

APEDD organiza Congresso Nacional de Adictologia::

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

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

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

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



**JOÃO CURTO,  
PRESIDENTE DA  
APEDD**

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

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

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

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

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





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

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

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

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

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



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

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

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

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



# O que esperam os decisores políticos

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



**CARLA CRUZ, PCP**

**“Sempre nos opusemos à desintegração dos serviços”**

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

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

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



**JOÃO TORRES, PS**

***“Faremos o possível para inverter o quadro actual”***

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

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

**LAURA MAGALHÃES, PSD**

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

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

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

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

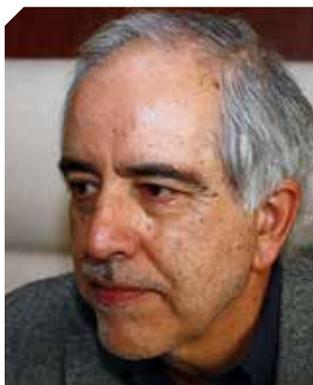
**MOISÉS FERREIRA, BE**

***“Promover novamente uma integração”***

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

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





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

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

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

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

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

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

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

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

**Que recursos existem actualmente nestes CRI do Centro?**

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

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

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



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

#### **O que está a acontecer a esses novos utentes?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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





**CRISTINA BARROSO,  
COORDENADORA DO  
CRI DE LEIRIA**

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

**Após a integração das uni-  
dades de intervenção local**

**nas ARS, vários CRI têm reclamado perdas de recursos...**

**Como avalia a situação actual do CRI de Leiria?**

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

**A ARS do Centro tem conhecimento destas situações?**

**CB** – Sim, a ARS tem conhecimento.

**E que respostas vos tem dado?**

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

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

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

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

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

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

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

**Por quantas horas semanais de médicos são servidos?**

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

**Poderá estar em questão a continuidade do serviço?**

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

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

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





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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Estará a infecção subdiagnosticada?**

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

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

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

