um grande problema relacionado com o aumento da disponibilidade das substâncias, quaisquer que sejam, desde as mais antigas, às de origem mais vegetal ou mais sintética. O que ainda não se vê, o que não significa que não haja já, é um impacto proporcional em termos de uso. Mas devo dizer que, na Europa, temos atualmente mais de um milhão de pessoas em tratamento... só no ano passado foram distribuídas cerca de 80 milhões de seringas a utilizadores, o que permite reduzir doenças infecciosas... Mas nada disto significa que a Europa pode baixar as defesas porque a situação representa vários perigos. Hoje, esse aumento da disponibilidade das drogas relaciona-se com outro desafio, o facto de o uso de drogas e outras dependências se encontrarem mais difusas na sociedade. Estamos longe da situação que conhecemos há 25 anos, com Barranquilla em Madrid ou o Casal Ventoso em Lisboa ou grandes cidades como Hamburgo ou Frankfurt, que tinham gente a morrer diariamente com overdoses nas ruas. Felizmente, graças às respostas dos programas dos sistemas de saúde de toda a Europa, conseguimos construir uma resposta com um portefólio de serviços que permite melhorar a situação. Hoje, um pouco paradoxalmente, como resultado, o alerta social relativamente às toxicodependências é muito baixo. Como o fenómeno não é tão visível, há menos receio e quase deixa de parecer um problema. Ao passo que, a cada ano que passa, embora ainda pequeno, duplica a dimensão do mercado de droga na dark net, por exemplo... E este é um exemplo dessa difusão do uso de drogas na sociedade por uma via, eletrónica, que não se vê na rua, o que não significa que o problema não existe. E sabemos que a última crise económica mundial resultou numa tendência de redução do orçamento e das despesas dos estados em todas as matérias, entre as quais a saúde, tendo-se verificado já um impacto negativo dessa crise nas funções essenciais dos estados. Precisamos de nos manter atentos e conscientes de que a situação muda, as formas de dependências estão a mudar, verificando-se uma coexistência de antigas substâncias com novas e precisamos de acompanhar essa mudança.

### **O que mudou desde a primeira edição do Lisbon Addictions?**

AG – São desafios constantes... recordo que, na primeira, nem sequer tínhamos a certeza de que existiria um público disponível para se deslocar e participar. Nessa primeira edição, concebemos um orçamento para 500 participantes e ultrapassámos os 700... Na segunda edição, ultrapassámos os mil participantes provenientes de 70 países... Esta edição traz-nos mais desenvolvimentos nalgumas áreas, com novas e antigas dependências, bem como o projeto Futurize. Um dos meus objetivos como diretor do OEDT consiste em construir uma reflexão sobre o futuro das dependências, baseado nesta nossa experiência, que é única. Não há outra região do mundo que tenha conseguido construir um sistema de observação do fenómeno nos últimos 25 anos. Já é bom analisar e perceber o que tem acontecido no passado, porque também temos que aprender a partir dos êxitos e erros e ser mais capazes de falar sobre o presente e projetar o futuro. Por isso, o projeto Futurize é importante. Já o presente nos traz a transformação digital, a internet, o que representa novos riscos mas igualmente oportunidades. E essa orientação face ao futuro é, na minha opinião, mais uma inovação desta conferência.



JOÃO GOULÃO

**Num SICAD tão esvaziado de competências, será esta realização conjunta uma demonstração de que, afinal, o organismo está vivo e ainda tem muitas contribuições para oferecer?**

**João Goulão (JG)** – Sim, temos que afirmar que o SICAD está vivo e bem vivo e pronto para abarcar novas responsabilidades. Neste momento, o que sentimos é uma limitação na capacidade prática de as enfrentar, seja pelo desenho atual da estrutura ou na deficiência na articulação entre as estruturas dedicadas a esta temática dos CAD, seja mesmo pela indefinição quanto ao escopo da coordenação nacional, o que também nos fragiliza. Mas penso que uma realização como esta, que não é uma responsabilidade única do SICAD, traz a Portugal, um país com enorme visibilidade neste tema em termos internacionais face à sua abordagem muito mais centrada na saúde e no social, uma conferência extraordinária, com aquilo que mais avançado se faz em todo o mundo na área das adições. É extraordinário o nível de muitas das comunicações que aqui tivemos, o nível de polémica que aqui se estabeleceu acerca de alguns assuntos controversos e que nos desafiam a muito curto prazo em termos fortemente politizados, mas sobre os quais a ciência tem, indubitavelmente, uma palavra a dizer. Refiro-me, por exemplo, à questão da legalização da canábica para fins recreativos, e o que aqui ouvimos remete-nos para uma reflexão aprofundada...

**... E para uma postura defensiva?**

**JG** – O que venho defendendo, que é uma atitude de acompanhamento das experiências que vêm sendo feitas, com rigor científico, para percebermos quais são os efetivos resultados das mesmas, foi aqui corroborado por algumas das personagens que, até agora, só conhecia como referências bibliográficas que não podem ser ignoradas. Falamos de autoridades mundiais na matéria, que corroboraram aquilo que eu, modestamente, tenho vindo a avançar...

**Mas falamos sobre a canábica e sobre experiências que têm decorrido particularmente nalguns países da América Latina ou nos EUA, onde não é assim tão comum que a investigação medie ou se sobreponha à decisão política ou ao poder do marketing e da indústria... esperar por conclusões desses territórios não prolongará e acentuará a dúvida?**

**JG** – O ponto em que estamos neste momento revela-nos análises da realidade completamente enviesadas pelos pontos de partida ideológicos e dos interesses envolvidos. Relativamente a uma experiência desenvolvida num mesmo território, encontramos avaliações extremamente positivas e extremamente negativas e fazem-se muitas correlações falaciosas para se promoverem, do ponto de vista publicitário, determinadas opções. Acho que a ciência, a objetividade dos dados, dos estudos epidemiológicos e da correlação com outros fenómenos dar-nos-á a distância necessária para percebermos tendências, correlações e nexos de causalidade para que possamos tomar opções.

**Falando nesse aspeto da trasladação dos conhecimentos obtidos a partir da ciência para a prática, o Dr. João Goulão será o português mais próxi-**

**mo, em matéria de CAD, da evidência, dos utilizadores e da decisão política... é fácil passar essas mensagens aos decisores políticos?**

**JG** – Estou muito ciente de que a ciência deve informar a decisão política, mas não isenta os decisores políticos da sua responsabilidade pelas opções que tomam. Se não, teríamos algo do género a ciência dixit faça-se assim e era assim que os políticos fariam... Isto não é verdadeiramente assim. Há opções que têm que ser feitas e assumidas e quem as toma tem que ser responsabilizado. Tenho tido essa responsabilidade de fazer exatamente esta ponte entre vários setores, a ciência, os profissionais, a população utilizadora de drogas e tenho tentado integrar essa relação e conhecimento no contacto que tenho com os políticos, com quem tenho alguma proximidade, seja ao nível do Governo, seja na possibilidade de interagir com os diversos grupos parlamentares. Agora, há algumas opções que temos vindo a apontar como caminhos a seguir em diversas áreas, e penso por exemplo numa política de preços relativamente ao álcool, alertando para o facto de a disponibilidade desta substância ser disparatadamente barata no nosso país, bem como para algumas opções que limitem de forma equitativa e justa essa acessibilidade por via dos preços, sem esmagar um setor fundamental da nossa economia, mas assumindo como valor supremo a proteção da saúde dos nossos concidadãos. Este é apenas um exemplo de como esse tipo de opções que temos vindo a defender tarda em ser adotado pelos políticos...

**Mas temos vindo a assistir a esse tipo de políticas relativamente ao tabaco, cujo preço sobe constantemente, e nem por isso temos sinalizado reflexos ao nível do consumo...**

**JG** – Sim, é verdade e haverá mais a fazer para além da política de preços, tal como haverá mais a fazer quanto ao consumo nocivo do álcool para além da política de preços. Acredito em políticas equilibradas entre a oferta e a procura e isso é válido para as substâncias ilícitas – onde, felizmente, temos tido eficácia acrescida das forças policiais e aduaneiras que trabalham na área da oferta – e a redução da procura passa pelos pilares clássicos da prevenção, do tratamento, da redução de danos e da reinserção social. E penso que este equilíbrio de políticas na área da redução da oferta e da procura deve ser trasladado também para as substâncias lícitas e para comportamentos potencialmente geradores de dependência que não passam pela utilização de substâncias. Nesta conferência também se versou uma questão em relação à qual tínhamos enorme expectativa, a propósito da legitimidade e da utilidade de interagir com stakeholders do âmbito da oferta. Do meu ponto de vista, embora tenham sido transmitidas algumas posições muito radicais no sentido de recusar interagir com esses stakeholders, penso que há utilidade em, pelo menos, conversar com eles e admitir a sua presença porque, na maioria dos casos, exercem atividades económicas lícitas e reguladas mas temos também muito a aprender com eles, nomeadamente nestas novas áreas da tec-







nologia. Devemos falar com a indústria, com os fornecedores de serviços de internet acerca de como podemos trabalhar essa matéria, mesmo do ponto de vista tecnológico... Por exemplo, o que será possível fazer para que, de x em x tempo, surja um pop up a informar a pessoa que já está há demasiado tempo em frente ao ecrã... O facto de termos contado com a presença da indústria, por exemplo, no Fórum Nacional Álcool e Saúde, tem-nos permitido dar alguns passos em conjunto e não nos deixa reféns, na definição de políticas, do que defendem. Todos estamos cientes de que, em determinados campos, temos interesses antagónicos ou, pelo menos, francamente divergentes, mas também é importante que os próprios representantes da indústria do álcool são cidadãos, têm filhos e impactos negativos em casa como qualquer família e também hão-de pretender que os seus clientes vivam mais anos. Estando claro para todos o papel que cada um desenvolve, até onde podemos colaborar e a partir de onde divergimos claramente, esta relação é virtuosa. Banir pura e simplesmente da equação estes stakeholders parece-me uma atitude contraproducente.

**Depois de tantos elogios ao modelo português, humanista e aproximador, a verdade é que se fala hoje muito mais em Portugal pelas boas práticas do passado do que propriamente pelo presente... e temos até casos como a recente polémica envolvendo Rui Moreira, no Porto, que face a um recrudescimento da visibilidade do fenómeno, pretende regressar às políticas agressivas e musculadas... Já falou com o presidente da Câmara Municipal do Porto?**

**JG** – Não... temos tido uma conversa mediada pelos media, mas, obviamente, gostaria muito de ter essa oportunidade de conversar com o Dr. Rui Moreira. Falei com ele brevemente aquando da conferência Harm Reduction que aconteceu no Porto há uns meses, em que ele anunciou publicamente o seu empenho no desenvolvimento de novas respostas perante

novas realidades que estavam a aparecer no Porto e foi com alguma surpresa que vi as suas declarações mais recentes no sentido do endurecimento das políticas. Com todo o respeito pela sua posição, que não tem o poder de adotar esse tipo de medidas no seu território, que poderia, quando muito, ser uma recomendação enviada à Assembleia da República, e hoje é capaz de encontrar pelo menos um partido político que lhe dê sequência. Quero crer que esse não é o caminho. Nos últimos anos, temos assistido em Portugal a uma diminuição da eficácia do sistema, quer na área da redução da oferta, por via da menor disponibilidade de forças policiais para atuarem nesta matéria garantindo a segurança às populações e dissuadindo as atividades de tráfico, tivemos uma realidade sociológica no Porto, também resultante de opções urbanísticas, que conduzem porventura a uma maior visibilidade de um fenómeno que estava mais escondido, tal como aconteceu em Lisboa há 20 anos atrás, aquando da intervenção no Casal Ventoso. Foi um fenómeno transitório porque havia disponibilidade de meios para atuar que nos permitiu uma aproximação a essas populações, integrando-as em projetos de redução de danos ou em processos de tratamento ou de reinserção social. Neste momento, o que vemos é uma menor eficácia ao nível do dispositivo da redução da oferta, mas também da redução da procura, com equipas menos ágeis e capazes de responder, menos capazes de pensar, até por falta de massa crítica ou de fora mais expeditos de reflexão que nos permitam encontrar novas respostas para estas novas realidades. E dou-lhe um exemplo: aquando da intervenção no Casal Ventoso, lidávamos sobretudo com uma população dependente de heroína, tipicamente cordata, colaborante com os profissionais e serviços que lhes eram oferecidos e temos raríssimos relatos de situações de violência relacionados com esta interação... Hoje em dia, quando os estimulantes e nomeadamente a cocaína/crack vão ganhando preponderância, bem como os problemas de saúde mental relacionados com o consumo de drogas, vemos relatos crescentes de situações de violência nesta relação, o que nos coloca também novos desafios e a necessidade de repensar a organização dos próprios serviços.





MANUEL CARDOSO

**A maior conferência sobre dependências do mundo realiza-se em Lisboa...**

**Manuel Cardoso (MC)** – Não sei se será assim... (risos)... De facto, em números, é impressionante e deixa-nos orgulhosos. Tivemos mais de 1500 inscrições e, seguramente, mais de 1300 que estiveram cá, entre posters e comunicações foram cerca de 850, tivemos participantes de cerca de 80 países. Sabemos que esta é uma área que representa um problema significativo em termos mundiais, mas, mesmo assim, não são tantos os que trabalham na área e, mais do que isso, temos aqui fundamentalmente investigadores, alguns profissionais da área, mas é interessante perceber que temos muita gente de tão longe, como a Austrália, EUA ou Canadá...

**... E a inscrição não era propriamente barata...**

**MC** – Para Portugal o preço é relativamente alto, mas o que é oferecido e o que tentámos fazer em termos de serviço acaba por apenas cobrir as despesas inerentes à realização e à respetiva logística... E mesmo assim tivemos mais de 200 participantes portugueses, fundamentalmente investigadores – o SICAD patrocina os investigadores fundamentalmente para que se concretize o desenvolvimento da investigação na área.

**O espectro temático foi muito mais abrangente do que o presente noutros eventos nesta área... parece um sinal dos tempos...**

**MC** – Essa abrangência é absolutamente verdade... dir-lhe-ia tratar-se de um sinal dos tempos, mas também um juntar de muito trabalho para se caminhar num determinado sentido. Houve um esforço claro da nossa parte, nesta relação para criar a conferência, em transformar uma conferência sobre droga numa conferência sobre comportamentos aditivos. E os parceiros revelaram-se alinhados, resultando daqui uma enorme vantagem. O SICAD, enquanto entidade que trabalha os comportamentos aditivos, conseguiu transportar, enquanto organizadora da conferência (os outros parceiros posicionam-se claramente no domínio das drogas ilícitas), a ideia dos comportamentos aditivos. O caminho, agora, é que a própria investigação deixe de estar apenas centrada na substância, mas passe a fazer o foco na pessoa. A substância afeta a pessoa, mas a análise deverá passar a ser feita pelo comportamento. Basicamente, desfocar no objeto para focar na pessoa, no seu contexto, necessidades... O que podemos fazer para ajudar a pessoa... Também me parece que esta conferência trouxe uma abordagem cada vez maior de uma visão a partir do ângulo saúde. Temos que discutir isto assumindo que o primado da saúde vem ao de cima. Se conseguirmos fazer este caminho, sendo que a investigação pretende ajudar os decisores políticos, passando o enfoque da substância para o cidadão e para as suas necessidades e não pensando nas organizações, mas em termos de saúde e bem-estar, estaremos a dar passos importantíssimos. E creio que demos também aqui passos nesse sentido para todos os comportamentos. E pensamos em todos os tipos de intervenções e contextos e tudo foi abordado aqui: os contextos, o tipo de intervenções e o tipo de substâncias. Estou particularmente satisfeito.

**Este evento trouxe outra novidade, o projeto FuturiZe... Não nos cingimos apenas ao que está produzido, mas, a partir das evidências e dos novos desafios, projetar o futuro...**

**MC** – É verdade... O futuro das adições é o tema da conferência e o FuturiZe é um projeto financiado pela Comissão Europeia cuja ideia não passa apenas por pensar o futuro em termos de novas adições que estão aí e não trabalhávamos muito mas igualmente por a própria abordagem das velhas drogas, lícitas ou ilícitas, serem vistas a partir de outra abordagem: hoje, temos tecnologias e uma possibilidade de intervir completamente diferente. Projetámos aqui interações com programas de realidade virtual, o recurso a robots, a possibilidade de realizarmos consultas online... temos que aproveitar isso, que também é futuro e tem a ver com a forma de abordar. Estamos a pensar numa forma de implementação online para pessoas que precisem de alguma ajuda, do tipo prevenção indicada, mas feita de maneira automática, através de uma app, por exemplo... da mesma forma que estas redes facilitam o surgimento de problemas, também é verdade que nos permite chegar às pessoas...

**Em suma, tudo o que pode ser objeto de mau uso ou de dependência, está também a ser usado para ajudar as pessoas... e podemos falar desde as substâncias clássicas, em que existem terapêuticas de substituição e podem ser oferecidas consultas online, do ecrã, que tanto pode ser mal usado mas também pode servir para aproximar as pessoas em risco e falamos ainda da indústria, que pode fomentar o mau uso mas pode também ser chamada a minimizar o dano ou o risco...**

**MC** – Exatamente. Eu acho que a indústria elege sempre como maior objetivo o lucro, o que significa maior consumo, mas isso não invalida que alguns deles tenham alguma responsabilidade social para, mesmo querendo vender mais, vender de maneira diferente e fazendo melhor. E dou um exemplo: a cerveja ou o vinho sem álcool, cuja publicidade não é restringida, pode ser encarada como meio para promover marcas e, assim, aumentar as vendas de produtos com álcool... Mas a verdade é que, vendo o malefício do etanol, ali não existe e esse é um benefício. Relativamente à sua questão de que tudo pode ser usado positivamente, diria que em relação ao tabaco e ao álcool talvez não. Contudo, todas as medidas que o ser humano toma, das quais pode derivar uma dependência, são tomadas numa perspetiva de prazer e de bem-estar. O problema é quando a substância ou o comportamento se torna o único prazer ou dele vem um prejuízo para o próprio ou para terceiros, aí a coisa tem que ser trabalhada de outro modo...

**Estamos de acordo relativamente à magnificência do evento, mas... interessa que isto mude o futuro...**

**MC** – Vamos ver... quando me fala em mudar o futuro, presumo que se refira a este retângulo à beira mar plantado... Dir-lhe-ia que, claramente, isto marca o futuro em termos mundiais... não muda radicalmente, estamos mudando e, se calhar, nem é passo a passo mas pé a pé. Mas





estamos mudando e esta mudança de perspectiva faz toda a diferença. Toda a política da droga que existe no mundo é baseada na substância e, quando começar a ser perspectivada no cidadão, mudará completamente. Se formos mudando para a perspectiva saúde é outro passo, estaremos a mudar a maneira de estar no mundo. Em relação a Portugal, não faço ideia. Vamos ter novos governantes, pelo menos parte deles, vamos voltar a discutir isto... temos um aumento paulatino do problema ligado às ilícitas, mas não deixamos de ter. Quando dizemos que temos que implementar outros tipos de respostas porque não conseguimos ajudar as pessoas com os que temos, não sei se os estamos a usar bem, em plenitude. Parece-me que estamos a perder o que tínhamos de bem para inventar coisas novas... Por outro lado, em relação às questões do álcool, os dados estão em cima da mesa: estamos a aumentar o número de mortes relacionados com o consumo de álcool há três anos, o número de mortes na estrada também aumentou, bem como os consumos na população mais velha e fundamentalmente nas mulheres, os padrões de consumo de risco aumentaram, a estimativa

de número de dependentes também; ao mesmo tempo, percebemos que houve um aumento de vendas e de colocação de substâncias no mercado e uma não atualização dos impostos... temos que tomar medidas. Ou deixamos simplesmente as pessoas terem mais problemas e morrerem ou investimos.

**Enquanto subdiretor geral do SICAD e presidente de uma conferência como esta, tem uma enorme responsabilidade, a de fazer passar mensagens aos decisores políticos...**

**MC** – Certo, e passá-la-emos seguramente. O vosso papel também é muito importante e creio que o primeiro passo para isso foi conseguirmos que os media nacionais dessem nota do que estava a passar-se aqui e aproveitámos para ir passando essas mensagens. Esperamos ser convidados para nos sentarmos à mesa para discutirmos as políticas. É essa a nossa missão! Mas também sabemos que, nestas matérias, a sensibilidade política é extremamente importante, bem como a pressão que, em termos políticos, possa haver de outras áreas. Na nossa área, as coisas não estão particularmente famosas em termos de investimento e respostas e, embora compreendamos que esse investimento tenha que ser grande em muitas outras áreas, mas esta não pode ser deixada de parte.







DIOGO BENTO

## HCV and addiction: a multidisciplinary approach (AbbVie sponsored session)

### O que falta fazer para erradicar definitivamente a hepatite C em Portugal?

**Diogo Bento (DB)** – Creio que falta, primeiro, pensar-se em diversas fases... Existe uma, quanto a mim mais fácil e imediata, a dos doentes que já são seguidos no SNS e outros, como por exemplo em serviços de acompanhamento à toxicod dependência, ou seja, pontos onde sabemos que a prevalência da hepatite C é muito elevada e que a taxa de diagnóstico ainda não é de 100%... E temos vindo a desenvolver também um trabalho bastante complexo juntamente com os nossos parceiros na relação entre as entidades de tratamento da toxicod dependência e outras à componente hospitalar e do acesso ao tratamento.

### Parece ser uma barreira burocrática...

**DB** – Sim, é burocrático e, muitas vezes, até se resolvem de forma simples, através da iniciativa própria e até bastante informal de profissionais do lado da toxicod dependência e dos hospitais, que conseguem ligar-se uns aos outros e possibilitar que este acesso seja menos burocrático. Efectivamente, ajudava se houvesse uma formalização que facilitasse o acesso de um lado para o outro.

**Sendo de louvar este foco nos utilizadores de drogas por via injetável, a verdade é que continuamos a ignorar uma população igualmente em risco, os ex-combatentes...**

**DB** – A pesar de constatararmos que existem questões a melhorar no domínio da toxicod dependência, a verdade é que existe já um grande trabalho feito até hoje, nomeadamente ao nível da sistematização do rastreio. Sabemos que existe uma grande frequência de pesquisa de vírus relaciona-

dos com o uso de drogas, como a hepatite C, e portanto já haverá aqui uma preocupação instalada. É natural que possam existir veteranos de guerra ligados ao SNS que já tenham sido tratados, ao longo do tempo. Mas que de facto, não temos conhecimento de estudos sobre a prevalência da patologia nesta população.

E se não tivermos esses dados nunca conheceremos a dimensão do problema.

**Fala-se muito de números mas, na verdade, a ideia que se passa é que não sabemos quantas pessoas estão infetadas...**

**DB** – Sim e por isso afirmava que existem aqui várias fases... Há uma fase em que, na minha opinião, deveríamos ir às populações em que a prevalência é maior, como os pessoas que usam ou usaram drogas. O custo benefício de fazer pesquisas sistemáticas de hepatite C na população em geral é mais baixo porque, obviamente, as taxas de infeção que encontraremos serão mais reduzidas, portanto, o que entendo que se deveria fazer relativamente a este grupo será a educação junto dos profissionais de saúde que lidam com a mesma, como os médicos de família, para que estes percebam em que doentes haverá maior probabilidade de infeção, em função do risco, e assim efectuar a pesquisa.

**Julgo não andar longe da verdade se afirmar que a hepatite C só recentemente passou a constar como uma preocupação, mesmo para os profissionais da saúde e para os decisores políticos sobretudo quando comparada com outras patologias que surgiram nas últimas décadas. Assim como a cura surgiu rapidamente... o que terá levado a indústria a apresentar tão rapidamente uma solução?**

**DB** – Talvez as pessoas não dessem tanta importância à hepatite C porque, ao contrário de outras doenças, não apresentava sintomas ou sinais visíveis, pelo menos numa fase inicial. A verdade é que quem começou a estudar a hepatite C, e teve o brilhantismo de investigar não só o vírus, como a epidemiologia e o curso da doença, percebeu não só que a doença tem uma prevalência considerável, como também que, ao fim de alguns anos, aparecem consequências clínicas de doença hepática avançada. Estas terão um peso enorme para a qualidade de vida dos doentes e consumo de recursos de saúde, e frequentemente, associam-se a uma mortalidade precoce. A dimensão deste problema foi identificada pela AbbVie, que tem sido promotora de muita investigação, essencial, a meu ver, não só na questão da descoberta terapêutica curativa, mas também no auxílio sob o ponto de vista da Saúde Pública, com um extenso programa de investigação e projectos que têm visado sobretudo, a identificação de doentes e a simplificação do acesso ao tratamento.





**Estamos a falar de um vírus que apresentava antigamente resistência aos tratamentos, mas que hoje parece ainda menos resistente face às políticas necessárias para resolver o problema que enfrenta quanto à desejada erradicação...**

**Raquel Glória (RG)** – Sim, os espaços formais para a pessoa receber tratamento ainda são muito morosos. A pessoa tem que ir para o centro de saúde, nem sempre tem médico de família que a possa referenciar, tem que esperar pela referenciação para o hospital, ir a uma consulta, ir fazer as análises, o fibroscan, muitas vezes a ecografia... e esperar a posterior autorização do medicamento...



**... Uma burocracia que pensávamos estar já eliminada... Ou seja, antes de pensarmos eliminar a infeção, talvez fizesse sentido eliminar barreiras...**

**RG** – Exatamente. Começámos por desenvolver parcerias informais, mas, na verdade, não existe uma estratégia global que facilite o acesso ao tratamento.

**Presumo que quem intervém na rua sinta em particular essas dificuldades... falam com os utentes e depois?**

**RG** – É muito difícil e implica muitas frustrações. Temos pessoas que vão a uma consulta e falham uma análise de sangue e, depois, têm que esperar mais cinco meses. O facto de atualmente contarmos com uma médica na nossa unidade móvel é incrível... Antes disso, tínhamos que telefonar para os centros de saúde, falar com médicos, se a pessoa chegasse atrasada ou faltasse não podia fazer a consulta e houve muitas pessoas recentemente tratadas que andaram anos nos settings formais e não conseguiram tratar-se.

**Constatei que, na sua comunicação, falou mais em pessoas do que no vírus...**



**RG** – Sim, entendo que devemos focar-nos nas pessoas que, por acaso, tiveram o azar de ter tido aquele vírus e que podemos verdadeiramente, com as novas medicações, ajudar.

**O que falta para podermos definitivamente eliminar a hepatite C?**

**RG** – Acima de tudo, políticas que promovam um acesso mais fácil. Trazer os médicos ao terreno e possibilitar que prescrevam no imediato. O próprio médico de família, com uma mera análise ao RNA positivo, pode prescrever logo o tratamento...

**É verdade que, mesmo após a realização de um diagnóstico rápido, se segue um longo percurso até ao tratamento?**

**RG** – Sim, na globalidade do país é isso que acontece... No nosso projeto, conseguimos eliminar essas barreiras. Neste momento, ser uma pessoa nos diz saber que tem hepatite C porque já fez análises, a consulta com o médico é quase imediatamente garantida, tal como a análise. Temos essa facilidade, que não traduz no entanto o panorama geral.







JUAN COLLON

**Ainda há bem pouco tempo, a hepatite C não constituía propriamente uma preocupação para os profissionais de saúde, para a população nem para os decisores políticos... Como vê atualmente este problema em Espanha?**

**Juan Collon (JC)** – Hoje, temos a sorte de dispormos de um tratamento fácil, simples, cómodo e altamente eficaz, o que permite algo que não é fácil na história da medicina: não apenas tratar mas curar a doença. O grande desafio que temos numa perspectiva de saúde pública é como poder chegar à população que está infetada e não o sabe. Para isso, um dos objetivos principais que elegemos é identificar as populações ocultas ou as populações com dificuldades de acesso ao sistema de saúde. A população em geral estará tratada em muito pouco tempo, no entanto, a população utilizadora de drogas por via injetada, os homens que têm sexo com homens, a população reclusa e a população migrante são populações muito importantes, que há que identificar adequadamente e corretamente, às quais temos que

oferecer tratamento de forma acessível.

**Pelo que pudemos constatar recentemente, em Espanha verificava-se uma barreira entre os hospitais e os estabelecimentos prisionais...**

**JC** – Pelo menos na Catalunha, essa barreira já não existe. Essas competências de intervenção já nos foram totalmente transferidas e estamos em condições de afirmar que poderemos eliminar a hepatite C nas prisões catalãs antes do ano 2021. Oferecemos um screening massivo a todos os indivíduos que entram nas prisões, o que nos permite conhecer a sua situação epidémica e, em menos de uma semana, podemos incorporá-los no tratamento. Uma das nossas perspetivas é que as pessoas reclusas tenham os mesmos direitos quanto à saúde que os demais cidadãos.

**Estamos todos na Europa mas em velocidades muito distintas e aqui o problema é o contágio... Em Portugal trata-se, em Espanha também mas o que dizer se nem todos o garantem?**

**JC** – É óbvio que a atuação em conjunto assume um cariz extremamente importante e, por isso, a OMS optou por este lema de eliminar em vez de erradicar a hepatite C como problema de saúde pública antes do ano 2030. Efetivamente, há um conjunto de países, entre os quais destaco Espanha e a região da Catalunha que se encontram em segundo lugar na possibilidade de eliminar a hepatite C o mais brevemente possível, logo a seguir à Islândia, que possui uma população relativamente pequena. Mas é verdade que a mortalidade e morbilidade associadas à hepatite C no mundo continuam muito elevadas, mais do que a tuberculose, a malária ou a Sida e, como tal, precisamos de uma abordagem completa. Uma ação local mas uma abordagem global. Só se eliminarmos o vírus e a possibilidade de se transmitir poderemos afirmar que eliminámos a hepatite C. Como sucedeu com o VIH e outras doenças, existem efetivamente velocidades distintas. Felizmente, estamos no topo, trabalhamos arduamente, temos um plano da hepatite C próprio e vamos conseguir uma mudança radical nesta doença em muito pouco tempo. Mas há que complementar isso em países mais subdesenvolvidos e pobres, sem dúvida.



## Depot medications for unmet treatment needs in opioid use disorder

Pedia-lhe que nos apresentasse uma sinopse da sua comunicação...

**Michelle Lofwall (ML)** – Basicamente, foi uma comunicação focada no futuro, nos pacientes e na ciência... Trata-se de tentarmos melhorar a saúde pública e a vida dos nossos pacientes e oferecer-lhes os tratamentos de melhor qualidade.

**Em que medida poderão estes novos fármacos de libertação prolongada trazer uma nova luz ao tratamento de substituição opiácea?**

**ML** – Sim, existem alguns medicamentos de longa duração muito entusiasmantes, que traduzem inovação tecnológica, o que vai precisamente ao encontro de várias temáticas que ouviremos ao longo do congresso.

**Já existem resultados relacionados com esta nova formulação de buprenorfina de longa duração?**

**ML** – Sim, falamos de implantes para seis meses, introduzidos subcutaneamente no braço, que podem ser “carregados” semanalmente ou mensalmente e os resultados têm sido bastante positivos: os pacientes têm reduzido o uso de opiáceos, têm revelado boa adesão e manutenção na terapêutica e revelam gostar da maior autonomia e privacidade de que dispõem uma vez que não precisam de tomar diariamente a sua dose.

**Deverá esta terapêutica estar também disponível por exemplo em equipas de rua ou terá que ser prescrita e administrada por um médico?**

**ML** – Deverá ser providenciada por um médico para que se assegure que a mesma é prescrita e administrada de forma adequada.

**Presumo que o produto já esteja disponível nos EUA...**

**ML** – Nos EUA temos dois dos três produtos, com buprenorfina e um com naltrexona de libertação prolongada para um mês.

**O Estado norte americano comparticipa o tratamento ou terá que ser suportado pelo paciente?**

**ML** – Como é sabido, o sistema é diferente nos EUA... Se o paciente não tiver um seguro que cubra este tipo de medicação terá que a pagar. Existem, por vezes, alguns programas que garantem a gratuidade mas nem sempre.





## 20 anos da ENLCD assinalados em Setúbal

# ENLCD: do humanismo ao pragmatismo



O programa das comemorações dos 20 anos da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga prosseguiu em Setúbal, no dia 9 de outubro, com a realização do primeiro colóquio regional, dum conjunto de quatro previstos. Com uma centena de participantes, contou com a presença de parceiros com responsabilidades locais nos territórios abrangidos e dos profissionais envolvidos no desenvolvimento de respostas integradas às necessidades dos cidadãos, famílias e comunidades.

O Diretor-Geral do SICAD, João Goulão, integrou o painel “ENLCD do Humanismo ao Pragmatismo”, no qual marcaram também presença os recentes reeleitos deputados na nação Alexandre Quintanilha e Elza Pais. O Subdiretor-Geral do SICAD, Manuel Cardoso, refletiu sobre o futuro, abordando a ENLCD entre desafios e oportunidades. “Modelo Português, uma Estratégia de Intervenção Integrada” foi o tema do painel, onde foi dada voz aos intervenientes no terreno, que relataram as suas experiências nestes últimos 20 anos.

Organizado pelas Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência de Setúbal, Santarém, Lisboa, Portalegre, Évora, Beja e Faro, a este colóquio seguem-se outros três, que decorrerão em novembro, em Viseu, em Braga e em S. Miguel.

Dependências esteve presente no evento que decorreu em Setúbal e entrevistou Américo Gegaloto e Alexandre Quintanilha.

### Que balanço faz deste colóquio?

**Américo Gegaloto (AG)** – Entendo que o balanço é muito positivo, desde logo pela aceitação e participação das várias entidades, um conjunto muito grande de parceiros que estiveram presentes, um momento de partilha e reencontro de colegas das mais diversas áreas de intervenção e pontos do país, em particular da zona sul. É de facto um tema aliciante, creio que o colóquio colocou, permita-me expressão, o “dedo na ferida”, designadamente quanto às reconhecidas fragilidades da estrutura orgânica do SICAD e dos demais serviços que intervêm nesta área, sejam eles públicos ou não, perspetivando a necessidade de que é preciso mudar e em que me-



AMÉRICO GEGALOTO, CDT SETÚBAL

dida é preciso fazê-lo, repensar e atualizar o modelo organizativo, para melhor desenhar futuros planos de intervenção dotando-os de maior eficiência e eficácia. Embora não saibamos qual será o desenho da nova estrutura, é importante que ela veja a “luz do dia” para que consigamos dar resposta aos desafios atuais e futuros que a área dos CAD enfrenta, considerando que a indefinição não nos leva a parte alguma. A questão dos recursos humanos é também ela muito importante e transversal aos mais diversos serviços, seja das CDT, seja na área da prevenção, do tratamento ou da RRMD. As pessoas que trabalham para as pessoas também têm que ser olhadas e parece-me que resultou claro que há a necessidade de reforçar o investimento nesta área e, certamente, com o indispensável investimento financeiro para não perdermos o que foi a mais valia do “modelo português”, com resultados positivos e significativos ganhos em saúde a vários níveis devido à implementação desta estratégia, reconhecida internacionalmente como um modelo de boas práticas.

### Em que medida sentiram as CDT a desintegração dos serviços?

**AG** – As CDT, em termos particulares enquanto estrutura, sentiram essa dificuldade porque as entidades de referência, a rede de suporte com quem articulamos, os nossos parceiros no terreno também eles passaram a sentir dificuldades acrescidas. As respostas no terreno sofreram uma redução ou mesmo desapareceram em alguns territórios, porque a reorganização das estruturas do Estado assim o obrigou, no que respeita a esta matéria colocaram-se um conjunto de dificuldades e de entraves, ou seja, houve um retrocesso em termos de respostas. Uma resposta que existia no ano anterior, no ano seguinte já não existia e isso coloca dificuldades a quem, como a comissões, sendo verdadeiras plataformas giratórias de motivação e encaminhamento para as respostas adequadas às necessidades de cada indivíduo, viram-se confrontadas com essa realidade. Ao nível interno, as comissões têm também elas vindo a debater-se com a perda de recursos humanos ao nível das equipas técnicas e dos membros, elementos que são preponderantes para o normal funcionamento dos serviços, bem como garantir a qualidade da intervenção.

### As CDT estão focadas nos riscos associados aos consumos, mas estão ainda exclusivamente vocacionadas para as ilícitas... estando o álcool presente em muitos dos problemas e riscos, por que não intervém nesse domínio?

**AG** – É um desafio... Há uns anos atrás, falava-se sobre essa situação..., mas penso que o tema continua atual, não se trata de criar um modelo “sancionatório”, mas procurar aproveitar o know-how das equipas multidisciplinares existentes nas comissões e do Modelo de Intervenção em Dissuasão, reforçando-as e abarcando essas outras áreas. Quando falamos em trabalhar de pessoas para pessoas é na dinâmica de promover o movimento de mudança, esse movimento tanto é válido para as substâncias ilícitas como para as lícitas. E diria que andam de braço dado, quem consome substâncias ilícitas também consome muitas vezes lícitas ou não e, por vezes, a mistura é perigosa e explosiva. Portanto, acho que o modelo de intervenção de prevenção indicada para esse tipo de fenómenos, como o consumo de álcool ou até de tabaco, aproveitando esta experiência e os conhecimentos adquiridos, dotando o SICAD de outro tipo de instrumentos e competências, em linha com a perspetiva de uma nova estrutura orgânica, nesse cenário creio que as comissões poderiam claramente alargar o seu âmbito de intervenção.

### A estratégia foi de facto um grande passo, é um excelente documento, mas, 20 anos depois, não urgirá verificar se carece de aperfeiçoamentos, de mudanças?

**AG** – Precisar-se-á certamente. As próprias pessoas mudam muito em 20 anos e uma estratégia com essa duração precisará certamente de algumas afinações, até porque os padrões de consumo, a tipologia de consumidores, os tipos de substâncias têm claramente vindo a mudar também. Atualmente, quase todos os consumidores toxicodependentes estão referenciados, encaminhados ou em acompanhamento, embora haja algumas franjas que ainda não estarão, por outro lado temos a realidade das novas substâncias, de substâncias ilícitas que chegam quase todos os dias ao mercado, falo das sintéticas, depois temos a realidade do abuso do álcool no meio noturno por parte dos jovens e simultaneamente o consumo de tabaco... Temos que refletir muito sobre estas questões: valerá ou não a pena ter também uma intervenção dissuasora no âmbito de outras substâncias, algumas das quais lícitas mas que por o serem não são menos perigosas.

### Como intervêm nas novas substâncias se as mesmas não são conhecidas?

**AG** – Esse é um problema... Se formos ver os dados nacionais, ao nível dos processos de contraordenação as novas substâncias psicoativas não têm expressão. Até me arriscaria a dizer que alguns dos exames dos testes rápidos aplicados no momento das apreensões não as conseguem detetar, como a forma de as consumir é muito discreta e quase invisível, até pela forma como se apresentam. Andamos sempre a correr atrás do prejuízo. Isto vai um pouco ao encontro do que aconteceu com as smart shops ... só quan-

do começaram a surgir mortes relacionadas com o consumo dessas substâncias é que dispararam todos os alertas. Por estas substâncias serem novas, até podemos saber quais são, mas, no terreno, também temos de reconhecer a dificuldade de intervenção das forças policiais para as detetar, onde a carência de recursos humanos também ela se faz sentir.

### Finalmente, há lugar para avaliação nas CDT?

**AG** – Há certamente. Diria que a avaliação mais importante para nós não é a que incide sobre o desempenho dos funcionários, sejam eles membros, técnicos ou assistentes técnicos, sendo que essa é também importante em termos pessoais e profissionais, mas mais importante é a que os utentes fazem da nossa intervenção e dos serviços. E esta, na sequência dos diversos inquéritos que temos realizado, através da aplicação de questionários anónimos, que procuram saber se a ida à comissão ajudou a mudar o comportamento, se o fez refletir, apresentam indicadores de que as pessoas que contactam com as comissões e o estereótipo ou preconceito quanto aos serviços acaba por se desmoronar, em alguns casos dizem-nos mesmo que, se houvesse algo do género no seu tempo, hoje não estariam como estão, pois, teriam mais consciência dos riscos e das consequências dos seus consumos. É exatamente isto que pretendemos suscitar: “acender a luz” para que as pessoas possam refletir e procurar passar da fase da pré-contemplação e contemplação para a ação no sentido de fazer o movimento de mudança e deixar de consumir substâncias ou mesmo reduzir os consumos, obtendo por essa via ganhos em saúde. A melhor avaliação que pode ser feita quanto à intervenção das comissões é a dos utentes e essa, até ver, é muito positiva.



ALEXANDRE QUINTANILHA

### A tomada de decisão política baseada no conhecimento científico parece ter encontrado na ENLCD um exemplo único no país...

**Alexandre Quintanilha (AQ)** – Não é única no nosso país, mas é uma experiência interessante porque envolveu o conhecimento mais atual que existia naquela altura. Tivemos no grupo de trabalho as pessoas que mais sabiam sobre aquelas questões e que não tiveram receio de expor o seu conhecimento para que pudesse ser usado para redigir uma estratégia que fosse consensual dentro do conhecimento daquele momento. Acho que, 20 anos depois, provavelmente, existem outros dados que podem vir a ser acrescentados, como esta questão lançada pelo João Goulão, de o comportamento aditivo não ser apenas relativo a drogas mas a muitas outras áreas, passando pelos computadores, pelos telemóveis, pelo jogo, pelo sexo... Há comportamentos aditivos em muitos domínios e, se calhar, há coisas que num domínio são muito parecidas com outras e outras que não são. E não sabemos muito bem quais são as razões por que existem diferenças nesses comportamentos aditivos. Agora, não é a única experiência em Portugal... Esta teve uma repercussão internacional tão grande precisamente porque toda a gente duvidava. Creio que em parte foi por isso, por ter sido considerado extremamente audaz e arriscado no processo. Mas acho que temos estratégias em relação à saúde, à educação, à investigação, à agricultura e muitas outras áreas em que, provavelmente, coisas semelhantes acontecem.





**Quando falamos na ENLCD falamos sobretudo de pessoas. Referiu aqui que foi fruto da auscultação das pessoas que esta estratégia resultou... terá sido por terem ouvido as pessoas que a estratégia foi depois internacionalmente reconhecida?**

**AQ** – Não sei responder a essa pergunta... acho que, para nós, que estávamos no grupo de trabalho, sentir... Para pôr uma estratégia cá fora é preciso pensar, usar a razão...mas o contacto com as pessoas deu-nos a dimensão da emoção. Percebemos que há um substrato muito poderoso, que muitas vezes não é mencionado porque a razão é deve estar à frente de tudo o que é científico. A emoção dá-nos, se quiser, coragem ou a capacidade de alargar a nossa sensibilidade em relação àquilo que estamos a fazer. Os outros, se calhar, conheciam o público melhor do que eu, mas, para mim, ter a intervenção direta das pessoas que nos vêm agradecer, muito emocionadas, pelo que estamos a fazer naquele domínio, teve um impacto enorme. De repente, percebi que não era apenas algo teórico ou uma questão académica, mas uma questão com imenso impacto na sociedade em que vivemos.

**Finalmente, humanismo, pragmatismo, respostas integradas entre tratamento, redução de danos, prevenção, reinserção e dissuasão são os pilares da estratégia...**

**AQ** – Sim, mas as pessoas esquecem-se sempre de incluir a investigação, que permeia tudo isto. O que faz na prevenção também é investigar, é tentar perceber se aquela estratégia, naquela área, irá ou não funcionar, é testar regularmente o processo. E a investigação em todos aqueles domínios, na prevenção, na promoção da saúde que não está especificamente desenvolvida, na redução do risco, na reinserção, é o que toda a gente faz todos os dias. E a pessoa aprende quer funcione, quer não funcione...



**Mas os profissionais que intervêm em CAD reclamam face à inversão, há dois governos atrás, que se fez na implementação de todos esses pilares, depauperando a estratégia...**

**AQ** – Confesso que não segui de perto o que esse governo fez relativamente a esta matéria... senti que havia, da parte das pessoas que estavam no terreno, um certo descontentamento. Dava a sensação de que os políticos da altura, sem terem um conhecimento profundo destas questões, queriam introduzir alterações num sistema que até estava a funcionar. Portanto, se algo está a funcionar, para quê modificar? Talvez tenha sido porque ficou mais barato mas nem isso sei se é verdade, se não se paga ali, paga-se noutra área...



# Política das Drogas ou Droga de Políticas



De: *Emidio Abrantes\**

Durante quatro anos o governo não aprovou nenhum instrumento normativo para requalificar e definir explicitamente os serviços públicos em matéria de Comportamentos Aditivos e Dependências [CAD] pese embora o compromisso assumido.

Infelizmente, o desfasamento entre a promessa e a realidade é um eterno problema na ética política.

Enquanto se esgrimem argumentos nos corredores, gabinetes dos ministérios e outras representações do Ministério da Saúde discutindo, com certeza, um futuro promissor e melhor para os utentes e familiares, portadores de um problema aditivo, uma doença com tendência para a cronicidade, os serviços públicos estão pouco a pouco, a conta-gotas a definir-se, como se fosse o pronúncio de uma morte anunciada!

A pior das torturas está assumida: a desconsideração e o jogo hábil da retórica política de adiar uma decisão com alegações pretensamente baseadas na responsabilidade e seriedade do problema em análise. Na prática é o empurra para lá... o logo se vê...isso também não é urgente... existem de momento outras prioridades! O Serviço Nacional de Saúde (SNS), que devia ter como prioridade primeira a promoção da saúde e da prevenção da doença, tem hoje tantas deficiências minadoras da sua sustentabilidade, que a existência de um dependente de crack, heroína, álcool, cânabis, jogo ou com outro comportamento aditivo é menorizado na escala de prioridades do Ministério da Saúde. Mas cuidado com as ilusões que podem tornar-se dolorosas. Em 2018, nas Unidades de Intervenção Local que intervêm nos CAD constatou-se um aumento de recaídas e de primeiras consultas e, curiosamente, as comunidades terapêuticas, estruturas com internamentos prolongados 12 a 36 meses, nunca estiveram tão lotadas como nestes últimos anos.

A complexidade dos comportamentos aditivos é uma realidade e a secundarização das políticas para as adições compromete, não só os resultados alcançados, como também a capacidade de respostas por parte dos serviços públicos, decisivos nas intervenções sobre as antigas adições e nos novos padrões de comportamentos aditivos que, entretanto, se vão operando na sociedade.

Acrescente-se que existem outras dimensões dos comportamentos aditivos com implicações na vida das pessoas e da comunidade e para os quais os serviços e os seus profissionais têm de ter capacidade de resposta. É o caso da relação entre a violência doméstica e o consumo de substâncias psicoativas. É do conhecimento que ambas as realidades se influenciam e se potenciam. Foi aprovado, e muito bem, um Plano de Ação para a Prevenção e o Combate à Violência Contra as Mulheres e a Violência Doméstica. Mas mais uma vez esquecem-se que os serviços

públicos têm que ter capacidade para acolher, cuidar e tratar todos os cidadãos agentes ou vítimas do uso ou abuso de substâncias psicoativas. Mas esta não é a realidade que vivemos. As equipas profissionais estão esvaziadas, com retração na capacidade e na qualidade das respostas ao longo do tempo, sem recursos, em suma desamparados.

Mas afinal qual a política de drogas que Portugal ou melhor o governo quer seguir? Inquieta-nos o pensamento que a regulamentação e a distribuição das drogas sejam as únicas preocupações deste governo e de alguns dos seus aliados para satisfazer necessidades eleitorais! Bem sabemos que a política sendo ela a arte da organização e administração de uma nação pode em função dos interesses assumir direções contraditórias e por vezes conflituosas.

Um bom exemplo é o Lisbon Addictions, que ocorre em outubro deste ano, evento científico de grande relevo internacional que se enquadra perfeitamente no paradoxo da política portuguesa das adições, inacessível aos profissionais portugueses [€600.00 a inscrição]. O fosso entre o saber adquirido e a aquisição de novos conhecimentos nunca esteve tão grande e seletivo.

Os serviços públicos com responsabilidade nos cuidados às pessoas com problemas ligados aos comportamentos aditivos e dependências, e os seus profissionais, têm-se vindo a confrontar com uma contínua evolução dos fenómenos relacionados com esta problemática, mas que não têm sido acompanhados pelas reformas político administrativas que o governo devia implementar face às mudanças que vão ocorrendo. Os serviços vivem hoje asfixiados por uma incapacidade de tomar decisões. No todo nacional há falhas na coerência e uniformidade de atuação, bem como, fragmentação do planeamento à operacionalidade das intervenções. Houve um acréscimo na dificuldade de contratação de recursos humanos, desmobilização de profissionais dada a inviabilização de contratos, os procedimentos tornaram-se extremamente burocráticos dificultando a eficácia na resposta e a especificidade que a intervenção holística em dependências requer e, finalmente, não houve nenhuma mais-valia económico-funcional resultante do processo de integração decidido em 2011. As políticas de saúde de proximidade em CAD são um número de prestidigitação, mas mal-executada.

As políticas das drogas mais parecem droga de políticas.

*\* Coordenador Centro Respostas Integradas de Aveiro, Unidade de Intervenção Local em Comportamentos Aditivos  
Membro do Grupo de Aveiro  
Membro da Direção da Associação Portuguesa de Adictologia*



Secção Regional do Norte da Ordem dos Farmacêuticos  
aderiu à campanha SNS 40 Anos – Saúde para Todos

# Farmacêuticos celebram 40 anos do SNS



A Secção Regional do Norte da Ordem dos Farmacêuticos acolheu, no dia 31 de outubro, um evento comemorativo dos 40 anos do SNS. “SNS 40 Anos – Saúde para Todos” foi o lema que mediou a realização deste encontro, que se iniciou com uma conferência a cargo do presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de São João, Fernando Araújo, intitulada “SNS 40 Anos. E Agora?”. Seguiu-se a realização de dois painéis de debate com a participação de representantes de cidadãos portadores de doença, cuidadores, profissionais de saúde, administradores hospitalares e dirigentes associativos, subordinadas aos temas “Unir Pessoas. Edificar um SNS para todos” e “Inovar para ser Sustentável. Criar Valor Social”.

Dependências esteve presente neste evento, de que resultou uma reflexão sobre o passado, o presente e o futuro daquela que é unanimemente considerada a maior conquista da democracia portuguesa: o nosso Serviço Nacional de Saúde. A revista dependências esteve presente e apresenta o discurso da bastonária da ordem dos Farmacêuticos, Ana Paula Martins e a entrevista com, Franklim Marques, Presidente da Secção Regional do Norte da Ordem dos Farmacêuticos.



ANA PAULA MARTINS

Foi pelas pessoas e pelo País que os farmacêuticos quiseram estar hoje aqui, juntos, com os cidadãos, alicerçando simbolicamente um compromisso com o futuro.

Por isso, hoje é sobre o futuro que vamos falar. Que futuro queremos coletivamente construir para garantir saúde a todos os portugueses. Através desta reunião, fomos capazes de reforçar um espaço comum de diálogo, com as associações do sector farmacêutico, com as associações de pessoas que vivem com a doença, com os cuidadores, com as associações de jovens farmacêuticos e estudantes de Farmácia. Uma palavra de reconhecimento à Marina Caldas e à sua equipa, que nos guiou nesta organização e nos fez sair Fora da Caixa. E a todos os que hoje aqui participam, de uma ou outra forma, fica a nossa gratidão.

E também, com este desígnio comum, que só um enorme compromisso histórico pode justificar, celebramos 25 anos da Associação dos Farmacêuticos dos Países de Língua Portuguesa (AFPLP), e temos por isso o privilégio de contar hoje com a presença dos Bastonários e representantes das organizações do associativismo farmacêutico de Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné e São Tomé e Príncipe. Também neste roteiro de 25 anos, temos partilhado as nossas experiências, sonhos e estratégia, para que a cobertura universal na saúde seja uma prioridade nos nossos países, e que através de uma história e uma língua comum possamos influenciar positivamente a saúde de mais de 200 milhões de pessoas. Durante 25 anos sonhámos em conjunto, realizámos em conjunto, criámos uma identidade farmacêutica na lusofonia. Fomos AFPLP antes de sermos CPLP. Liderámos o nosso destino coletivo, prova da nossa maturidade como profissão, num legado de inteligência colaborativa, respeito e afetos. E também hoje aqui assumimos que falar da saúde em Portugal e do seu futuro é uma forma de continuar a construir esta identidade conjunta nos próximos 25 anos.

Com o lema Saúde para Todos, fomos capazes de identificar os temas que os cidadãos vêm como prioritários e onde, em conjunto, podemos intervir, adaptando estratégias, modelos de organização, as pontes que ainda nos faltam. Para os farmacêuticos, celebrar o SNS é projetar o seu futuro com sucesso. E sucesso é nem mais nem menos do que melhores resultados em saúde para os portugueses no século XXI. Por isso, queremos agradecer a

todos os parceiros que hoje aqui estão, porque são a prova de que é possível idealizar em conjunto, encontrar soluções partilhadas, orientar a ação para resultados concretos que ajudam a transformar um país concreto, feito de pessoas com necessidades concretas, razão de ser de qualquer governação. E temos mostrado que somos capazes de o fazer de forma eficiente, se definirmos bem onde queremos chegar e respeitarmos o espaço de cada um, as ideias de todos, unidos nos princípios e de mente aberta nas soluções.

E ainda, se formos capazes de reconhecer de forma inequívoca o que está bem, de forma corajosa o que está mal, sem nos escondermos atrás das dificuldades ou da inércia e, de forma responsável, encontrar soluções e concretizar em ações o que está por fazer, passo a passo construiremos o SNS de amanhã.

E precisamos de assumir de uma vez por todas, que um SNS forte e moderno integra os recursos e o capital humano disponível (capacidade instalada) e tem como único critério a qualidade e os resultados, opta por modelos flexíveis para concretizar a equidade no acesso, renova formas de financiar para garantir a cobertura universal, promove a transparência na decisão e a pluralidade na participação, como única forma de garantir a solidariedade nas escolhas difíceis que, como sociedade, vamos forçosamente ter de fazer.

E um SNS contemporâneo e que se quer afirmar no futuro, não esquece que tem 4 desafios fundamentais: a demografia, a prevenção, a multimorbilidade, a inovação tecnológica. Se quiser ser sustentável. Qualquer destes desafios representa enormes oportunidades. Porque nos permite ver a saúde como um investimento que cria valor, que transforma a sociedade, ao invés de uma área exclusivamente assistencial, sanitária ou até de proteção social (que não deixa de ser).

Olhar para a saúde como um investimento no progresso humano liberta-nos do estigma dos custos e abre-nos a oportunidade dos proveitos. Como seria Portugal hoje se 30 crianças em cada mil nascidas não chegassem a completar um ano de vida; em 2016 esse indicador estava nos 3,2; se 43 mulheres morressem por cada 100 mil partos realizados; o ano passado foram três; se víssemos em média, 69 anos; a esperança de vida em Portugal é agora superior aos 81 anos. Este Portugal já não seria possível hoje porque os portugueses não o aceitariam. Já não é desta saúde que hoje falamos e não podemos continuar a comparar-nos eternamente com o que já não somos.

Por isso, e apesar dos também muitos bons resultados, há portugueses que vivem na primeira pessoa situações que já não estão disponíveis para viver, quando aguardam 12 horas numa urgência, quando esperam anos por uma consulta médica da especialidade ou por uma cirurgia, que não têm saúde oral ou apoio na doença mental ou segurança alimentar. É verdade que o nosso SNS continua, apesar de todas as dificuldades, a desempenhar o seu papel de amortecedor social. Mas fá-lo em condições globalmente muito precárias e com as maiores dificuldades, não só no que se refere ao financiamento, mas principalmente na falta de recursos humanos, numa ausência quase total de uma política para as profissões, num desalinhamento entre a missão da governação central e o que deve ser a autonomia e responsabilização nas unidades prestadoras de cuidados de saúde.

Hoje, mais do que ontem temos um SNS em que a governação está muito centralizada no Ministério da Saúde que, Governo após Governo, não consegue implementar as medidas há muito anunciadas, onde responsabilidade e autonomia não são sinónimos, onde as equipas se desfazem porque não há uma estratégia de retenção e valorização do capital humano. Uma atitude com inspiração napoleónica e ao arrepio da mudança que está, em todo o mundo, a acontecer. E temos de ter a coragem e a frontalidade de o dizer, de forma construtiva, porque essa postura é a que os percursos e os fundadores do SNS certamente esperam de nós. Foi o que fizeram na altura. Tinham visão, ambição e liderança. Sabiam onde queriam chegar e como lá chegar. E cumpriram a estratégia. Fizeram acontecer.

Claro que o SNS continua a desempenhar boa parte da sua função e é muito acarinhado pelos portugueses, pelas forças políticas e pelos agentes. Mas muito fruto do que foi e do que representa para o Portugal que sonhámos ser. E bem podemos louvá-lo, celebrá-lo, reconhecer este trajeto de sucesso, que se nada fizermos em breve teremos no SNS o sistema de saúde dos que, por via do rendimento, não têm liberdade de escolha, dos mais po-

bres e dos mais frágeis. E isso desvirtuaria os princípios fundacionais do Serviço Nacional de Saúde e não seria o Sistema de Saúde que podemos ser.

A boa notícia é que não temos opção. Temos mesmo de conseguir organizar-nos para responder às necessidades que os cidadãos e as pessoas que vivem com a doença, seus familiares e cuidadores, têm hoje e terão no futuro. Temos de encontrar novas proximidades, gerir a complexidade emergente de riscos evitáveis, as novas epidemias, os desafios da sustentabilidade, a incorporação racional e ética da inovação tecnológica e terapêutica, o digital, as inúmeras possibilidades que a inteligência artificial e a omnicas nos abrem, um sem número de realidades já presentes no nosso quotidiano e que o nosso admirável mundo novo anuncia. Tudo isto e muito mais, numa expansão exponencial de expectativas que, enquanto sociedade, temos para uma vida com qualidade e bem-estar, longa, cómoda, tecnologicamente avançada. Onde tudo nos seja explicado e onde não façam escolhas por nós.

A criação do SNS foi efetivamente uma conquista dos portugueses e de lideranças motivadas pelo bem comum, que não hesitaram em eleger a Saúde como uma área de investimento público prioritário. E consideraram-na, governo após governo, todas as forças políticas, profissionais, agentes do sector da Saúde, cidadãos, como um desígnio nacional.

E é esse desígnio nacional que, passados 40 anos, precisamos de revisitar para, em conjunto, num debate alargado e realista, olhar para o futuro. E garantir que, para novos problemas, encontramos novas soluções que mantenham vivo aquele desígnio.

O SNS une-nos. Projeta-nos enquanto povo. É um selo de confiança para os portugueses. E assim tem de continuar. Para isso tem de se revitalizar, reorientar, continuar a atrair capital humano de qualidade, orientar-se para a excelência, usar a decisão baseada em factos e libertar-se da discussão exclusivamente ideológica que, no essencial, nem nos divide, apenas confunde o debate que precisamos de ter.

O SNS dos próximos 40 anos será forçosamente diferente, porque vai responder a novas realidades. A gerações diferentes. Muito mais próximo e sobretudo mais desmaterializado, à distância de uma app. Mas onde será cada vez mais necessária a relação humana, a afirmação dos afetos, a assunção compaixão.

Continuemos, pois, a afirmar os princípios que estão consagrados na Constituição e trabalhemos para continuar a garantir saúde para todos, com qualidade e humanismo.

Porque em cada um de nós deve persistir a força e a vontade de lutar por uma sociedade mais justa, menos desigual e mais desenvolvida, orientada pelos direitos humanos e pelo progresso da humanidade, com a coragem de afirmar as nossas convicções, saindo do comodismo da obra feita, pensando nas pessoas e no País. Seremos novamente nesse dia, parte desta história que hoje também celebramos. Uma história plural, cujos protagonistas são os portugueses.

Porque quando mudamos um País o País muda-nos com ele.







FRANKLIM MARQUES, PRESIDENTE DA SECÇÃO REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS FARMACÊUTICOS

**Celebrar os 40 anos do SNS representa uma grande responsabilidade, uma vez que se propõem fazer a análise do passado, presente e futuro do SNS com tanta gente ligada à saúde...**

Franklim Marques (FM) – Diria que, ao nível da Ordem dos Farmacêuticos, este é um evento único. É a primeira vez que conseguimos reunir para discutir o SNS como um só, como um objetivo de base comum e central. O SNS é fundamental para os cuidados de saúde em Portugal, tem e terá sempre o apoio das organizações sectoriais, de natureza privada, como as farmácias e os laboratórios de análises clínicas, que contribuem para a melhoria de Portugal e para a melhoria e evolução do SNS. É verdade que ainda tem algumas falhas, mas, na nossa perspetiva, se todos nos reunirmos poderemos torná-lo melhor. É preciso eliminar algumas burocracias, conceder mais autonomias, optar menos pela hospitalização e focalizar mais nos cuidados primários e na prevenção em saúde, intervindo em termos de saúde pública, fomentar a participação da sociedade envolvente... Tudo isto contribui para uma melhor prestação de cuidados de saúde.

**Que papel e importância atribui à indústria farmacêutica no SNS?**

FM – É essencial. Desde logo, porque é fornecedora dos medicamentos e equipamentos tão necessários para o prosseguimento do caminho da saúde, mesmo em condições por vezes complexas como o conhecemos. A indústria terá que ser sempre um parceiro do SNS, especialmente agora com a inovação terapêutica e sua implementação, e a problemática associada aos custos elevados versus custos justos.

Os novos medicamentos e inovadores são muito importantes, com a potencialidade de serem mais eficazes e curativos e de darem mais qualidade de vida às pessoas, mas também teremos de ter em consideração o facto de a sua utilização corresponder às situações que fazem a diferença sob pena de resultar na insustentabilidade do sistema de saúde face aos preços exorbitantes.

**Em muitos territórios do país, a farmácia ainda parece ser o consultório médico...**

FM - A farmácia tem um lugar próprio no sistema de saúde, até porque, como toda a gente diz, é a porta de entrada... parece um chavão, mas é assim mesmo. As dificuldades que temos atualmente no SNS, nomeadamente no que respeita ao acesso, são muitas vezes colmatadas pela ida das pessoas às farmácias, porque na realidade estão mais próximas. Nós, farmacêuticos, temos revelado até ao momento um conhecimento científico, sustentado num percurso académico, que nos permite ser a primeira porta de ajuda. E até ao nosso limite de conhecimento e competência tudo faremos para ajudar. A vantagem dos farmacêuticos e da farmácia resulta de ser um local com uma grande implementação de cuidados de saúde pública e de informação mas também de triagem, que nos permite encaminhar para outros serviços. Em certos lugares, a farmácia é o único estabelecimento de saúde que existe e o verdadeiro suporte das populações neste domínio.



## Helder Mota Filipe eleito presidente da AFPLP

A Associação de Farmacêuticos dos Países de Língua Portuguesa (AFPLP) esteve reunida ontem, em Assembleia Geral, no Porto, antecedendo o evento comemorativo dos 40 anos do Serviço Nacional de Saúde (SNS). O farmacêutico português Helder Mota Filipe, presidente do Conselho para a Cooperação da Ordem dos Farmacêuticos, foi eleito presidente da associação para o próximo biénio, até 2021.

Os delegados de Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné, Portugal e São Tomé e Príncipe, elegeram, por unanimidade, o professor da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, Helder Mota Filipe, como presidente da AFPLP.

A reunião da Assembleia Geral ficou também marcada pela aprovação da Resolução "Os Farmacêuticos na Sustentabilidade dos Sistemas de Saúde".

A AFPLP é uma associação de carácter profissional e científico, sem fins lucrativos, que visa, fundamentalmente, promover as Ciências Farmacêuticas e defender os interesses da profissão farmacêutica em todos os países de língua portuguesa.





## Grupo Azevedos presente na maior feira da indústria farmacêutica do mundo

O Grupo Azevedos, marca com dois séculos de experiência cuja atividade se estende da produção de medicamentos a sua distribuição, esteve uma vez mais presente na CPHI Worldwide, o maior e o mais importante evento mundial da indústria farmacêutica, que se realizou em Frankfurt, de 5 a 7 de novembro.

Integrado no stand da PharmaPortugal, o Grupo Azevedos apresentou não só o seu portefólio de produtos como também a sua unidade de produção, a Sofarimex, a maior fábrica portuguesa de medicamentos.

O Grupo Azevedos possui perto de 300 medicamentos autorizados em Portugal, sendo estas autorizações referência para as exportações para mais de 80 países.

A nível industrial o Grupo Azevedos tem uma capacidade de produção de 90 milhões de unidades/ano e exporta 80 por cento da sua produção para os cinco continentes.

A CPHI Worldwide, conta com a participação de mais de 2.500 empresas do setor e cerca de 45.000 profissionais de 150 países, funcionando como o epicentro internacional de todo o setor farmacêutico.

Para Thebar Miranda, presidente do Conselho de Administração e CEO do Grupo Azevedos, a participação nesta feira "é uma oportunidade única para desenvolver contactos com potenciais parceiros, clientes e fornecedores dos mais diversos mercados de todo o mundo. Por outro lado, permite-nos também tomar conhecimento das últimas tendências da nossa indústria e estar a par do que de melhor se faz no setor".

A CPHI Worldwide representa uma importante plataforma de negócio do setor farmacêutico, sendo um dos mais reconhecidos fóruns de divulgação dos avanços e novidades emergentes na investigação e comercialização de fármacos.







Metamorfose foi o tema...

## Comunidade Vida e Paz organiza XII Jornadas da Saúde e das Toxicodependências

A Escola Superior de Saúde de Leiria acolheu, no dia 4 de outubro, as XII Jornadas da Saúde e das Toxicodependências, organizadas pelo Centro de Fátima da Comunidade Vida e Paz. O tema escolhido para edição deste ano foi metamorfose, um elemento simbólico para representar mudança, "a transformação de um ser noutra, de uma forma noutra. Nela ocorrem alterações profundas, às vezes dolorosas, às vezes turbulentas, às vezes imprevisíveis. Outras alterações são expectáveis, desejadas e tranquilas. Todas elas confluem num processo extraordinário de desenvolvimento! Assim nos encontramos hoje na intervenção nas dependências, em metamorfose, em mudança, em transformação!", refere a organização.

O Centro de Fátima abordou as questões mais prementes neste âmbito, tais como diferentes e complementares abordagens terapêuticas e novos perfis de utentes, e reflectir a metamorfose nas dependências.

Dependências marcou presença no evento e entrevistou o Diretor Geral da Comunidade Vida e Paz, Henrique Joaquim.



HENRIQUE JOAQUIM, DIRETOR GERAL

**Henrique Joaquim (HJ)** – Eu gosto de distinguir a palavra mudança da palavra transformação e creio que a metamorfose tem muito mais a ver com transformação. Parece um jogo de palavras mas não é... a transformação é de raiz... Se temos que mudar... o perfil das pessoas e se nos centramos nelas, diz-nos que sim. No nosso caso concreto, temos encontrado pessoas com mais idade, com outro tipo de capacidades e incapacidades, mais prevalência de patologia do foro mental e comorbilidades mais agravadas, e mais novas com outro perfil e circunstâncias de vida no seu contexto social, económico e familiar. Portanto, não podemos continuar a fazer mais do mesmo e a questionarmo-nos sobre os motivos das recaídas. Se calhar o problema não é saber por que recaem mas pensarmos no que estamos a fazer. Portanto, temos essa interrogação e essa questão da metamorfose também tem a ver com isso: o que também temos que transformar em nós próprios, adequando-nos às pessoas que cuidamos.

### **Pensando nessa perspetiva da transformação, será a toxicodependência um vício ou uma doença?**

**HJ** – Continuo a entender que é uma doença. Na gíria é normal que as pessoas a entendam como um vício mas julgo que isso é estar a pôr o ónus apenas numa parte da situação que as pessoas vivem, como se a pessoa tivesse, em qualquer altura, a possibilidade de consumir ou não consumir. Hoje, acho que lermos e aprofundarmos um pouco o tema e formos honestos intelectualmente – nem é preciso sermos grandes especialistas – chegamos claramente à conclusão que nem sempre é assim. Quando estamos a falar em dependência, considero estarmos perante uma doença. Tal como ninguém consegue deixar de ser esquizofrénico ou de ter enxaquecas crónicas - consegue aprender a viver com ela - na toxicodependência aplica-se o mesmo.



**Mudaram os comportamentos e os consumos mas têm também que mudar muitas das estruturas que tratam estas pessoas... É nesse sentido que perspetivam a metamorfose?**

**HJ** – Sim, é... A título de exemplo, no nosso caso, nos últimos meses, temos estado a desenvolver um programa muito mais adequado às pessoas com os famosos duplos diagnósticos porque começou a crescer entre nós essa população, porque essas pessoas desafiam os nossos médicos tradicionais na sua intervenção e porque consideramos que, não estando adequados, temos que inovar. Não estamos a fazer um programa específico para essas pessoas porque no nosso pressuposto base e no nosso conceito, essas pessoas têm que ser o mais integradas possível no programa geral mas têm que ter momentos e instrumentos adequados às suas capacidades. Estamos a dar conta, por exemplo, que a proposta que estávamos a oferecer de tratamento era ela própria factor de stress e de insucesso, o que não pode acontecer. Temos de facto de mudar as estruturas, temos de mudar as nossas mentalidades e conceito e isso tem que ter consequências nas estruturas. Nós adequámos o programa terapêutico, espaços físicos e horários de atividades e diria que com muito sucesso nestes primeiros meses.

**Recebem jovens?**

**HJ** – Abaixo dos 18 anos não... É uma problemática e a transformação também tem que nos levar a perceber quais são os nossos limites... Infelizmente ou felizmente, não podemos fazer tudo e focamo-nos essencialmente em pessoas adultas, com mais de 18 anos, até agora apenas homens porque também temos esse limite ao nível das infraestruturas mas percebemos que conseguimos dar uma resposta diferente por exemplo a pessoas que associam o problema da saúde mental ao problema do consumo. Nesse sentido, fomos ver o que outros fazem, até noutras áreas, e com a experiência que obtivemos, adequámos o nosso programa, que está neste momento em fase de teste e diria que para ficar porque o sucesso está a ser em todas as dimensões: na satisfação dos utentes e dos técnicos. Agora,

também seria preciso que as estruturas governativas mudassem. Não compreendemos como, mais uma vez, ficámos com mais um despacho conjunto por sair e com um modelo de gestão nacional por aprovar. Felizmente para as pessoas, as estruturas locais vão conseguindo ajustar-se mas, provavelmente, um dia atingiremos o limite e não conseguiremos sair daqui.

**Também aí precisamos de uma mudança?**

**HJ** – Aí precisamos de uma metamorfose profunda.







# CARDA inaugura novas instalações

Nova estrutura de apoio a alcoólicos, central, visível e acessível em Aveiro

O Centro de Alcoólicos Recuperados do Distrito de Aveiro (CARDA) foi criado em 1999, quando um grupo de alcoólicos recuperados se juntou com o propósito de lutar contra a problemática do alcoolismo, ajudando assim alcoólicos e as suas famílias. É uma Instituição Particular de Solidariedade Social desde 2000, com fins de saúde, tendo funcionado inicialmente numa sala cedida pela Junta de Freguesia de São Bernardo. Entretanto, o seu crescimento obrigou à mudança de instalações, de modo a responder à procura cada vez maior e em local mais acessível. O CARDA foi criado com a finalidade de apoiar a resolução de problemas sociais ligados a uma população muito específica, o doente alcoólico e a sua família. É uma estrutura polivalente, que desenvolve serviços e atividades de diversa ordem, de forma a promover a integração social dos indivíduos. Não obstante, a grande diversidade de problemas sociais, a pertinência e a necessidade da criação desta instituição revelou-se urgente, no sentido de intervir ao nível da problemática do alcoolismo, uma vez que esta tem aumentado significativamente. Assim, como não existia uma opção até ao aparecimento do CARDA, este propôs-se a colmatar esta lacuna dando uma resposta específica a estas situações. A valorização do trabalho a favor da sociedade foi reconhecida pela Segurança Social que, a 18 de Maio de 2001, assinou com o CARDA um protocolo atípico. Finalmente, no dia 30 de outubro escreveu-se mais uma página de sucesso no historial da instituição, com a inauguração das suas novas instalações na principal artéria da cidade de Aveiro, uma opção que dota a nova estrutura de visibilidade, centralidade e boas acessibilidades, no meio da comunidade local.

Dependências esteve presente na inauguração e entrevistou Mário Soares, presidente do CARDA...



MÁRIO SOARES, PRESIDENTE DO CARDA

**Hoje, é um dia diferente para os alcoólicos recuperados de Aveiro, fruto da inauguração destas instalações... Que significado representa para vocês?**

**Mário Soares (MS)** – É um marco na história... é uma vitória depois de um esforço grande, depois de termos passado pelo que passámos, nomeadamente eu, que creio que consegui manter-me de pé e transplantar todo o trabalho que tinha sido feito na iniciação desta associação para ainda hoje estarmos a conseguir fazer um trabalho de excelência. É extremamente importante termos as pessoas presentes e saberem que, efetivamente, estamos a fazer um trabalho de qualidade. Não estamos abertos por estar. Ter uma associação é muito fácil, mas é preciso saber dirigi-la, ter uma equipa de trabalho como a que temos, espetacular...

**O que vos distingue dos alcoólicos anónimos?**

**MS** – Boa questão... Eu não discordo do trabalho que os AA fazem, simplesmente é diferente. Já tivemos aqui muitas pessoas que vieram ter connosco que andavam nos AA e que não tinham conseguido resolver os seus problemas. Na minha opinião, o mais importante aqui é poder-

mos dar a cara... somos pessoas livres, cada um decide o que fazer com a sua privacidade... Eu não posso saber se o AA é ou não recuperado...

**Afirmou que esta é uma associação de pessoas que se juntam com o intuito de resolverem os seus problemas e não uma irmandade...**

**MS** – Sim e tenho conhecimento de doentes nossos que chegaram a pagar mais de mil contos para poderem estar internados durante um mês e fazerem desintoxicação nos AA e a maior parte voltou ao mesmo... Portanto, na minha opinião, aquilo é um negócio... A informação de que disponho é que costumam pedir dinheiro no final das reuniões, têm clínicas para quem trabalham e, quando veem que há dinheiro, tentam sensibilizar os doentes para irem para essas clínicas de forma discriminada para tentarem obter lucro... aqui não trabalhamos assim.

**Foi-nos possível testemunhar que dispõem de equipas técnicas especializadas... Como conseguem viabilizar financeiramente o projeto?**

**MS** – Temos um acordo atípico com a Segurança Social, que suporta a maioria das despesas desta associação. Além disso, temos ajudas das entidades oficiais, nomeadamente a Câmara Municipal e a União de Freguesias, bem como de alguns amigos que veem esta causa como válida e útil. Não é fácil porque as despesas são enormíssimas – pagamos 14 meses de salários quando apenas recebemos 12 meses, suportamos deslocações constantes a Coimbra, apoiamos utentes em domínios como a alimentação, a medicação e até rendas de habitação... felizmente, não temos tido nos últimos anos grandes problemas a nível financeiro, o que implica muito trabalho. De salientar que os membros da direcção são totalmente voluntários, não usufruindo de qualquer remuneração, ao contrário de dirigentes de outras associações que são pagos para fazer o seu trabalho.

**Intitulam-se como uma instituição de ajuda... quem ajudam?**

**MS** – As pessoas que têm problemas com o álcool e as suas famílias, que também acabam, de certa forma, por ficar doentes face a este problema. O nosso lema é a recuperação antes, durante e depois. Cerca de 1200 doentes passaram por cá e 80% ficaram bem. Não tenho dúvidas em afirmar que seremos a instituição do género que maior taxa de recuperação evidencia a nível nacional, em grupos de apoio gr4aças ao despenho dos nossos colaboradores e voluntários.

**Quando diz tratar-se de um grupo de apoio, quer dizer que não se substitui aos profissionais de saúde?**

**MS** – Absolutamente. Tanto mais que trabalhamos em articulação com a Unidade de Alcoologia de Coimbra, exatamente porque essa base ultrapassa-nos. Nós trabalhamos na área social e da psicologia e temos os médicos com quem articulamos e trabalhamos, como a Dra. Ana Feijão, da UAC, além dos médicos dos centros de saúde. Agora, creio que há lacunas na articulação, nomeadamente entre os centros de saúde e as instituições que podem fazer um melhor trabalho para além da medicação, que é o nosso caso. Se o nosso problema passasse por tomar um comprimido e ficar bem, não precisaríamos de outro tipo de cuidados, mas não é assim...

**O vosso utente vem para a instituição depois de ser tratado na especialidade?**

**MS** – Não, o nosso trabalho começa antes... Quando veem cá pedir-nos ajuda, fazemos aqui a preparação do utente, nomeadamente a sensibilização para que estejam preparados para o caminho a seguir e só depois fazemos as marcações de consultas na UAC, onde os acompanhamos. Se o tratamento for em ambulatório, seremos sempre uma retaguarda do serviço de saúde. Creio que somos um elo importante porque só a medicação não chega para resolver os problemas das pessoas. Tem que haver alguém que os apoie e nós somos um elo de ligação entre o doente, a área da saúde e a sua recuperação total.

**Como se chega a uma situação de alcoolismo?**

**MS** – O meu caso pessoal tem a ver com a guerra do ultramar. Claro que estou a falar por mim, porque os casos assumem particularidades relevan-

tes... estive em Angola ainda muito novo, com 20 anos, onde adquiri hábitos de consumo de álcool. Bebíamos regularmente, o tal problema do beber para esquecer, não havia a informação que existe hoje e isso foi criando habitação no meu organismo. Quando cheguei de lá, vinha completamente desvairado com o problema do álcool, mas nunca admiti que tinha esse problema. Era, como hoje é socialmente aceite, não havia informação relativamente à recuperação e continuei a beber cada vez mais. Era um bom comerciante em Aveiro, fiquei sem nada, tive um acidente de viação grave e estive envolvido na morte de uma pessoa, pai, com 38 anos, uma grande mágoa que ainda hoje recordo, embora não tivesse tido culpa no acidente, a verdade é que em condições normais o teria evitado. E isso obrigou-me também a pagar uma avultada indemnização... continuei, perdia empregos em todo o lado por causa do álcool – começava a beber de manhã – até que comecei a trabalhar numa fábrica, arranjava justificações para faltas... até que um dia decidi fazer o tratamento, embora nunca me tivesse convencido de que iria resultar. Fui a Coimbra, foi-me diagnosticado um alcoolismo crónico associado a stress pós-traumático de guerra, fiz o meu tratamento, até que ao final de três ou quatro dias de lá estar, comecei a “arrumar o sótão”, a colocar as ideias em ordem e a ver que seria possível partir para outra. Já não bebo há 25 anos, entretanto surgiu a ideia de formar uma instituição em Aveiro para apoiar os alcoólicos e avancei com algumas pessoas para essa nova fase. Daí nasceu o CARDA e confesso que fiquei impressionado por, ao fim de dois meses de abertura numa pequena sala, terem aparecido mais de 300 pessoas a pedir ajuda. Era a prova evidente de que faltava algo, um local onde as pessoas pudessem dirigir-se quando tinham problemas como este.

**Como se vive com uma doença crónica?**

**MS** – Passa por uma questão de preparação, de mentalidade, creio que me preparei bem a nível psicológico para poder enfrentar a sociedade em dias difíceis, até porque todos os locais onde nos inserimos têm álcool e é necessárias uma grande força de vontade para dizer não. Preparei-me, foi difícil ao início porque sentia alguma vergonha do que tinha feito, mas depois comecei a ser chamado a testemunhar o meu caso na comunicação social, na assembleia da república, onde trabalhei como voluntário numa equipa de apoio à pobreza...

**Afirmou que na altura em que se tornou dependente não havia muita informação, mas a verdade é que, hoje, essa informação abunda e, no entanto, com tanta publicidade e facilidade de acesso, parece haver um certo impulso ao consumo de uma das substâncias mais consumidas no mundo...**

**MS** – É verdade. Creio que o Estado devia ter mão pesada, nomeadamente no que respeita à publicidade... As praxes académicas são patrocinadas por bebidas alcoólicas, temos o caso recente do Pavilhão Rosa Mota... isto é um incentivo aos jovens, para beberem.... normalmente só depois de o mal acontecer é que se colocam trancas na porta, mas devíamos preparar as pessoas atempadamente.

**Tantos alcoólicos no país e tão poucos CARDAS...**

**MS** – Se calhar porque há poucas pessoas com motivação para o fazer. Nós fundámos algumas associações e pólos, nomeadamente em Santa Maria da Feira, Nogueira da Regedoura e Vagos e estamos em vias de fundar mais. Tem de haver uma maior distribuição destes órgãos para podermos estar presentes no sítio certo e dar conhecimento de que as respostas existem e que existe um apoio daquele lado.

**O que falta fazer para que se saiba beber?**

**MS** – Falta tudo! Falta informação, preparação e sensibilização. As pessoas têm que perceber que tudo o que é demais é nocivo. Nós não temos nada contra o álcool, achamos que quem é saudável e não tem problemas relacionados com o alcoolismo pode continuar a beber o seu copo à refeição. Não somos contra o consumo, mas contra o abuso. Também falta algum apoio das entidades oficiais... publicar leis é fácil, mas assegurar a sua prática... falta sensibilizar as pessoas que trabalham atrás de um balcão. Devíamos encontrar alguém ligado a esta área, nomeadamente nestas associações, com carta branca para poder atuar, chamar as entidades oficiais em casos de incumprimentos.



SICAD desenvolveu mais uma publicação na área dos comportamentos aditivos sem substância “Jogo com mais Saúde: Para uma política de jogo responsável”.

Este documento visa oferecer um enquadramento concetual sobre o Jogo Responsável, tendo sido elaborado sob um ponto de vista da saúde pública, salientando os ganhos em saúde que podem decorrer da implementação de políticas e intervenções específicas neste domínio.

## Conselho Científico-Pedagógico da Formação Contínua do ME renova acreditação ao SICAD

O SICAD tem entre as suas atribuições Promover a formação no domínio das substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das dependências, tendo em vista qualificar os profissionais e os serviços no apoio aos cidadãos e às comunidades.

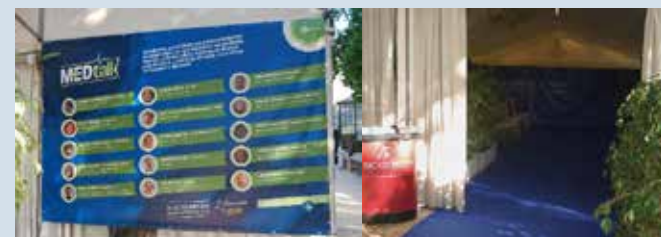
Reconhecido como entidade formadora acreditada, o SICAD viu renovada a sua acreditação pelo Conselho Científico-Pedagógico da Formação Contínua do Ministério da Educação.

## SICAD na Feira da Saúde e Bem-Estar



O SICAD esteve presente na Feira da Saúde e Bem-Estar que decorreu nos dias 9 e 10 de Outubro, no Jardim Botânico da Ajuda. Com o lema “para uma

vida mais saudável” foi programado um conjunto de iniciativas, com destaque para o espaço dedicado às MEDtalks que reuniu profissionais de diferentes áreas da saúde numa conversa informal e que contou com a participação da Assessora da Coordenação Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool, Teresa Caeiro.



## João Goulão participa em conferência organizada pelo Grupo Pompidou

Realizou-se nos dias 30 e 31 de outubro, na cidade do México, a conferência “Cooperação Internacional para o alinhamento das políticas de droga com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável”, organizada pelo Grupo Pompidou e pelo Ministério dos Negócios Estrangeiros do México.

João Goulão, Coordenador Nacional para os Problemas da Droga, da Toxicodependência e do Uso Nocivo do Álcool, participou no evento na qualidade de representante da presidência Portuguesa do Grupo Pompidou do Conselho da Europa para o período



Durante o mês de outubro, o SICAD promoveu quatro ações de formação sobre Comportamentos aditivos e Dependências: Instrumentos de Rastreio, que teve como objetivo dotar os profissionais de competências operacionais para a aplicação de instrumentos de rastreio e avaliação; Competências dos Interventores em RRMD em CAD, que se propôs capacitar os profissionais para a intervenção em RRMD, tendo em consideração a multiplicidade de metodologias e contextos envolvidos; Inovação e Pragmatismo em RRMD, destinada a proporcionar um campo de reflexão sobre a importância e a necessidade de novas respostas na área da redução de riscos e minimização de danos e Questões do Consumo de Álcool em Contexto Noturno, que se propôs a dotar os profissionais de estabelecimentos e espaços noturnos de conhecimentos teórico-práticos em matéria do consumo de álcool, permitindo-lhes desenvolver competências pessoais e sociais na prevenção e na atuação rápida em situações de risco de consumo excessivo de álcool, em contexto noturno.

Estas ações de formação tiveram lugar no SICAD e reuniram no total cerca de 66 participantes, ao longo de 42 horas de aprendizagem.

O painel de formadores contou com a presença de Graça Vilar (SICAD), Domingos Duran (SICAD), João Domingues (SICAD), Cristiana Pires (Associação Kosmicare) e Ricardo Fuertes (CML).



# É um restaurante e é um projeto social com um sabor muito especial



Não damos comida, ensinamos a cozinhar...mas não só. Pelas mãos da Associação CRESCER, esta iniciativa dá formação e cria oportunidades de emprego a pessoas em situação vulnerável

Lisboa, 15 de outubro – A Associação CRESCER, fundada em 2001, atua desde então na área de intervenção comunitária na cidade de Lisboa. O seu mais recente projeto, É UM RESTAURANTE, vem no seguimento de outras iniciativas como É UMA RUA, É UMA CASA, Lisboa Housing First ou É UMA VIDA, entre outras intervenções que a associação tem vindo a desenvolver com vista à inclusão e melhoria da qualidade de vida de pessoas em situação vulnerável.

O É UM RESTAURANTE é exactamente isso, um restaurante, e é agora uma realidade que tem como objetivo dar formação e criar oportunidades de emprego na área da restauração, a pessoas em condição de sem abrigo.

A ideia que nasceu em 2016, cresce agora com o apoio da Câmara Municipal de Lisboa, que está ao lado da CRESCER desde o seu início, e que cedeu o espaço, além da sua contribuição financeira para a viabilização do projeto. Mas conta também com outros parceiros, como a Escola de Hotelaria e Turismo de Lisboa (EHTL), com o importante contributo a nível formativo, o Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), entidade promotora da formação, o Instituto da Segurança Social, IP (IS-S,IP), que contribui com apoio técnico e financeiro para os recursos humanos afetos ao projeto, e a Stavros Niarchos Foundation e o WiZink Bank que contribuem para a implementação do projeto, entre várias outras entidades solidárias que

quiseram apoiar e ajudar a tornar esta ideia uma realidade, como a SIC Esperança que atribuiu à Associação um Prémio Especial 15 anos SIC Esperança – Delta em 2018, o que possibilitou a aquisição do equipamento de cozinha.

Com uma missão muito clara de grande consciência e relevância social, esta iniciativa é liderada por Américo Nave, diretor executivo da CRESCER, e conta com a curadoria do chef Nuno Bergonse, que desenvolveu todo o conceito gastronómico e que, estando presente desde o início, apadrinha esta causa. Casual fine dining, comida de conforto e de

partilha, com alguma sofisticação, e enquadrada na vida da cidade onde se encontra, é a proposta do jovem chef, que conta já com reconhecida experiência.

O espaço, o ambiente e o serviço, acompanham esta tendência e convidam a uma experiência gastronómica, com um sabor especial...

seguida, na EPHTL iniciarem a formação técnica de cozinha e sala. Estes conhecimentos são depois postos em prática no “É UM RESTAURANTE”, de forma faseada e com horários parciais, uma vez que se trata de pessoas em situações muito fragilizadas que necessitam de, passo a passo, voltar a acreditar. Aqui, durante 6 meses, usufruem de uma formação continuada e acompanhada por um chef executivo e um chef de sala experientes na área, que completam a equipa do É UM RESTAURANTE.

Este percurso é apenas o início de uma nova vida, ou assim é o objetivo desta iniciativa. Capacitar estas pessoas e ajudá-las a ganhar competências que continuarão a desenvolver no passo seguinte, num estágio em vários restaurantes parceiros em Lisboa, com vista à integração no mercado de trabalho, é o caminho para o sucesso desta aposta da Associação CRESCER.

O É UM RESTAURANTE é um projeto ambicioso e com objetivos bem definidos, que abarca, por um lado, uma estratégia de inclusão social inteligente, que proporciona formação e trabalho a

pessoas que vivem ou viveram em situação de sem abrigo, e por outro um restaurante de conceito para um público cada vez mais exigente, com uma carta de autor, um ambiente e estilo próprios, numa das zonas mais prestigiadas de Lisboa.

Mas no fim, e no início, É UM RESTAURANTE.

Inaugurado a 26 de setembro, e aberto ao público desde 1 de outubro, esta iniciativa da Associação CRESCER, que tem como embaixador o chef Nuno Bergonse, conta ainda com o apoio de vários outros parceiros: Delta Cafés, Makro, Fundação Ageas, Fundação Montepio, Estúdio Jaca, Prochef, L'Vivo, Adega Mayor, Monte da Raposinha, c2catering, Bimby, Crack Kids, Wock, Celeste Machado, The Hotel, e Chefs Agency.

Horário: Terça a Sábado das 20h00 às 23h00

Contactos: Tm – 351 213 620 192 E-mail - [info@eumrestaurante.pt](mailto:info@eumrestaurante.pt)



# Quem cuida dos cuidadores: burnout e exaustão nos locais de trabalho

## Unidade de Alcoologia de Coimbra prossegue com a tradição da formação coimbrã



A Unidade de Alcoologia de Coimbra continua a diferenciar-se no panorama nacional, enquanto entidade prestadora de cuidados na área dos comportamentos aditivos e dependências, pela componente de oferta formativa. O projeto Ciclos Temáticos de Formação em Alcoologia da Unidade de Alcoologia de Coimbra vai já no seu quarto ano de atividade, com uma periodicidade e diversificação de temáticas assinaláveis, tendo já conquistado um lugar especial na agenda da comunidade local interventora nas áreas social e da saúde.

No dia 9 de outubro, a historiadora Raquel Varela foi a convidada para desenvolver uma preleção em torno do tema “Quem cuida dos cuidadores: burnout e exaustão nos locais de trabalho!”. Dependências esteve presente no evento e entrevistou a preleitora...



RAQUEL VARELA

**Pedia-lhe uma sinopse do que nos traz a esta ação de formação?**

**Raquel Varela** – Hoje, falamos falar sobre burnout, exaustão e desgaste nos locais de trabalho. Não há dúvida nenhuma de que existe uma grande relação entre o sofrimento, a ausência de saúde mental e a orga-

nização dos locais de trabalho. É preciso estabelecer essas relações e compreender o que se passa nos locais de trabalho para diminuir o sofrimento e garantir saúde mental às pessoas, como é óbvio.

**Neste contexto de trabalho em que se tratam pessoas com dependências é provável que o sofrimento partilhado pelos utentes agrave a exposição dos técnicos ao risco de exaustão...**

**RV** – Sem dúvida alguma... E os próprios técnicos também são trabalhadores e também têm uma má organização de trabalho, o que afeta a saúde de todos. No caso das dependências, temos muitos comportamentos de auto doping para aguentar os ritmos de trabalho... É difícil estabelecer o que é dependência, auto doping ou as duas coisas em simultâneo. Mas não há dúvida nenhuma de que os locais de trabalho potenciam esse tipo de comportamentos.

**E por se tratar do setor público, em que não existe propriamente uma figura dominante muito presente, como acontece mais vulgarmente no privado, esse fator poderá agravar o cenário quando pensamos em relações também de menor proximidade e conhecimento?**

**RV** – O que agrava o cenário é a ausência de investimento e contratações em mão de obra especializada, a ausência de uma organização cuidada nos locais de trabalho... Se o setor público é descapitalizado, sim, isso agrava o cenário.

**Isso também se reflete no serviço prestado e na qualidade assistencial aos utentes...**

**RV** – Sem dúvida alguma.

**O que poderá fazer-se para alterar o quadro atual?**

**RV** – Pode dotar-se o SNS de um bom orçamento, que neste momento não tem, pode retornar-se à gestão democrática e respeitar todos os profissionais de saúde, não só como executores mas também como gente que pensa o que executa... pelo menos essas duas medidas são fundamentais.