

dependências

OS MÍSEROS 24 EUROS PAGOS PELO ESTADO ÀS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

CRISTINA VALENTE, PRESIDENTE DA
DIREÇÃO DO GEPCOI

**VIH, HEPATITES E
OUTRAS COINFEÇÕES**



MANUEL PIZARRO, MINISTRO DA SAÚDE

**SAÚDE MENTAL:
DESCENTRALIZAR E
COMBATER O ESTIGMA**



CRISTINA VIEIRA, PRESIDENTE DA
C.M. MARCO DE CANAVESES

**UM EXEMPLO DE
DEMOCRACIA
PARTICIPATIVA**



**LISBON
ADDICTIONS
2022**

Global Addictions
23–25 Novembro

LISBOA, PORTUGAL

OS MÍSEROS 24 EUROS PAGOS PELO ESTADO ÀS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS



A crescente inflação, conjugada com o escalar dos preços dos bens de primeira necessidade, das matérias-primas, eletricidade, combustíveis, gás, e a subida das taxas de juro, se estão a colocar enorme pressão na economia nacional, como será a situação nas comunidades terapêuticas, a viverem há anos uma preocupante situação económica e financeira, que já levou ao encerramento de mais de duas dezenas de instituições?

Quando falamos de Comunidades Terapêuticas, estamos a falar de unidades especializadas que prestam cuidados de saúde a doentes com comportamentos aditivos e dependências. E também de instituições que, graças à qualidade implementada e aos resultados obtidos, muito ajudaram a colocar Portugal no mapa de excelência do tratamento a nível mundial, graças a um muito significativo investimento em recursos humanos e físicos, parte do qual imposto pelo estado.

Entretanto, nos últimos anos, começaram a surgir e cada vez mais, utentes com múltiplas complicações orgânicas e psicopatológicas decorrente dos longos anos de consumo. Esta nova realidade requer uma supervisão e articulação constante com os centros de respostas integradas, unidades hospitalares e de saúde mental. As Comunidades Terapêuticas, para aumentar a eficácia das respostas, apetrecharam-se, de equipas técnicas capazes de conseguir dar respostas à exigência dos quadros clínicos apresentados, tendo serviços de medicina, enfermagem, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. Face à complexidade clínica, cada vez maior, apresentada pelos utentes, os mesmos carecem de acompanhamento especializado a consultas de especialidade nos hospitais centrais. A crescer a toda esta logística que acarreta custos significativos ao nível técnico e financeiro, as Comunidades Terapêuticas continuam a oferecer cama, dormida e roupa lavada, e cinco (5!) refeições diárias, recebendo do estado uns míseros 24 euros por dia e por utente. Nem para dormir numa pensão de vão de escada este valor chegaria!

Talvez isto possa explicar a difícil situação e a crise financeira que afeta gravemente estas instituições, que continuam a endividar-se porque se recusam atirar os doentes para a rua de onde saíram. Pior, é o facto de o Ministério da Saúde há mais de 14 anos continuar a não cumprir com a lei de financiamento das comunidades terapêuticas, que continuam sem perceber a surdez da classe política. Esta, apesar de reconhecer o empenho, dedicação, diversidade, eficiência e importância no tratamento e nos serviços prestados, continua a deixar estas instituições à espera que se faça justiça... E falamos de unidades de saúde a quem o estado delega uma importantíssima missão, e sem as quais dependeria certamente muito mais recursos do erário público. A isto devo chamar, no mínimo, aproveitamento, para não usar um adjetivo mais duro.

Estamos a falar de doentes que, na sequência dos seus consumos agudizam patologias prévias (orgânicas e psicopatológicas), necessitando de cuidados de saúde imediatos, sendo internados em hospitais centrais, ocupando camas de internamento que custam centenas de euros por dia, muito longe de 1 euro por hora que o Estado paga às Comunidades Terapêuticas. Os hospitais, reconhecendo a importância do trabalho desenvolvido nestas unidades, são os primeiros a recorrer a elas, via Centro de Respostas Integradas, libertando muitas centenas de camas que muitas faltas fazem ao Serviço Nacional de Saúde, e assim poupam muitos milhões de euros.

As exigências são cada vez maiores, mas os financiamentos estão estagnados há mais de 14 anos. As comunidades terapêuticas já estão cansadas de assistir a um grotesco silêncio do Ministério da Saúde, apesar de ao longo dos anos terem vindo a alertar para o fenómeno do desinvestimento nesta importante área de intervenção que, não obstante o reconhecimento internacional, os sucessivos governos e responsáveis políticos teimam em nada fazer para resolver um problema que poderá vir a representar o “despejo” e devolução de centenas de utentes com CAD nas ruas.

Se estas instituições se arrastavam em dificuldades há alguns anos, hoje estão no limite e à beira da falência. Já não conseguem suportar os custos operacionais, o setor caminha para a insolvência, e o silêncio do Ministério da Saúde começa a ser ensurdecedor. Estamos a falar de instituições que tratam pessoas, doentes crónicos que, à medida que o tempo e a crise do custo de vida se aprofundam, temem pelo fim do seu tratamento e pelo seu encerramento. As comunidades Terapêuticas e os seus trabalhadores, os profissionais de saúde, as famílias e os doentes têm toda a razão e autoridade para reclamar do governo uma resposta aos gravíssimos problemas existentes na área dos CAD. Já passaram muitos anos de silêncios e cumplicidades, de promessas e adiamentos de cada um e de tantos responsáveis políticos. Uns porque foram os coveiros de um organismo que tutelava um modelo de respostas e intervenção que produzia ganhos em saúde e outros que nunca tiveram a coragem de o desenterrar.

Não, ninguém entende esta situação irracional que se arrasta há mais de uma dezena de anos, com a progressiva destruição de uma das mais eficazes redes de serviços de intervenção nos comportamentos aditivos e dependências, e muito menos se entende se olharmos para os ganhos em vida e em saúde duma população afetada por uma das mais terríveis doenças crónicas vividas no nosso país. Haja coragem, porque já ninguém tem paciência...

Sérgio Oliveira, director

OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA REVELA TIPO DE CONSUMIDOR DE COCAÍNA EM PORTUGAL

Promovido pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência, o inquérito 'online', de autopreenchimento, teve como população-alvos utilizadores de drogas com 18 ou mais anos em cerca de 30 países, entre os quais Portugal, e foi aplicado entre março e maio de 2021.

Em Portugal, a amostra contou com 652 consumidores de cocaína pó, refere o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), que promoveu o Inquérito Online Europeu sobre Drogas em Portugal, que teve como objetivo "aprofundar o conhecimento sobre os padrões de utilização de drogas ilícitas, visando a melhor adequação das políticas públicas".

Analisando o perfil do consumidor, o estudo concluiu que 69% são homens e jovens: 42% tem idades entre os 25 e os 34 anos, 32% entre os 18 e os 24 anos, 18% entre 35 e 44 anos, 7% entre 45 e 54 anos e 1% entre 55 e 64 anos.

Concluiu também que 41% dos inquiridos são licenciados, 20% estão a frequentar o ensino superior, 26% têm o ensino secundário completo e 7% estão a frequentá-lo. Os restantes têm escolaridade inferior.

Quase metade dos inquiridos (49%) são empregados por conta de outrem a tempo inteiro (mais 4% em part-time), 10% por conta própria a tempo inteiro (mais 2% em part-time), 16% são estudantes e 6% são trabalhadores-estudantes). Os restantes não estão empregados.

Um terço vive com os pais, 21% vivem maritalmente sem filhos (mais 7% com filhos), 18% vivem sozinhos, 14% partilham casa com amigos ou colegas e os restantes enquadram outro tipo de situações.

De acordo com o inquérito "Como é o consumo de cocaína em Portugal?", 46% dos participantes têm um rendimento mensal entre 500 e 1.000 euros, 25% têm um rendimento líquido inferior a 500 euros mensais, 23% ganham entre 1.000 a 2.000 e os restantes mais de 2.000 euros.

Questionados sobre com quantas pessoas partilharam a cocaína no último consumo, 39% afirmaram com duas a três pessoas, 24% com quatro a cinco pessoas, 22% com uma pessoa, 7% partilham com seis ou mais pessoas, enquanto 8% disseram ter consumido sozinho.

Relativamente aos motivos para consumir cocaína, 74% disseram que foi para ficar com a "moca", divertir-se, 50% apontaram a socialização, 18% para reduzir o 'stress', 12% para experimentar, 10% Para melhorar o desempenho (escola, desporto, trabalho, etc.), 9% para tratar a depressão/ansiedade, 1% para reduzir a dor/inflamação e 0,9% para melhorar o sono.

Quanto à frequência do consumo em número de dias nos últimos 12 meses, mais de metade (54%) disse tê-lo feito entre 1 a 5 dias, 13% entre 6 a 10 dias, 11% consumiram mais de 51 dias e 10% entre 21 a 50 dias, sendo a quantidade, em média, 0,7 gramas por dia.

Frequência (nº de dias) do consumo nos últimos 12 meses (%)

(n=643)



Consumo pontual: 54% consumiram em 1 a 5 dias nos últimos 12 meses



Gramas de pó num dia típico (n=611)
0,7 gramas/dia (média)

DROGAS?

Como é o consumo de **COCAÍNA** em Portugal?



European Web Survey on Drugs

Inquérito Online Europeu sobre Drogas - Portugal 2021

Inquérito online de autopreenchimento, da iniciativa do Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência dirigido a utilizadores de drogas com 18 ou mais anos, aplicado entre março e maio de 2021, em cerca de 30 países europeus, entre os quais Portugal, através do SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Tem como objetivo aprofundar o conhecimento sobre os padrões de utilização de drogas ilícitas, visando a melhor adequação das políticas públicas.

Participaram neste inquérito 652 consumidores de **COCAÍNA PÓ** (cloridrato) em Portugal.

CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA DE CONSUMIDORES DE COCAÍNA PÓ EM PORTUGAL

- ✓ 69% do sexo masculino (n=651), 65% do género masculino, 0,6% de género não binário (n=647).
- ✓ 32% de 18-24 anos, 42% de 25-34 anos, 18% de 35-44 anos, 7% de 45-54 anos, 1% de 55-64 anos (n=652).
- ✓ 41% com ensino superior completo (+20% a frequentar), 26% com ensino secundário completo (+7% a frequentar), restantes com escolaridade inferior (n=604).
- ✓ 49% empregados por conta de outrem a tempo inteiro (+ 4% em part-time), 10% por conta própria a tempo inteiro (+2% em part-time), 16% exclusivamente estudantes (+6% trabalhadores-estudantes), restantes não empregados (n=423).
- ✓ 33% vivem com os pais, 21% vivem maritalmente sem filhos (+7% com filhos), 18% vivem sozinhos, 14% partilham casa com amigos ou colegas, restantes são outro tipo de situações (n=422).
- ✓ 25% têm um rendimento líquido inferior a 500€ mensais, 46% igual ou superior a 500€ e inferior a 1000€, 23% igual ou superior a 1000€ e inferior a 2000€, os restantes com 2000€ ou mais (n=498).
- ✓ 74% vivem numa cidade, 16% numa vila e os restantes no campo (n=423).
- ✓ 39% vivem em Lisboa e Vale do Tejo; 35% no Norte; 16% no Centro; 4% no Algarve; 3% no Alentejo; 2% nos Açores; 1% na Madeira (n=403)

Citação: SICAD (2022). Drogas - Como é o consumo de cocaína em Portugal? Resultados do Inquérito Online Europeu sobre Drogas - Padrões de Consumo Portugal 2021. Disponível em sicad.pt.

DROGAS?

Como é o consumo de **COCAÍNA** em Portugal?

Forma de consumo usual

(n=652)

INALAR PELO NARIZ (98%)

FUMAR NO CIGARRO (5%)

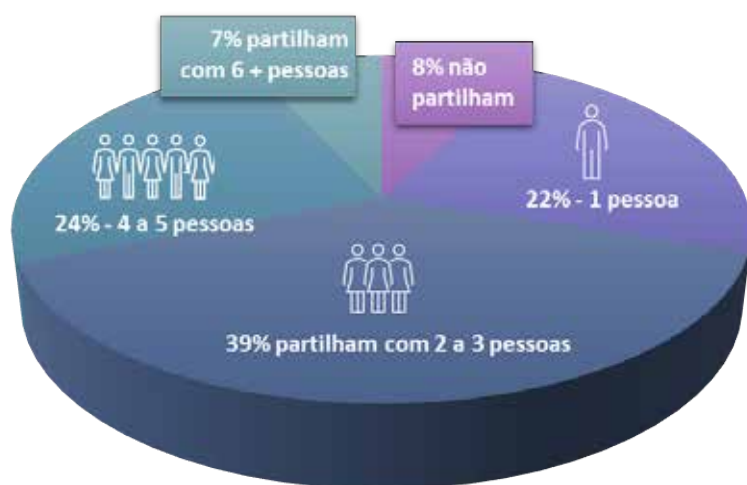
FUMAR NO CACHIMBO (4%)

DISSOLVER NA BOCA (4%)

FUMAR NA PRATA (1%)

ENGOLIR (só/com bebida) (1%)

INJETAR (0,9%)



Nº de pessoas com quem partilharam cocaína no último consumo

(n=545)

MOTIVOS PARA CONSUMIR COCAÍNA

- ✓ Para ficar com a "moca"/me divertir (74%)
- ✓ Para socializar (50%)
- ✓ Para reduzir o stress/relaxar (18%)
- ✓ Para experimentar (12%)
- ✓ Para melhorar o desempenho (escola/desporto/trabalho, etc) (10%)
- ✓ Para tratar a depressão/ansiedade (9%)
- ✓ Para reduzir a dor/inflamação (1%)
- ✓ Para melhorar o sono (0,9%)

(n=652)

CAPTAGON: “DROGA DOS JIHADISTAS” CRESCER E JÁ INVADIU A EUROPA



Depois de um crescimento exponencial no consumo e no mercado dos estupefacientes, quando da eclosão da guerra na Síria, o Captagon, conhecido como ‘a droga dos jihadistas’, continua a ganhar terreno nos países do Golfo Pérsico, tendo já mesmo ultrapassado as fronteiras do mundo árabe e entrado na Europa, onde é cada vez uma maior preocupação das autoridades.

De acordo com o Gabinete Anti estupefacientes de França (OFAST), no último ano registou-se um “crescimento exponencial” do tráfico de droga, demonstrado também pela aparição “de novos produtos estupefacientes”. Ao ABC.es, a OFAST adianta que os serviços policiais das alfândegas em França apreenderam, em 2021, mais 30% de produto estupefaciente, face ao apreendido no ano anterior.

“Apareceram outros produtos no mercado das drogas. À cocaína, canábida, heroína ou ecstasy, junta-se agora o Captagon, uma droga terrível, por várias razões, é muito barata e, sabemos há vários anos, que é um estimulante, uma arma e um mercado crescente para grupos terroristas”, explica um porta-voz da OFAST.

O QUE É O CAPTAGON?

Foi criado pela primeira vez em 1961, como uma alternativa às anfetaminas e às metanfetaminas, usado para tratar casos de défice de atenção, hiperatividade ou depressão. A droga nunca teve aprovação dos organismos reguladores, já que a comunidade médica determinou que as propriedades aditivas do Captagon não compensavam os benefícios clínicos. A produção da droga foi declarada ilegal em 1986, mas continuou a ser fabricada de forma ilícita.

Acredita-se que tenha entrado no Médio Oriente através de gangs da Turquia e Bulgária. Hoje em dia, apresenta-se como comprimidos, de cor castanha, branca, amarelada ou acinzentada, que já raramente contêm fenetilina, substância que as primeiras versões da droga continham. Em vez disso, o Captagon é composto por derivados de anfetaminas, cafeína e outros estimulantes, quinino e paracetamol.

QUE EFEITOS CAUSA?

O Captagon é uma anfetamina altamente viciante, que estimula o sistema nervoso central, aumentando a concentração e o estado de alerta, permitindo que os utilizadores passem várias horas acordados.

Se há quem a use nas frentes de guerra no Médio Oriente e relate sentir-se “invencível”, a maioria de quem consome Captagon relata um sentimento de euforia moderada, desinibição e aumento de energia. A substância causa também uma insensibilidade à dor física.

A longo-prazo, o seu consumo causa efeitos secundários graves, como alucinações, náuseas e vômitos, convulsões, pressão arterial elevada, palpitações, problemas respiratórios, distúrbios gastrointestinais, dores nos músculos e articulações, oscilações de humor, sentimentos de raiva e irritabilidade.

COMO SE TORNOU NA ‘DROGA DOS JIHADISTAS’?

Após começar o conflito na Síria, surgiram relatos de que, em ambas as frentes de batalha, os jihadistas estavam a tomar Captagon para aguentarem mais tempo em combate e em período de vigia. Terroristas do Daesh relatavam sentir “poderes sobrenaturais” quando tomavam a droga, o que também levou a um aumento da popularidade do consumo.

Até então, principalmente na Arábia Saudita, era habitualmente utilizada por estudantes antes dos exames e por jovens em festas. Dados de 2015, denotam que 40% dos toxicodependentes que consumiam Captagon no país tinham entre 12 e 22 anos. Acredita-se que a Síria se tenha tornado no ‘ponto-quente’ do Captagon não só devido aos jihadistas terroristas que tomam a droga, como também dado o facto de estar ‘rodeada’ dos principais mercados do Captagon, O Iraque, a Jordânia, o Líbano, o Egito a Arábia Saudita ou os Emirados Árabes Unidos.

Assim, o tráfico de Captagon tornou-se numa importante fonte de receita para grupos jihadistas, como o Hezbollah, que usa os lucros do tráfico de droga para financiar atentados terroristas.

UMA AMEAÇA QUE JÁ CHEGOU À EUROPA

A Europol já classifica a Síria como “estado narcotraficante” e as autoridades europeias manifestam preocupação crescente com a introdução do Captagon no mercado da Europa. Nos últimos anos, são habituais as apreensões da droga feitas em carregamentos de laranjas que partem de portos no Líbano. Itália e França são grandes consumidoras de produtos agrícolas turcos e libaneses, uma rota comercial que pode permitir uma maior propagação da ‘droga dos jihadistas’. Por exemplo, o terrorista que encetou o ataque em Nice, França, a 14 de julho de 2016, conduzindo um camião carregado de explosivos que abalroou uma multidão, matando 86 pessoas e ferido outras 458, era consumidor habitual de Captagon.

Segundo o OFAST, esta droga é “barata, acessível” e tem crescido exponencialmente devido a um “relativo desconhecimento” do mundo ocidental com o Captagon. O organismo alerta para a importância do estudo do fenómeno do tráfico desta droga na Europa, já que, como no caso do terrorista de Nice, o consumo de Captagon pode revelar-se uma pista importante para travar ou combater atentados terroristas, assim como para perceber e antecipar a realidade das operações planeadas pelos jihadistas.

(Multinews - Pedro Zagacho Gonçalves, 3 Out 2022)

UM PÉRIPLO PELAS COINFEÇÕES EMERGENTES E OUTRAS MENOS VALORIZADAS

O Grupo de Estudos Português da Coinfeção realizou, nos dias 14 e 15 de outubro, a sua 15ª reunião nacional. O evento decorreu em Lisboa e, para além de um rico programa científico, inclui ainda o 5º Curso GEPCOI: Conversas sobre VIH, Hepatites e outras Coinfeções e Infecção por Vírus da Hepatite B: O Desafio da Complexidade. Destaque para uma plateia muito jovem e para a inclusão de temas recentes no programa científico, como as coinfeções emergentes com SARS-Cov-2 ou Monkeypox, bem como um especial destaque para o “vírus esquecido”, a Hepatite Delta, e para a Hepatite B.

Dependências marcou presença no evento e entrevistou a Presidente da Direção do GEPCOI, Cristina Valente, e a Presidente da Liga Portuguesa Contra a Sida, Maria Eugénia Saraiva.

CRISTINA VALENTE, PRESIDENTE DA DIREÇÃO DO GEPCOI



Que principais objetivos procuraram atingir com esta 15ª Reunião do GEPCOI?

Cristina Valente (CV) – Partilhar conhecimento, ouvir as experiências de cada um, ouvir as grandes novidades – e no campo das coinfeções não falamos apenas de VIH e hepatites víricas mas também das infeções que surgiram mais recentemente, nomeadamente a Covid 19 e o Monkeypox, além da Hepatite Delta enquanto vírus que tem sido negligenciado.

Estamos perante um programa científico muito vasto e que incide sobre várias patologias, mas igualmente muito orientado para a prática... e vemos muitos jovens na plateia... terão sido igualmente objetivos desta sessão?

CV – Sim, nomeadamente no primeiro dia, em que a reunião foi precedida de um curso exclusivamente dedicado à Hepatite B, uma das situações menos fáceis de gerir na prática clínica e em que até nós, especialistas, continuamos a ter dúvidas. Este é um tema que está a ser debatido com maior detalhe e amanhã continuaremos. Como sempre fizemos, demos a hipótese aos internos e aos recém-especialistas de trazerem os seus trabalhos e partilharem connosco toda a informação que tiverem no campo do VIH e das coinfeções.

A Dra. Cristina Valente vai a meio deste triénio na direção do Grupo... que balanço faz, até ao momento, deste exercício e que futuro nos poderá reservar a sua presidência para o GEPCOI?

CV – Uma das coisas que gostamos de fazer é produzir. Fizemos já um curso sobre hepatites víricas, uma reunião sobre Hepatite Delta, esta é a Reunião Nacional e temos em vista um coorte de registo de dados de Hepatite B e Hepatite Delta, bem como outros que estarão para vir. Também já planeámos, entre janeiro e fevereiro do próximo ano, um curso sobre VIH e hepatites víricas.

Também temos aqui alguns especialistas internacionais... Vai de encontro ao objetivo de partilhar práticas diferenciadas?

CV – Exatamente. Noutros anos, temos tido talvez até maior colaboração de palestrantes estrangeiros, mas também temos de ter a convicção que também sabemos fazer, o que nem sempre temos são as oportunidades que eles têm. O tema para o qual convidámos um palestrante estrangeiro, o Prof. Tarik Asselah, para falar sobre Hepatite Delta porque ele tem uma experiência, além dos ensaios clínicos, de prática clínica com um novo fármaco. E queremos ouvi-lo por se tratar de algo novo também para nós e é completamente diferente ouvir alguém que já tem a sua experiência clínica, tornando mais fácil para nós tratar os nossos doentes e cuidar dos mesmos da melhor forma possível.

Também têm surgido muitas inovações no âmbito da farmacologia, nestas áreas. Falava-se aqui no tratamento com Interferon, que já não faz sentido na Hepatite B e C mas que é utilizado na Delta, no caso da Hepatite C já temos a cura, as vacinas trouxeram imunização ao SARS-Cov-2...

CV – Sem dúvida, tem havido, felizmente, uma enorme evolução e continuam em desenvolvimento moléculas para aqueles vírus que ainda não têm cura, nomeadamente o vírus da Hepatite B e o vírus da Hepatite Delta.

Existe esperança quanto à cura nesses casos?

CV – Sim, há de surgir... a cura já está muito mais próxima do que pensávamos, por exemplo, há 30 anos, visto ser um vírus que é integrado no nosso genoma.

Que panorama traçaria relativamente à sociedade portuguesa ao nível da produção científica nesta área das coinfeções mas igualmente em termos de incidência, prevalência e cuidados e tratamentos aos utentes?

CV – Segundo relatos muito recentes do ECDC, estamos muito bem posicionados. Por um lado, porque divulgamos dados. Ora, se os divulgamos é porque os temos. Em termos de vacinação, somos dos países com maiores taxas de vacinação da Europa. No caso da Hepatite B, temos áreas do país que estão a funcionar melhor, a zona norte está claramente a funcionar muito melhor em termos de cobertura vacinal, e um dos destaques que gostaria de realçar é reforçar a vacinação. Se temos as vacinas disponíveis, por que não utilizá-las e impedir doenças que são passíveis de acontecer e evitáveis por vacina. De uma forma geral, felizmente Portugal tem acesso aos mesmos fármacos, muitas vezes com algum atraso, para o VIH e para as hepatites que têm os outros países e em termos de relatório fico muito feliz por vermos Portugal no mapa, o que significa que temos dados. Portanto, diria que estamos bem posicionados. Quanto a incidências e prevalências, também estamos bem, porque também temos acesso aos tratamentos. O meu sincero receio é que os fluxos migratórios dos povos, nomeadamente com a guerra da Ucrânia, possam contribuir para uma destabilização do nosso cenário.

A esse nível, também sabemos que existe algum acompanhamento dessas populações, nomeadamente pelas equipas de rua e de alguns médicos que se deslocam ao terreno para trabalharem em parcerias com as ONG, no sentido de diagnosticarem precocemente e de encaminharem para tratamento...

CV – Sim, dou os parabéns a muitas ONG. Nomeadamente em Coimbra, onde vivo, temos a Caritas, a Existências e a Fundação Portuguesa Comunidade Luta Contra a Sida, que nos têm referenciado utentes com Hepatite C, Sífilis ou VIH e agradecemos imenso o forte contributo das ONG também para a referenciação e orientação destes doentes.

O que era há uns anos atrás praticamente uma sentença de morte, o diagnóstico destas patologias, já será hoje bem mais leve, com esperança, tratamento, sobrevida e até qualidade de vida...

CV – Sim, é verdade, só temos que esperar mesmo pela cura do VIH, da Hepatite B e da Hepatite Delta mas estamos claramente muito melhor do que estávamos há 30 anos atrás.



MARIA EUGÉNIA SARAIVA, PRESIDENTE DA LIGA PORTUGUESA CONTRA A SIDA



Que importância atribui à realização de eventos como este, com um programa vasto e orientado para a prática clínica e que captou a atenção de muitos jovens?

Maria Eugénia Saraiva (MS) – De facto, uma das coisas que tivemos a oportunidade de constatar foi que este 5º Curso está preenchido com jovens sedentos de saber mais sobre as hepatites e as coinfeções. Eu sou psicóloga clínica e sexóloga e, portanto, faz-me todo o sentido (o saber não ocupa lugar) estar presente, embora tenha aspetos clínicos que eu, também dentro da minha área, posso ficar a saber mais, embora não tanto como estes nossos estudantes, outros já licenciados e outros já na prática inicial da sua vida enquanto médicos. E é com eles que nós trabalhamos, enquanto organizações de base comunitária. É muito importante que estes jovens, quando iniciam a sua carreira enquanto médicos, percebam que existem organizações de base comunitária que podem recebê-los e que precisam deles para chegar aos nossos principais destinatários. E aqui falamos em Hepatite B, Hepatite C mas também nas coinfeções e faz todo o sentido olharmos para as infeções sexualmente transmissíveis como um todo porque se o VIH potencia outras infeções sexualmente transmissíveis, também as hepatites o podem fazer. E temos agora dados, como os que apresentámos neste encontro do GEPCOI,

através da nossa Saúde + Perto e dos rastreios que fazemos às hepatites, que neste momento há uma porta aberta para as pessoas que vivem com VIH e que contraem as hepatites. Portanto, faz-me todo o sentido estar aqui e envolver neste curso e neste encontro do GEPCOI organizações de base comunitária, que são formadas também por profissionais de saúde. Eu tenho técnicos de análises a trabalhar comigo, enfermeiros, farmacêuticos, médicos, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, uma equipa vasta, multidisciplinar e interdisciplinar. Às vezes as pessoas esquecem-se que, embora não sejamos SNS, complementamos o SNS. Estas organizações de base comunitária nasceram da sociedade civil para a sociedade civil e, por isso, defendo que, num curso médico, deve haver uma disciplina de humanização e de envolvimento com as pessoas que trabalham no terreno e que chegam mais facilmente aos nossos destinatários, sejam eles trabalhadores sexuais, homens que têm sexo com homens, utilizadores de drogas, imigrantes, sem-abrigo... porque é a forma de aprenderem mais, não só o que está nos livros mas o que é a vida real e o que nós, enquanto organizações que estamos diariamente no terreno, conseguimos mostrar e viver. Na SIDA, nas hepatites e em todas estas infeções sexualmente transmissíveis e também na tuberculose, existe vida.

Hoje, o país parece bem mais preparado face à rede de ONG que tem no terreno, que estão muito mais próximas do utente, rastreiam, diagnosticam, referenciam, aconselham, dão um ombro amigo...

MS – No dia 24 de outubro, comemoramos 32 anos de existência. Costumo brincar e dizer que fazemos 30 mais dois anos porque estes dois anos de Covid roubaram-nos protagonismo. Este percurso mostra que somos a instituição mais antiga a trabalhar em Portugal e ficamos muito felizes quando surgem outras associações, até porque existem assimetrias geográficas, existem associações que estão de norte a sul e todas elas de igual mérito. E julgo que não são muitas que fazem o serviço. Cada uma tem uma especificidade e, no caso da Liga, como disse e bem, faz os rastreios, os encaminhamentos, as referenciações, o apoio social, o apoio psicológico, os grupos de interajuda e a formação nas escolas, universidades e empresas. Creio que todas elas têm um trabalho muito importante e que se traduz na redução do estigma, da discriminação e da auto discriminação. É preciso trabalhar nestas vertentes porque ainda prevalece o vírus social, que acaba por ser maior do que todos estes vírus sobre os quais temos estado a falar neste encontro. Nesse contexto, acho que as organizações de base comunitária podem estar muito bem preparadas, têm profissionais de saúde e não só fantásticos mas depois têm um problema: não têm o apoio do estado. Ainda hoje, fala-se no ordenado mínimo nacional, que irá subir, mas depois temos doutorados a trabalhar nestas associações por 820 euros.

Basicamente, estas associações têm que andar a mendigar para poderem exercer uma importantíssima missão para a saúde pública...

MS – É exatamente isso que se passa... tem, que haver um olhar atento do estado para estas ONG de base comunitária e têm que ser valorizadas. Não basta dizer que são ótimas, que sem vocês o trabalho não se faz ou que são complementares. Temos excelentes profissionais que merecem uma remuneração compatível com o trabalho que desempenham.

Referiu a existência de algumas assimetrias geográficas no país. Entretanto, num período recente começámos a testemunhar o acompanhamento de médicos do SNS aos utentes numa postu-

ra de maior proximidade, acompanhando as ONG e equipas de rua no terreno... Trata-se de um indicador positivo ou teremos de ir mais longe?

MS – É um indicador positivo. Como há pouco referi, deveria existir na faculdade uma disciplina que mostrasse esta humanização por parte destes que são os futuros médicos. Mas é, sem dúvida, um indicador positivo e nós temos relações com os profissionais de saúde que temos aqui no GEPCOI, desde a Dra. Cristina Valente ao Prof. Rui Tato Marinho ou a Dra. Paula Peixe, pessoas que, em Lisboa, nos têm acompanhado. E isso é muito importante porque têm eles próprios um maior conhecimento do que são estas vulnerabilidades e assimetrias geográficas e nós sentimo-nos muito mais apoiados, sobretudo no contexto atual marcado por uma maior burocratização, em que o papel é muitas vezes um entrave para fazermos com que as pessoas cheguem aos hospitais. Da nossa parte, ter este contacto e eles próprios, profissionais de saúde, perceberem o que se passa, facilita muito. A título de exemplo, temos já datas de consultas marcadas para o próximo ano, quer ao nível de PREP, quer de outras consultas e é muito importante que os médicos percebam que estas populações-chave têm que ter prioridade face a outras com mais condições, nomeadamente através de seguros privados.

Há 30 anos atrás, um diagnóstico de VIH era praticamente uma sentença de morte. Em que medida terá a evolução entretanto verificada levado a algum relaxamento?

MS – O investimento, a qualidade da terapêutica e o sucesso de alguns estudos mostraram realmente que tem sido incrementada a qualidade de vida das pessoas que vivem com estas infeções. Contudo, a discriminação ainda se faz sentir, o vírus social também leva a uma ansiedade e depressão e hoje falamos na relação destas infeções com a saúde mental. E a saúde mental de todos nós foi afetada pela Covid, é afetada diariamente pelas notícias que entram pela nossa casa e tudo isto, para quem já sofre de doenças mais vulneráveis, que levam a que o nosso sistema imunitário fique mais debilitado, fica então muito mais triste, deprimido e ansioso. Tudo isto está obviamente relacionado com a qualidade de vida das pessoas que vivem com estas doenças infecciosas. Contudo, acho importante referir o muito que se fez, mas há ainda um caminho a fazer. Quanto ao suposto desleixo, a população não tem assistido a campanhas. Fala-se do Dia Mundial de Luta Contra a Sida no dia 1 de dezembro e depois é tudo muito abafado e cai no esquecimento de muitas pessoas que, embora se fale na cronicidade do VIH, ainda não está em decreto-lei que o VIH é uma doença crónica. E ainda não existe vacina nem cura, portanto, o preservativo associado à prevenção e ao tratamento continua a ser o mote, não só para os mais jovens, como também para os menos jovens, que muitas vezes confundem métodos preventivos com métodos contraceptivos e, pelo facto de não engravidarem, esquecem-se de adotar os cuidados. A nossa forma de estar e a nossa missão é, de A a Z, dizer que todas estas infeções são democráticas, podem atingir tudo e todos e, portanto, a prevenção é o mote. E a Liga continua a dizer, quer em relação a esta, quer às demais infeções, existe vida. A qualidade de vida é importante mas todos temos de estar atentos para nos protegermos a nós e sobretudo aos outros. A Liga vai lançar, no Dia Mundial de Luta Contra a Sida, dois vídeos que fazem parte da campanha Na Sida Existe Vida e, do dia 24 ao dia 1 de dezembro também vai lançar a união de vários artistas que pretendem dar os parabéns pelo trabalho dignificado pela Liga ao longo destes anos, Estamos a fazer o nosso papel e esperamos que o estado também o faça relativamente a todas as organizações que estão no terreno.

“UM DOENTE ALCOÓLICO TEM TODAS AS SOLUÇÕES”



Enquanto problemática associada aos consumos excessivos e dependências, concorda que o álcool será a substância que mais prejudica a saúde dos portugueses?

Jacinto Azevedo (JA) – Sim, na nossa comunidade e, em particular, nesta zona tão próxima do Porto e do Minho, temos problemas relacionados com o álcool de extrema gravidade, espalhados quase como se fosse algo natural e aceite por muita gente, mas que traduzem casos de dependência extremamente graves. Muitas vezes, as pessoas começam a beber porque estão tristes ou porque não dormem e, depois, ficam dependentes.

Será o álcool uma substância depressora ou estimulante?

JA – É uma substância depressora, mas, na primeira fase, dá uma certa euforia e, por isso, as pessoas acham que ficam mais alegres e desinibidas se beberem. Há uma parte de nós que desliga e nos dá uma certa “força animal” ... mas é um depressor.

Por vezes, confunde-se tristeza com depressão... é uma distinção também complicada de identificar para vocês, profissionais de saúde?

JA – Sim, é muito difícil porque estamos num momento da sociedade em que tudo passa a ser médico. Não podemos envelhecer porque já é uma doença, não podemos ter a menopausa porque já é uma doença, também já não podemos estar tristes porque já é uma doença. De facto, é uma questão muito complicada. Para nós, psiquiatras, tem que aparecer uma série de outros sinais para além da tristeza, como a pessoa deixar de funcionar, de dormir, de ter prazer ou até que queira matar-se ou pense muito na morte para estarmos realmente perante um quadro de depressão. Portanto, para nós, acaba por ser mais fácil distinguir se se trata de uma tristeza patológica ou normal, mas, de facto, há um certo medo de sentir qualquer tipo de dor ou emoção complicada e até da tristeza.

Que relação existe entre o álcool e o suicídio?

JA – Muitas vezes, pessoas que estão tristes e que estão a pensar fazer mal a si próprias e não têm coragem, bebem para ficarem desinibidas e tentarem cometer um ato de loucura contra si próprias. Muitas vezes também, pessoas que têm dependência e não percebem que esta é uma doença tratável, ficam tão chateados consigo próprias, pelo mal que fazem à família e aos demais, que acabam por matar-se porque não conseguem sair daquele ciclo. Em suma, é uma relação que tem vários aspetos facilitadores, mas também pode provocar muitas outras direções.

Que ferramentas existem para tratar dois quadros diferentes, o consumo excessivo e o consumo dependente?

JA – Desde logo, estamos perante uma droga que é aceite e, portanto, quer o consumo excessivo, quer o consumo dependente são já formas complicadas e caminhos para situações de doença, até porque o álcool desencadeia problemas muito graves. Mesmo que só beba ao fim-de-semana, posso ter problemas muito graves, relacionados com acidentes, violência, entre outros. Claro que o álcool origina problemas muito antes de se ter uma dependência instituída, ou seja, na prática, a abordagem deve ser já séria nas duas situações e quando digo séria refiro-me a medicamentosa, de psicologia, comunidades terapêuticas, grupos de apoio... porque os problemas associados ao álcool são muito precoces e não se resumem à questão de deixar passar porque se bebe apenas de vez em quando. Do ponto de vista da psiquiatria, devemos tratar seriamente as duas situações.

Como se “promove” a abstinência?

JA – Embora muitas pessoas gostem de fazer as abstinências em casa, em teoria, sobretudo quando há dependências graves, deve ser feita em regime médico. Até porque a pessoa pode ter uma epilepsia, um delirium tremens ou uma hemorragia e aí convém ser num ambiente protegido. No entanto, há formas de ajudar as pessoas a libertarem-se em casa, se tiverem vigilância, dando benzodiazepinas, baclofeno ou outras substâncias sedativas. Ou seja, há formas de promover a abstinência em casa desde que a pessoa tenha alguma supervisão.

Será um doente alcoólico um alcoólico para toda a vida? Não tem solução?

JA – Um doente alcoólico tem todas as soluções. Tem é que perceber que ficou com uma relação difícil para todo o sempre com aquela substância. Ele não é alcoólico para todo o sempre, tem é essa relação difícil. É um estigma complicado mas já assisti a várias situações de pessoas que estão dependentes durante algum tempo e, após dois, três ou quatro anos de tratamento, para surpresa de todos nós, voltam a um padrão de beber normal. Isso existe mas prefiro que seja uma surpresa e assumir sempre com a pessoa que deve respeitar muito a substância.

Também tratam aqui a prevenção da recaída?

JA – Exatamente. Aceitando que a recaída faz parte do processo.

O álcool é ou não um problema de saúde pública?

JA – Sem dúvida nenhuma! É um problema de saúde pública! Continua a haver muitas mortes por paragens cardíacas induzidas pelo álcool, acidentes... é impressionante. Agora, como em quase tudo, é uma substância negra com a qual temos que viver porque proibir não será a solução.

UM EXEMPLO DE DEMOCRACIA PARTICIPATIVA

O município do Marco de Canaveses dispõe, desde novembro de 2021, de uma consulta descentralizada de comportamentos aditivos e dependências (CAD), no âmbito das competências territoriais do CRI Porto Central. Esta valência funciona no Centro de Saúde Familiar de Bem Viver e, por decisão recente, em função da procura verificada, irá mesmo alargar o período de atendimento que se resumia ao período da manhã das quintas-feiras para um horário compreendido entre as 9 e as 17h. Este é apenas um exemplo do trabalho que tem sido desenvolvido pelo executivo liderado pela autarca local Cristina Vieira, que definiu uma estratégia que poderia figurar nos manuais da política baseada em evidência: envolver os diferentes atores sociais, da saúde, da educação, das forças de segurança, da sociedade civil e dos jovens do município, realizar um diagnóstico, ouvir, planejar, executar e avaliar.

Dependências foi ouvir a autarca do Marco de Canaveses sobre esta forma diferenciada e mais próxima de fazer política numa perspetiva de democracia participativa...

CRISTINA VIEIRA



Por que decidiu o município do Marco de Canaveses criar uma consulta descentralizada no âmbito dos CAD?

Cristina Vieira (CV) – Antes de mais, nós temos um diagnóstico realizado no âmbito do Conselho Local de Ação Social com os diferentes parceiros que revelou que, apesar de já termos tomado algumas medidas, ainda existem algumas lacunas no que concerne à prestação de cuidados na área da saúde, nomeadamente nos CAD. Obviamente, quando preparámos o nosso programa eleitoral, quisemos também projetar algumas respostas nessa área e esta foi uma delas. Tentámos, com a ARS, oferecer essa resposta que não existia no Marco de Canaveses, o que obrigava quem necessitava a deslocar-se ao Porto, com todos os constrangimentos inerentes para as famílias e, portanto, entendemos que, se a consulta estivesse mais próxima da população, esse não seria um entrave para que pudes-

sem participar mais ativamente nesse tipo de consultas e até nas ações que fomos desenvolvendo.

Quando falamos em substâncias psicoativas, focamo-nos muitas vezes demasiadamente nas ilícitas, minimizando a importância de outras, igualmente nocivas e altamente consumidas, como o álcool ou o tabaco. Constatam esse problema na juventude do Marco de Canaveses?

CV – Sim, principalmente no que concerne ao consumo de álcool. No âmbito da parceria que temos no Conselho Municipal de Saúde estão também presentes os técnicos e já no ano passado, na altura da pandemia, em que também se agudizaram algumas dessas problemáticas, desenvolvemos algumas ações de sensibilização, nomeadamente com as nossas forças de segurança, a área da saúde e as instituições que estão mais próximas desse grupo-alvo. E essa ação de sensibilização, que foi realizada nos bares, tinha exatamente a ver com isso, porque constatámos que existia um consumo excessivo de álcool, particularmente ao fim-de-semana. Um consumo que foi difícil perceber onde e como se efetuava mas, graças à colaboração das forças de segurança, acabámos por perceber que, muitas vezes, por questões relacionadas com o preço, os consumos nem eram feitos no bar e os jovens adquiriam previamente as bebidas e consumiam-nas em locais públicos, numa prática semelhante à do “botellón”. E isso acontecia frequentemente... quando chegavam aos bares, por volta da 1 ou 2 da manhã, já vinham alcoolizados. Outra realidade que nos foi apontada prendia-se com o consumo de álcool nos restaurantes, em jantares organizados com, pelo menos, vinho à descrição e foi nesse sentido que decidimos atuar. Fizemos uma ação de sensibilização, em que a autoridade de saúde local esteve connosco, para tentarmos sensibilizar, desde logo os bares a não venderem bebidas alcoólicas a menores de 18 anos, também o fizemos nos postos de abastecimento de combustíveis e nas grandes superfícies. Foi uma ação muito bem aceite por todos estes agentes e que nos permitiu perceber a dinâmica e os diferentes contextos e tomar algumas ações e assim também auxiliar as famílias, que muitas vezes nem se apercebem destas realidades. A par, também nos apercebemos de outra realidade, que tem a ver com o tipo de álcool que se consome, nomeadamente um predomínio das bebidas brancas, que gerava uma alteração de comportamentos dos mais jovens um pouco fora do normal.

Podemos interpretar esta intervenção como uma antecipação à descentralização de competências que os municípios começam a assumir relativamente à saúde e à educação?

CV – Sim, nós somos um município que assumiu de imediato todas as competências que o governo quis descentralizar. A área da saúde é uma delas e estamos também a preparar-nos, com o Conselho Municipal de Saúde, para conseguirmos organizar respostas para alguns dos problemas que até agora não teríamos tanta autonomia para decidir, planejar e intervir e que agora já dispomos.

Que importância atribuem, nesses programas e ações que desenvolvem, ao envolvimento da escola e das famílias?

CV – A área da saúde trabalha em grande proximidade e parceria com a área da educação. Existem programas de saúde, alguns dos quais ao nível do governo e que são depois descentralizados, que são implementados nas escolas, há enfermeiras com as quais mantemos um contacto diário, temos

uma equipa multidisciplinar na Câmara Municipal, no âmbito do combate ao insucesso escolar, que também nos auxiliou muito e as escolas, por sua vez, também têm trabalhado diretamente com a área da saúde porque temos programas da saúde que são implementados nas escolas. Ou seja, há matérias que são absolutamente transversais e que vamos acompanhando, quer no Conselho Municipal de Saúde, quer no Conselho Municipal de Educação, quer ainda no Conselho Municipal de Segurança. E temos a convicção de que, se não houver esse trabalho paralelo com as famílias e a escola, não há programa que dê resultado.

É mais conhecida por falar com as pessoas, ao invés de falar das pessoas... é uma estratégia de proximidade?

CV – Se calhar tem a ver com a minha formação pessoal e académica. Comecei a trabalhar na área social e tinha necessariamente de falar com as pessoas, desde logo para perceber quais eram os seus problemas. E só percebendo quais são os seus problemas seremos capazes de atuar para, pelo menos, tentar minimizar sequelas e encontrar soluções. A proximidade com a população e com os problemas sociais é algo, para mim, impensável não acontecer. Muitas vezes, os políticos são acusados de estarem fechados num gabinete e é verdade que quando fui eleita presidente de câmara tive de ficar fechada num gabinete mais tempo do que gostaria, até porque temos 700 funcionários e um orçamento de 40 milhões de euros para gerir e é à presidente que cabe, juntamente com os seus vereadores, gerir tudo isto, o que exige muito de nós todos os dias. Temos muita confiança nos técnicos da autarquia, que nos permite, sempre que é necessário, delegar, mas procuramos ao máximo aproveitar todas as oportunidades que temos para contactar com a população e penso que temos sido bem-sucedidos. Temos organizado frequentemente roteiros às freguesias, associações, escolas, centros de saúde e até empresas. Colocamo-nos ao dispor das pessoas para nos apresentarem questões e propostas. É uma forma de fazer política com que nos identificamos - até porque fui autarca de freguesia e estou habituada ao contacto próximo com a população – e que nos tem trazido ganhos evidentes.

Fenómenos como os consumos excessivos em contextos de recreação noturna poderão também dever-se à ausência ou escassez de alternativas de lazer... pensa investir nesse domínio?

CV – Nós temos criado alternativas. O que entendo é que existe uma pressão social muito grande relacionada com os grupos de inclusão e exclusão. Ou consomem álcool para se sentirem integrados naquele grupo ou começam a fumar ou a testar outro tipo de experiências para poderem ser incluídos nos grupos sociais. O que precisamos é de fortalecer estas crianças e jovens em termos de valores para que percebam o que é certo e errado. Mesmo que tenham que experienciar porque, por vezes, é preciso estar lá para perceber que aquilo é mau. Importante é ajudá-los a criar esses valores com a família e a sociedade, dar-lhes até a oportunidade de experienciar outras coisas e de se divertirem de outra forma. No ano passado, investimos num skate parque e em painéis para grafitearem, algo muito simples, mas que nos foi pedido por eles porque fomos ouvi-los às escolas para sabermos o que queriam para os tempos livres. E falamos de intervenções que geraram muita felicidade com um investimento muito reduzido por parte do município. Mas temos também feito investimentos maiores em espaços verdes e de lazer, em infraestruturas desportivas e na agenda cultural, onde considero que fizemos uma revolução, com inúmeros eventos do agrado dos mais jovens e aos quais eles têm aderido. O certo é que não vale a pena criarmos coisas porque achamos que resulta, porque outros municípios têm ou fica bem se os nossos jovens não se identificam com isso. Por isso é que é preciso ouvi-los para definir a estratégia que vá de encontro às expectativas.

Será também responsabilidade do município incrementar a qualidade de vida e a felicidade desta população?

CV – É uma responsabilidade direta e indireta do município. Todas as nossas medidas, quer sejam na área social, na área cultural, na área desportiva, têm uma interferência direta ou indireta nos jovens e nos menos jovens. Por



isso, a nossa política desportiva, por exemplo, que também tem um paralelismo com a área social, porque assinámos protocolos com instituições que financiamos que preveem a integração um determinado número de crianças cuja capacidade financeira da família não lhe permite pagar uma prestação. O nosso centro cultural, em que tentamos chamar os nossos jovens a fazer teatro, cinema, dança e música é uma forma de os integrar e, por isso, é nossa responsabilidade proporcionar-lhes atividades que os tornem mais felizes.

Em que medida constituem as dependências sem substância uma problemática desta população?

CV – É um desafio com que temos de lidar, e um desafio também para as famílias porque, cada vez mais, têm dificuldade em saber lidar com os filhos sem a presença dos jogos, do tablet ou do telemóvel. Começa a ser tão normal que, mesmo aqueles que pretendem educar os filhos sem um recurso tão abusivo a esses dispositivos, começam a sentir dificuldade. Aliás, constatamos que a socialização é muitas vezes feita com cada um em sua casa, isolados, a conversar ou jogar com os amigos. A relação que existia, com o toque e relação pessoal, o estarem juntos, deixou de existir e foi substituída por uma ligação ao mundo através das novas tecnologias.

O mundo mudou muito rapidamente, tal como os valores mudaram, os comportamentos adequaram-se e a transferência de competências para os municípios também pressupõem mudança... por que não mudamos também a escola?

CV – Talvez fosse uma questão mais dirigida para o ministro da educação... mas é uma boa questão. Acho que, mesmo assim, o sistema educativo do país é muito bom. Ao longo dos últimos anos, temos assistido a uma comunicação por parte dos media que, do meu ponto de vista, não é a mais correta. Em 20 notícias, temos 20 a dizer mal. É raríssimo aparecer uma notícia na comunicação social a dizer bem e, de facto, eu tenho testemunhado situações de pessoas que têm filhos que estudaram em Portugal, que saíram do país e, quando o fizeram, foram muito apoiados e perceberam a qualidade do ensino que tiveram em Portugal. Sobretudo quando são comparados com populações como a americana ou a canadiana, que até achamos que têm um sistema educativo melhor do que o nosso, o que não corresponde à verdade. Por isso, se os portugueses conseguem vencer lá fora porque tiveram uma boa educação cá, também tinham a obrigação de vencer cá dentro. O que acho é que a comunicação social tem de

sempenhado um péssimo papel em relação à educação. O que se vê é a professora que foi agredida, o sindicato a pedir mais para os professores, a escola em que falta a televisão, a internet ou a funcionária e o sistema educacional português, como todos os outros, tem falhas. O que temos é um bom sistema de educação, agora, precisa de ser reformulado porque, como dizia e bem, o mundo mudou muito rapidamente e não fomos capazes de acompanhar esta mudança. E quando digo nós, começa logo pelo corpo docente, que é envelhecido e precisa de ser requalificado ou reestruturado rapidamente, porque os mais novos já conseguem acompanhar estas novas tecnologias, as novas pedagogias. E será mais fácil, para um docente com 25, 30 ou 40 anos acompanhar estas novas mudanças do mundo com os alunos do que uma pessoa que está muito perto da reforma e já não tem a mesma capacidade de ouvir, a mesma paciência, destreza e capacidade de acompanhar em termos pedagógicos e didáticos aquilo que os jovens hoje querem. Porque eles já não querem a mesma escola de há 20 ou 10 anos. Agora, o sistema em si funciona bem: temos ótimos professores, as escolas estão bem preparadas, na nossa região temos jardins de infância de excelente qualidade, que competem com o privado onde pagamos 20 vezes mais... os pais pagam 15 euros para terem os filhos das 9 às 5 no jardim de infância com um corpo docente altamente qualificado, com boas colaboradoras, instalações e alimentação e com atividades extracurriculares desde a música ao teatro, ao ballet, à patinagem, à nataçãõ. Não tem havido esta relevância por parte da comunicação social relativamente à capacidade que o sistema tem revelado para integrar os alunos, de estar presente nas suas vidas e lhes transmitir aqueles valores que a escola tem de transmitir.

O município realizou, recentemente, as suas jornadas de saúde mental. É uma preocupação da autarquia?

CV – Sim, é. As jornadas de saúde mental foram também o reflexo da estratégia do Conselho Municipal de Saúde, que tem reunido, quer com a Diretora do ACES, quer com os responsáveis locais e o trabalho que estamos neste momento a desenvolver é de diagnóstico no âmbito das demências e das dependências. Neste último, temos vindo a trabalhar há mais algum tempo e por isso temos já a consulta descentralizada e estamos agora igualmente focados nos comportamentos mais problemáticos e que se tornaram mais complexos devido à pandemia, nomeadamente os do foro psiquiátrico, que são muitos. Não só pelo consumo de antidepressivos, mas igualmente em comportamentos que vamos vendo nos mais novos, que vêm demonstrando novas fragilidades e vulnerabilidades, cada vez mais precoces.

Após a intervenção que o município decidiu fazer na área dos CAD e da saúde mental irá resultar num município mais saudável?

CV – As medidas que estamos a tomar só fazem sentido se forem trabalhadas em parceria com os demais atores sociais, quer sejam da área da saúde, da educação, as IPSS, que são muito presentes no território e conhecem melhor as famílias, as equipas de RSI... esse trabalho de complementaridade é necessário e urgente, até porque chegámos à conclusão que existe muita gente no território e todos a fazerem a mesma coisa de forma pouco estruturada. Não vale a pena andarmos a falar do mesmo se não trabalharmos em parceria, cada um a fazer o que melhor sabe, mas sempre com a colaboração dos outros parceiros. E acho que esse é o primeiro passo. É termos, por exemplo, o Conselho Municipal de Saúde, onde estão todos os parceiros, falarem todos a mesma linguagem, definirem e planearem atividades estruturadas com os demais parceiros, para não correremos o risco de voltarmos a fazer o que foi mal feito durante muito tempo sem a eficiência desejável. E creio que também devemos redefinir a nível nacional algumas medidas que começam a ser repetidas e que já não geram efeito em termos de integração social. Dou o exemplo da formação: conheço pessoas que frequentam formação há seis anos, que fazem da formação uma atividade, só porque temos fundos comunitários disponíveis para esse efeito e sem qualquer retorno em termos de integração.

CONSULTA DESCENTRALIZADA DE MARCO DE CANAVESSES, DO CRI PORTO CENTRAL



A área geográfica do ACES Baixo Tâmega, da qual faz parte o concelho de Marco de Canaveses e concelhos limítrofes, estava a descobrir ao nível da existência de respostas de intervenção local com vista à redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências, obrigando a população local a deslocar-se ao Porto, Braga e Vila Real o que, tendo em conta as suas características específicas, implicava reduzida procura dos serviços face às necessidades e elevada probabilidade de abandono precoce ou incumprimento do seu projeto de recuperação.

A implementação da Consulta Descentralizada de Marco de Canaveses demonstra ser um recurso em saúde indispensável para promover a melhoria das respostas dos serviços de saúde a esta comunidade, uma vez que os comportamentos aditivos estão sempre associados a profundos problemas não só individuais como também problemas da esfera familiar e social.

No cumprimento do estipulado pelo Protocolo de colaboração entre a Administração Regional de Saúde do Norte (ARS-N, IP) e a Câmara Municipal do Marco de Canaveses para o funcionamento da Consulta Descentralizada do Marco de Canaveses, foi iniciada esta resposta a 25 de novembro de 2021.

A funcionar na Unidade de Saúde de Bem-Viver, todas as quintas-feiras durante a manhã, esta é uma consulta especializada de tratamento:

- a consumidores problemáticos de álcool;
- a consumidores de substâncias psicoativas, lícitas e ilícitas;
- a pessoas com comportamentos aditivos, como por exemplo o jogo, internet, relações sexuais, compras, etc.

A Consulta Descentralizada de Marco de Canaveses é assegurada por uma equipa multidisciplinar, constituída por uma médica, enfermeira, assistente social, psicóloga e assistente técnico.

A partir de 20 de outubro de 2022 funcionará das 9h às 17h, no local já anteriormente referido.

	ATIVOS	TIPO INSCRIÇÃO	CONCELHO RESIDÊNCIA	SEXO	IDADE
CD de Marco Canaveses	44	PLA – 30 SPA lícitas – 14	Marco de Canaveses – 35	Masculino – 42	17-19 anos – 3
			Baião – 5		20-29 anos – 4
			Ceafes – 2		30-34 anos – 5
			Ansurante – 1	Feminino – 2	40-49 anos – 17
			Lousada – 1		50-59 anos – 11
					≥ 60 anos – 4

MOVIMENTO ASSISTENCIAL (30/09/2022)

PNV DE PARABÉNS



Secretária de Estado participou na conferência dos 57 anos do PNV

A Secretária de Estado da Promoção da Saúde esteve esta sexta-feira, 7 de outubro, na abertura da conferência comemorativa dos 57 anos do Programa Nacional de Vacinação (PNV), organizada pela Direção Geral da Saúde no Centro de Saúde de Sete Rios, em Lisboa. Margarida Tavares saudou todos os profissionais e entidades envolvidas na vacinação dos portugueses há mais de cinco décadas, de modo especial a equipa da DGS e peritos que colaboram com a autoridade nacional de saúde.

“A vacinação é uma demonstração de cidadania, de solidariedade e da capacidade de nos protegermos uns aos outros. Isto hoje é muito mais claro para a sociedade em geral”, venceu a Secretária de Estado da Promoção da Saúde, sublinhando a adesão dos portugueses às diferentes vacinas e o papel da vacinação na resposta à covid-19. “Os portugueses estão de parabéns por uma cobertura vacinal que é das maiores do mundo e permitiu poupar muitas vidas e muito sofrimento”, acrescentou.

Abordando os riscos da hesitação vacinal e da desinformação na área da saúde, Margarida Tavares defendeu a importância de mecanismos transparentes e instituições fortes na informação e sensibilização da população. “Temos de continuar a zelar por este enorme bem que são as vacinas e manter a confiança das pessoas neste apelo, o que se faz com muito trabalho, empenho e coerência”.

A Secretária de Estado da Promoção da Saúde apelou ainda ao reforço vacinal dos grupos elegíveis para a gripe e covid-19, em antecipação do aumento das infeções respiratórias ao longo do outono e inverno.

Na abertura da conferência, a diretora-geral da Saúde lembrou o arranque do PNV com a campanha de vacinação da poliomielite em 1965, que permitiu vacinar 3 milhões de portugueses no espaço de um ano. “Estamos de parabéns por todas as vidas anónimas que salvámos”, disse Graça Freitas.

SAÚDE MENTAL: DESCENTRALIZAR E COMBATER O ESTIGMA



Ministério da Saúde assinala Dia Mundial da Saúde Mental.

O Ministério da Saúde assinalou segunda-feira, 10 de outubro, o Dia Mundial da Saúde Mental, este ano com o mote “tornar a saúde mental e o bem-estar uma prioridade global”.

O Ministro da Saúde e a Secretária de Estado da Promoção da Saúde visitaram o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, e participaram de seguida na sessão de abertura da conferência “Tornar a Saúde Mental e o Bem-Estar uma Prioridade Global”, organizada pela Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental (CNPSM) no auditório do Infarmed.

Na semana em que o Governo debate na Assembleia da República a proposta de uma nova Lei de Saúde Mental, Manuel Pizarro sublinhou a importância de manter o combate ao estigma em torno da doença mental e descentralizar a resposta nesta área, fortalecendo serviços na comunidade. Para tal, reforçou o investimento previsto para a saúde mental no âmbito do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), no valor global de 88 milhões de euros.

“É inequívoco que as circunstâncias de instabilidade que o mundo tem vivido – e, depois da pandemia, esta crise que estamos a viver com o regresso da guerra à Europa – têm um peso na saúde mental da população”, reconheceu o Ministro da Saúde, chamando a atenção de que se a pandemia ajudou a normalizar os pedidos de ajuda do foro psicológico, o estigma persiste, tendo contribuído no passado para a secundarização e esquecimento das necessidades nesta área.

“Estamos a ser suficientemente rápidos para responder? Em alguns casos sim, noutros podemos fazer mais, mas temos profissionais muito qualificados”, defendeu Manuel Pizarro ainda na visita ao Hospital de Loures, onde contactou com profissionais e utentes no internamento e hospital de dia.

“Apesar de décadas de discurso positivo, o estigma persiste e por isso temos de continuar a fazer este combate”, venceu o ministro da Saúde já na sessão no Infarmed, sublinhando que a proposta de Lei da Saúde Mental segue a “tradição humanista e progressista” do país nesta área, pondo fim, simbolicamente, à designação de internamento compulsivo, que passa a ser designado por tratamento involuntário.

1 DE OCTUBRE. DÍA HEPATITIS C

LA DETECCIÓN DE LA HEPATITIS C EN POBLACIONES VULNERABLES HA PERMITIDO DIAGNOSTICAR Y DERIVAR A LA ATENCIÓN SANITARIA A CERCA DE 400 DE PERSONAS USUARIAS DE DROGAS



La sociedad científica Socidrogalcohol empezó en 2019 a trabajar en línea con el objetivo para la eliminación de las hepatitis víricas en España y lo hacía poniendo especial atención a las poblaciones altamente vulnerables que atienden los profesionales de las adicciones. La evidencia científica confirma que las personas con adicción a sustancias tienen una mayor probabilidad de presentar el virus de la Hepatitis C (a), por lo que Socidrogalcohol en su compromiso por mejorar la salud pública, se sumó con la ayuda de Gilead, al proyecto DETECT-C.

El objetivo de DETECT-C es contribuir a facilitar el cribado del Virus de la Hepatitis C (VHC) en el punto de atención a poblaciones vulnerables y la derivación a la atención sanitaria de pacientes positivos en VHC. Hasta la fecha han participado más de 100 centros, de 15 Comunidades Autónomas, siendo las que presentan mayor número de centros participantes Andalucía; Cataluña, Madrid y País Vasco. (b) En total han resultado positivo 465 pacientes, de los que 400 han sido derivados.

Dentro del programa DETECT-C, el cribado se puede hacer mediante dos tipos de test, el Oraquick (prueba oral, para detección de anticuerpo) y las tarjetas DBS (recogida de gota de sangre seca para confirmar viremia, ARN, en laboratorio especializado). Por su facilidad, el 73% de los centros eligieron la primera opción. Además, se han entregado más de 17.000 test.

Adicionalmente, dada la necesidad de mejorar el diagnóstico rápido del ARN del VHC en el punto de atención del paciente, Socidrogalcohol dentro del programa DETECT-C puso en marcha dos proyectos piloto para: (1) facilitar disponer de pruebas rápidas de PCR (Xpert test) y aparato GeneXpert para su análisis en menos de una hora, en un centro de reducción de daños. Se realizaron 117 pruebas y se obtuvo una prevalencia del 31% sobre pacientes con anticuerpo positivo (b). Siendo la mayor parte de los pacientes virémicos (60%), personas que se inyectaban sustancias. Las sustancias más consumidas eran la combinación de heroína y cocaína (31%). Hay que destacar que un 67% de los casos de ARN del VHC detectados fueron reinfecciones. (2) establecer un centro de Referencia para el procesado de ARN en tarjetas DBS, que era una necesidad identificada en los centros.



Para Socidrogalcohol es importante que los profesionales tengan herramientas suficientes para poder mejorar la atención a los pacientes: "Estamos muy contentos de haber podido abrir la puerta, no solo a la micro eliminación entre muchos de los centros donde trabajan profesionales de las adicciones y otros colectivos vulnerables, sino también poner un granito de arena para que se creen los primeros protocolos y circuitos de derivación que contribuyan a la eliminación", según ha explicado Francisco Pascual, presidente de la sociedad.

Gilead mantiene su compromiso con la investigación y la educación en el campo de las enfermedades hepáticas, así como, con el objetivo de la eliminación de la Hepatitis C, en línea, con los objetivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la Alianza para la Eliminación de las Hepatitis Víricas en España (AEHVE) que tienen como reto la eliminación de las hepatitis víricas para 2030. El compromiso y la sensibilidad de Gilead no solo es desarrollar y comercializar fármacos innovadores que están transformando la vida de estos pacientes en el área de las enfermedades hepáticas, como la Hepatitis C, sino también apoyar la puesta en marcha de proyectos colaborativos de diversa índole para favorecer el diagnóstico y acceso a la cascada de cuidado y al tratamiento de todos aquellos pacientes con hepatitis C a lo largo de todos estos años.

Uno de estos proyectos colaborativos innovador y de impacto nacional es el proyecto DETECT-C, en colaboración con Socidrogalcohol y que supone un paso más para conseguir avanzar hacia la eliminación de la hepatitis C en colectivos en situación vulnerable.

Una de las estrategias para llegar a la eliminación de la Hepatitis C en nuestro país es reducir las tasas de infra diagnóstico en poblaciones altamente vulnerables como por ejemplo son los usuarios de drogas que constituyen el colectivo con las mayores tasas de prevalencia de infección por VHC (Virus de la hepatitis C). El problema es la alta tasa de infra diagnóstico por ello, el diagnóstico precoz del VHC es fundamental tanto para evitar la progresión de la enfermedad hepática como para frenar la transmisión de la infección, y DETECT-C permite acercar el diagnóstico a esta población.

UNO DE CADA CINCO JÓVENES SE CONECTA POR LA NOCHE HACIENDO USO DEL DISPOSITIVO MÓVIL



Los profesionales de las adicciones llevan tiempo atendiendo al mal uso o abuso de las Tecnologías de la Información. El dispositivo móvil es una herramienta con una inmensa disponibilidad que en ocasiones resulta ser una extensión más del propio brazo de los adolescentes. Estos días, cerca de 800 profesionales (del campo de la psicología, psiquiatría, medicina, trabajo social, educación social, etc.) se reúnen en Tenerife en las 49 Jornadas Nacionales y 4th Congreso Internacional de Socidrogalcohol, la sociedad científica de adicciones más antigua de España. Y es precisamente el impacto de las nuevas tecnologías uno de los temas que se abordarán en el evento.

Nacho Guadix García, responsable de Educación y Derechos Digitales de la Infancia de UNICEF España, ha recordado la importancia de acompañar a los niños y niñas y jóvenes en el uso correcto de las tecnologías, tanto en el uso de internet, como de las redes sociales o los videojuegos.

Según el informe publicado por UNICEF, Impacto de la tecnología en la adolescencia, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) establece que niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la libertad de expresión, de información y al juego, así como también a la privacidad y a la protección frente a cualquier forma de violencia o efectos negativos para su bienestar y correcto desarrollo integral. Por lo que se debe proteger la infancia y la adolescencia también en los entornos digitales: "No todos los contenidos son adecuados para todas las edades y somos los adultos los que tenemos que facilitarle un acceso acorde a su desarrollo".

El primer dispositivo móvil llega a los 10-11 años de media. Los datos del estudio hablan de que un 98% dispone de wifi en casa, un 94'8% tiene conexión a internet y un 90'8% se conecta todos o casi todos los días.

De este estudio se desprenden otros datos sobre los hábitos de uso, como que el 31'5% usan internet más de 5h al día entre semana. Seis de cada diez adolescentes duermen con el móvil y uno de cada cinco se conecta por la noche, con todas las implicaciones que esto puede tener en su día a día, tanto personal como escolar.

Guadix recuerda que la irrupción de nuevas tecnologías condiciona nuestra realidad, nuestros hábitos, la forma de relacionarnos, incluso nuestros derechos: "Los avances tecnológicos conllevan, indudablemente, beneficios y oportunidades para nuestra sociedad, y por tanto también para nuestros niños, niñas y adolescentes. Pero no podemos perder de vista los riesgos que puede entrañar para la infancia y la adolescencia si se produce una exposición temprana y sin acompañamiento".

Algunos de los riesgos son el ciberacoso, el sexting, el uso problemático de redes sociales y las adicciones a videojuegos.

Hugo López, vicepresidente de Socidrogalcohol, ha explicado que "la adicción a las tecnologías aún no está recogida en el DSM V, el Manual de Diagnóstico en el que se basan los profesionales de las adicciones", aunque sí lo está la adicción al juego, donde entrarían por ejemplo las apuestas deportivas: "Nuestro objetivo en los eventos que organizamos es hablar desde las evidencias científicas que tenemos y conocemos, la ciencia va avanzando, y nuestra misión es acercar las novedades a los profesionales que cada día atienden a las personas, en este caso a los jóvenes".

López también ha destacado que este es un congreso (que reúne a 800 personas - Más de 500 presenciales y el resto online) amplio en el que se van a tratar temas muy variados desde el consumo de cannabis (con la presentación de una Guía y un libro, así como diversas mesas), la comorbilidad psiquiátrica (es decir, la coexistencia de un trastorno mental con una adicción), el impacto de la tecnología en adolescentes, analgésicos opioides, la perspectiva de género en adicciones, reducción de daños, etc.



EL TRABAJO COORDINADO Y EN RED, IMPRESCINDIBLE PARA ADAPTARSE A LA REALIDAD DE LAS ADICCIONES EN EL SIGLO XXI

La sociedad científica Socidrogalcohol celebró los días (Del 6 al 8 de octubre) su XLI Jornadas Nacionales y 4th Internacional Congress en Santa Cruz de Tenerife. La última vez que la sociedad celebró este evento en la isla fue en 1991, justo hace 31 años.

Según destaca Nicolás Perdomo, Técnico del Servicio de Atención a las Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública (DGSP), "en todos estos años, algo hemos tenido que haber aprendido nuevo. Ahora tenemos que adaptarnos a los cambios que se han producido duran-



te todo este tiempo y responder a las necesidades de las adicciones del siglo XXI". Algunas de estas necesidades pasan por atender desde un enfoque integral, con universalidad, equidad, una perspectiva de género, enfoque comunitario y responder a cuestiones como las adicciones sin sustancia o el auge en el consumo de sustancias como los opioides o el cannabis.

Perdomo también ha hecho referencia a la evidencia científica, calidad y eficiencia en la que se tiene que basar cualquier trabajo que se haga. Y es que se acaba de presentar recientemente el nuevo Plan Regional, que engloba cuestiones como las adicciones comportamentales u otras cuestiones como el consumo de drogas en relación con la violencia de género o el consumo de fármacos con alto poder adictivo.

Desde la Dirección General, según ha explicado Amelia Hernández, jefa de Coordinación Técnica del Servicio de Atención a las drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública, ha habido una importante implicación por hacer posible que todos los profesionales de las adicciones de Canarias puedan estar presentes en este espacio científico organizado anualmente por Socidrogalcohol. Y también en colaboración con San Miguel Adicciones, entidad que trabaja en Santa Cruz de Tenerife y que organiza también con regularidad su Congreso BioPsicoSocial, que este año comparte escenario con el evento nacional e internacional.

Agradecemos que hayan elegido Canarias, y en particular Tenerife, para organizar este evento científico de repercusión nacional e internacional, que sigue una de las líneas estratégicas del IV Plan Canario de Adicciones recientemente aprobado por el Parlamento, la línea del soporte y apoyo a la formación e investigación de los profesionales que trabajan en el mundo de las adicciones.

Felicitamos a la Sociedad Científica Socidrogalcohol, por la magnífica organización, el gran nivel de los ponentes y temas tratados, entre ellos las nuevas adicciones emergentes, como las comportamentales.

Los datos nos indican la importancia de crear conciencia sobre los riesgos asociado a las adicciones como un problema de salud pública,

por eso desde la DGSP se ha trabajado intensamente para que profesionales de toda Canarias estén en este foro científico: profesionales de la Red Canaria de Drogodependencias y Adicciones, de Atención Primaria y de Salud Mental del Servicio Canario de Salud, de Servicios Sociales de Justicia y de Instituciones penitenciarias.

Las aportaciones realizadas estos días de encuentro tendrán sin duda repercusión en nuestra comunidad, potenciando una sociedad más sana, más saludable, más formada, con más conocimiento, capaz de tomar decisiones responsables, reduciendo los riesgos y daños sobre su salud bio-psicosocial.

Resulta necesario diseñar programas de identificación, educación y prevención específicos que reduzcan la incidencia de las consecuencias más indeseables del consumo de drogas, problemas de salud mental y todo ello teniendo en cuenta la perspectiva de género.

Las intervenciones deberían centrarse en proporcionar información y conocimientos para la prevención del consumo y otras complicaciones para la salud física y psicológica, además de promover un abordaje centrado en las necesidades de quienes consumen, como la abstinencia y la minimización de riesgos y daños.

Por último, es necesario favorecer una evaluación integral de los resultados de salud física y mental por parte de equipos multidisciplinares formados y especializados en adicciones.

Francisco Lorenzo, presidente de Socidrogalcohol Canarias, ha explicado que el objetivo de este evento "es mejorar la atención a la población y potenciar una sociedad más sana".

Francisco Pascual, presidente de Socidrogalcohol, ha querido agradecer la implicación de las instituciones canarias y ha recordado que el principal trabajo que se hace debe hacerse por y para las personas.

El evento ha reunido a cerca de 800 profesionales entre la modalidad presencial (con más de 500) y la online.



ENTREVISTA A ANDRÉS ZAMORANO



Pregunta. ¿El tabaco mata?

Respuesta. El tabaco mata y muta. Con todos los dispositivos que están saliendo en España actualmente se considera que hay alrededor 69.000 muertes prematuras que son evitables, por supuesto producidas por el tabaco, pero de esas 69.000 muertes unas 1.000 muertes son de gente que no ha fumado nunca, son fumadores pasivos. Con lo cual también el humo de segunda mano o el humo ambiental también mata. Esto está demostrado, hay estudios epidemiológicos bien hechos y bien controlados publicados en revistas científicas que lo avalan. Nadie lo duda.

P. ¿Como evitarlo?

R. ¿Cómo se evita el consumo de tabaco? Prevenir el consumo de tabaco es estar alerta en los jóvenes y adolescentes. La edad de inicio de consumo en España es lo 14 años, por lo que hay que ir mucho más atrás y, seguramente a los cursos de primaria cuando tienen 8, 9 o 10 años, para hablarles de los peligros del consumo. Cuando cumplen 14 años, que es cuando empiezan a salir con los amigos, salen a los parques y tienen mucho contacto con cigarrillos, con porros, cannabis y actualmente también con los cigarrillos electrónicos. Actualmente en España no se pueden vender este tipo de dispositivos electrónicos, que son realmente un poco ahora el inicio de los chavales. Empieza un poco por los cigarrillos electrónicos, seguramente sin nicotina. Se los venden como inocuos, cosa que no es cierta, porque llevan sustancias que cuando se calientan producen acroleína o formaldeído que son sustancias cancerígenas. La nicotina es, además una droga que afecta al cerebro en formación, y que produce dificultades de concentración, alteraciones del comportamiento, etc. En el caso de que esta no esté presente, hay otras sustancias que también son tóxicas y cancerígenas. Para prevenir este consumo, habría que subir precio, ampliar los espacios sin humo, decretar el empaquetado neutro, controlar la promoción publicidad y patrocinio de todos los productos del tabaco (actualmente todos sabemos que los influencers por las redes sociales están haciendo apología de fumar).

P. Dicen que el estado gana mucho dinero de impuestos con la venta de tabaco, ¿cuánto pierden las personas con eso?

R. En España el Ministerio de Hacienda recauda 9.300 millones de euros en impuestos. ¿Sabes cuánto se gasta en salud? El triple, 27.000 millones, casi 30.000 millones euros se gasta con todo lo relacionado con enfermedad directas e indirectas del tabaco. Solo con los costes, sin llegar a todos ellos. Estos estudios lo hacen economistas que tenemos en nuestra CNTP. Esto lo tienen esto muy estudiado, está claro que no es ningún negocio para el Estado. Recaudo hoy 9.000 millones de euros, pero luego las comunidades autónomas se gastan 30.000 millones de euros.

P. Hablemos de tratamiento, ¿Hay tratamiento para el tabaco?

R. Hay tratamiento para dejar de fumar. Los tratamientos para dejar de fumar son tratamientos aproximadamente al 50 % cognitivos conductuales, donde el fumador tiene que ser consciente de cuando fuma, porque fuma, y en que situaciones de riesgo le producen fumar. Debe ser él, junto con el terapeuta, el que evite esos cigarrillos que son los que le llaman: Después del café, después de la comida, cuando se junta con los amigos, etc. Esto acompañado del tratamiento farmacológico, se consigue que el éxito sea mucho mayor. Actualmente hay un tratamiento farmacológico financiado que es el "Bupropion" con el nombre en España "Cintabac". Hay otro tratamiento que también está financiado pero no está en el mercado "Uterina" famoso Champix y hay otro producto que es el "Todacitan" que es un producto nuevo derivado de la Citisina. En este producto se basó Pfizer para hacer el Champix pero no está financiado y el precio es un poco elevado y hace que muchos fumadores lo dejen un poco como segunda opción. Con el tratamiento farmacológico, junto con el tratamiento cognitivo conductual, se logra que el 30 o 40 % de fumadores sean exfumadores al año.

P. Ha quedado claro que el tabaco es una droga, una sustancia psicoactiva y no hay dudas en cuanto a esto. Hace daño al cerebro. Y, sin embargo, en las comunidades o las clínicas terapéuticas que tratan los drogadictos o las drogodependencias, se ofrece tabaco a los enfermos. Esto es un poco extraño.

R. Sí, es extraño y, de hecho, nosotros en esta ponencia que ha habido del CNTP hemos hablado del proyecto EVICT, que es el binomio cannabis-tabaco. Esto actúa como puerta giratoria, del tabaco se pasa al cannabis y del cannabis se pasa al tabaco. Nuestra propuesta entonces realmente es que se deje el consumo de ambas sustancias a la vez o que se pueden dejar secuencialmente. Realmente no es de recibo que se ofrezca tabaco, porque claro se está normalizado el fumar. Con esto parece que el fumar es menos importante, cuando el tabaco produce muertes, como ya sabemos. Se debería abordar el tratamiento de estas adicciones también con el tabaco incluido.

P. ¿Como se hace la reducción del riesgo en esta sustancia tan difícil, que no deja de ser una de las drogas que más mata y que tiene más gente dependiente?

R. Bueno, en el tabaco el concepto de reducción de riesgo yo creo que ha sido un poco secuestrado por parte de las empresas tabacaleras, que se dedican también a sustancias propias de los cigarrillos electrónicos, etc. Realmente lo que sabemos es que del 60 al 90 % de los que fuman cigarrillos electrónicos, son fumadores duales, por tanto, pensamos que no hay ninguna reducción de riesgo. Hay una propuesta de que eran mucho menos dañinos. Esto no salió de ningún estudio científico, sino que salió de un grupo de supuestos expertos que llegaron a unas conclusiones, donde decían que eran mucho menos dañinos. Pero lo que sabemos, es que tienen sustancias tóxicas y cancerígenas como la acroleína o el formaldeído, metales pesados que son sustancias cancerígenas. Por lo tanto, no podemos proponer, yo como médico, no le puedo proponer a

mis pacientes que utilicen algo que también es dañino. Aún suponiendo que lo fuera menos, que tampoco lo tengo claro, porque hay productos como el níquel por ejemplo, que en los cigarrillos electrónicos se encuentran en mayores concentraciones que en el cigarrillo clásico combustible.

P. Qué ocurre con el tabaco calentado?

R. Hay tabaco calentado donde hay una sustancia que es el acenapteno, que presenta una triple concentración que, en los cigarrillos clásicos combustibles, por tanto, de reducción de riesgo nada. Eso es un concepto que se ha inventado la industria, en este caso para el tabaco y, que nos lo quieren colar para seguir normalizando el uso del tabaco. De hecho, enlaza mucho con un concepto que es siembra la duda para ganar tiempo: Realmente si pensamos en las muertes que produce el tabaco actualmente en España es 69.000. Muertes producidas por tabaco que lleva filtro. ¿Qué significa esto? Que hace 50 años nos vendieron la moto de que el filtro era la solución y de reducción de daños. El filtro no filtra nada, no ha filtrado ninguna muerte.

P. Estas campañas que se hicieron hace algunos años, de no fumar en los restaurantes, no fumar en los transportes públicos o no fumar en espacios cerrados ¿Ha dado resultado?

R. Sí. Ha dado bastantes resultados. El empaquetado neutro que es otra de las medidas que se puso en Australia por primera vez, se hicieron estudios y se vio que se redujo el consumo. Todo lo que sea desnormalizar, subir el precio, que no se pueda fumar en casi ningún sitio, eso desnormaliza y cuando desnormalizas una cosa, ya ves raro que alguien esté fumando. Por tanto, hay una disminución de la prevalencia. Si subes el precio, no se puede fumar en donde haya niños, por ejemplo, no nos debería ver fumar.

P. ¿Se ha dejado de fumar en todo este tiempo o no?

R. Claro, lo que importa de dejar de fumar es aumentar también los intentos de cesación, porque la gente que dejar de fumar, no lo suele dejar así a la primera vez, suele hacer un intento, luego, prueba, da una calada vuelve, pero ya en la segunda o en la tercera lo deja definitivamente y todo ese tipo de medidas son medidas que ayudan mucho a los pacientes. Muchos pacientes me vienen diciendo, yo quiero dejar de fumar, pero es que, además, ahora vale tanto dinero y no puedo fumar en ningún sitio, tengo que estar escondiéndome, me miran raro, etc. todo eso se ha conseguido al desnormalizar el uso del tabaco.

P. es un poco problemática usted lo dice que el aumento del tabaco es una forma de las personas no fumarán y también debería hacer una forma de los jóvenes que no tienen dinero no comprar tabaco, pero no son los jóvenes que están fumando cada vez más?

R. Bueno, los jóvenes ahora están fumando, por ejemplo, cigarrillos electrónicos, pero es que eso es muy barato. A lo mejor cuesta 9 € y puedes tener 200 caladas, entonces se lo compran entre unos cuantos. Hay discotecas en España que han habilitado un córner, un espacio en la discoteca, donde si compras un cigarrillo electrónico por aproximadamente estos 9 €, te regalan un ticket para una copa de alcohol, esto enlaza ya con el congreso que estamos de Socidrogalcohol. Realmente, todo esto va asociado. Por ejemplo, la ley del mercado del Tabaco en España tiene una cosa positiva y es que plantea que todos los cigarrillos electrónicos se deben vender solo en los estancos. Eso sería un gran paso, porque no lo pueden vender en cualquier tienda de chucherías, en cualquier tienda de alimentación o en una gasolinera que puedes comprar un cigarrillo electrónico. Realmente hace falta legislar, y legislaciones valientes.

P. ¿Una sociedad libre de tabaco es utópica?

R. Sí es bastante utópica de hecho, nadie se plantea que no fume nadie, estamos hablando de que se plantee una sociedad en la que solo

fume un 5 %. Muchos países le han puesto ya fecha y nosotros en España queremos ponerle fecha también para el 2040, para llegar a esa prevalencia del 5 %. Que todo esté muy regulado y que el que fume, lo haga sabiendo que estás comprando una sustancia que mata y por tanto, que es el principal problema de salud pública que tenemos en España. Es la primera causa de muerte evitable. Son frases muy gruesas para no tomar acciones, ¿no? Si no fuera por las industrias tabacaleras esto iría diferente, pero claro, las industrias tabacaleras tienen juntas de accionistas, cotizan en bolsa y se dejan la piel ahí, ¿no?

ENTREVISTA A TERESA ORENGO



¿Cómo podemos cambiar el tratamiento si no cambiamos la mentalidad de los profesionales de salud?

Teresa Orengo (TO) - Ese es un problema enorme y en adicciones especialmente, el inmovilismo. Es decir, como estoy cómodo en este tratamiento, no cambio, y a lo mejor puedes mejorar. Los médicos, debemos ser médicos, y a veces se nos olvida, y al igual que en otros campos cambias cosas que funcionan por otras para ver si funcionan mejor, nosotros también.

Muchas veces los médicos hablan de los enfermos en vez de hablar con los enfermos, ¿esto ocurre muchas veces?

TO - Y tanto que sí, yo insisto en todas las charlas que doy y es que el paciente debe colaborar, si un paciente no se cree o no entiende lo que vas a hacer, se va a resistir. Si tú, como médico crees que es lo mejor, tienes que pactar con él, negociar, explicarle porque crees que va a estar mejor y luego aceptar su decisión. Siempre se puede negociar, se puede decidir hacerlo de una manera y si luego crees que no va bien, cambiamos. No se trata de pelear contra él sino de caminar junto a él.

¿Qué tiene de distinto el tratamiento con buprenorfina?

TO - Es distinto y no. Es lo mismo. Estamos hablando de buprenorfina con las mismas características, esta es otra forma de administración. Nos da la seguridad de que el paciente lo va a tomar, nos da la seguridad de que el paciente no va a poder hacer mal uso de los comprimidos y al

paciente le da la tranquilidad de que se olvide de tomar todos los días una pastilla. En determinadas situaciones facilita mucho lo que es la logística, es decir, en pacientes que están en prisión, en centros de tratamiento, ingresados, esto evita tener una enfermera todos los días repartiendo metadona. Será suficiente con que se traiga semanal o bisemanalmente. Y te olvidas hasta el mes siguiente. Eso es una gran ventaja.

¿Y el usuario que la toma puede seguir consumiendo drogas?

TO - La gente consume, lo que pasa es que tiene el receptor ocupado, si lleva una dosis correcta pasa como la buprenorfina o desaparece o disminuye muchísimo su efecto. Con la buprenorfina, el paciente lo que hacía, algún día era lo que dicen ellos mismos, que se auto boicotean, se dejan la pastilla y consumen heroína. Con esto no lo pueden hacer y le das una herramienta más. Lo normal es que desaparezca el consumo de opiodes y disminuya mucho el de alcohol, porque el alcohol entra receptor opioide en el circuito de recompensa. Esto no quita que el paciente tenga que hacer su terapia de prevención de recaídas, terapia psicológica, terapia grupal, etc.

¿Una de las ventajas de este tratamiento es la estabilidad del usuario?

TO - Claro, si tú tomas una medicación que te mantiene con un nivel plasmático estable durante todo el día semana tras semana, lo que consigues es no tener picos y valles. Los pacientes me cuentan que antes se levantaban, iban directos a tomarse la pastilla, porque tenían cierto síntoma de abstinencia, mucha ansia etc. Ahora no, y esto les da muchas sensación de estabilidad. Luego yo pienso que para el craving ayuda mucho tener un nivel constante, porque no estás dependiendo del nivel que tengas si me la tomo o no a tiempo, si llevas una dosis correcta, te vas a mantener bien.

¿Hay alguna evidencia de un mal uso de esta sustancia?

TO - Que yo sepa no, pero también es verdad que es muy nueva, de la buprenorfina sí, de la vía de administración de este tipo no, no tiene mucho perfil de mal uso, porque con esto no vas a coger una intoxicación importante. Se libera muy despacito, entonces si se ha desviado al mercado negro, imagino que será para personas que dejan la heroína y como tratamiento para sacarlo más barato, pero no tengo noticias que haya problemas de mal uso.

¿Es importante para la reducción de riesgo en las calles, las prisiones, y en las salas de venopunción y todo esto, no sería una ventajas para los usuarios?

TO - Ayer lo comente en la presentación. Un perfil que no me esperaba y va muy bien son los pacientes "sin techo". Viven en la calle en situaciones muy precarias, pierden la medicación, se la roban, la cambian por otras cosas, etc. Si tu llevas la medicación puesta por lo menos, ese frente de batalla que es la heroína no lo tienes, tienes la cocaína, la vida, tienes otras cosas pero ese ya no, y están mucho más tranquilos.

¿Estamos hablando de una sustancia de tratamiento más que de reducción de riesgos?

TO - Yo no distingo tratamiento y reducción de riesgos. La reducción de riesgos es como un enfoque más abierto, pero también es tratamiento y no es excluyente. Un paciente puede estar trabajando reducción de riesgos porque consume cocaína, pero si puedo intervenir en la heroína con tratamiento, voy a intervenir. Porque todo eso le va ayudar a ir entrando en tratamiento de otras sustancias.

¿En el inicio del tratamiento hay que hacer deshabituación?

TO - Normalmente pasamos primero un par de días a buprenorfina oral porque como tiene presentación de 2 ml gramos podemos ajustar

la dosis mejor, entonces es más cómodo. Si el paciente viene con tratamiento con buprenorfina sublingual, lo que hacemos directamente es que lo pasamos al mensual y ya está, se calcula la dosis. Si el paciente viene consumiendo heroína, fentanilo o cualquier otro opioide, pasamos primero a buprenorfina por eso, porque para hacer un ajuste de dosis fino. Lo pasaremos al otro en 2 o 3 días y cuando lo tenemos con una dosis estable, pasamos al sublingual sin más problema.

¿Muchas veces decimos que son enfermos crónicos de la metadona, gente que sigue muchos años tomando metadona, Como cambiamos esto?

TO - Estar muchos años tomando metadona, es muy buena noticia, porque esta persona está viva y normalmente está sana y si tiene complicaciones de salud están aguardadas. Hay otros pacientes con los que podemos hacer algún cambio. A lo mejor, plantearle cambiar a buprenorfina de liberación retardada para que pueda viajar más, tener otro tipo de actividad laboral, eso es algo bueno. Debemos tener de todo y, todas las opciones son buenas siempre que sean para un paciente indicado y se pueda cambiar. Lo que pasa es que a veces estamos muy centrados en este está en metadona ya está bien y ya ha terminado, no, todos los pacientes pueden avanzar de la situación en la que estén, gente que está más avanzada podrás conseguir objetivos de un tipo y gente que esté en una situación más precaria objetivos de otro tipo. Pero siempre se puede cambiar y la metadona es fantástica, nos ha permitido que no se mueran como moscas, como pasaba en la época de la heroína de los años 90, era terrible, la mortalidad ha disminuido muchísimo. Pero no nos podemos quedar aquí, tenemos que seguir avanzando y ofreciendo posibilidades.

Este es un fármaco no tiene costes en España para el consumidor. ¿ Esto es una buena respuesta de invertir en la salud ?

TO - Claro, a ver, yo pienso que los gobiernos no lo entienden, como a lo mejor nosotros. Tenemos que hacer un esfuerzo por explicarnos mejor y por hacerles entender que un paciente sano y un paciente estable, es un paciente barato, una endocarditis de un paciente que consume por vía intravenosa, ya es más caro que 40 tratamientos con buprenorfina, con metadona, o con lo que sea. Quiero decir, que tenemos que hacerles entender eso, primero por el paciente, por su calidad de vida y por su felicidad y su desarrollo personal. Pero segundo nos sale barato. Una UCI, una intervención de una endocarditis, un tratamiento de un VIH, una neumonía, va a salir más caro que un inyectable una vez al mes. Entonces es una inversión, para luego retornar. Son pacientes que van mucho a urgencias, son pacientes que tienen muchos accidentes, son pacientes que tienen muchas enfermedades graves, que requieren ingreso hospitalario, ingresos en la UCI, medicaciones cara, intervenciones, etc. Si tenemos la mirada un poquito más amplia y luego ya no hablamos todo el tema social de ingresos en prisión, gastos judiciales, servicios sociales, pensiones, etc. Si tenemos la mirada un poquito más amplia, ese paciente estable más feliz, puede trabajar y puede hacer un montón de cosas. Entonces, confiemos en nuestros pacientes que son buena gente. Hay que darle la oportunidad de que mejoren.



“VERÃO SEGURO 2022”

Decorreu ontem 26 de outubro, no Auditório do Turismo do Algarve, em Faro, a cerimónia de apresentação do balanço da campanha “Verão Seguro 2022”, presidida pelo Ministro da Administração Interna, José Luís Carneiro.

A Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária foi representada pelo seu Presidente, Rui Ribeiro, que apresentou um resumo da sinistralidade, da fiscalização e das campanhas de sensibilização durante o período das férias de verão.

A campanha teve como objetivo alertar os condutores para os cuidados a terem nas suas deslocações durante este período. Sendo esta uma altura do ano em que se regista um aumento das deslocações nas estradas portuguesas, a ANSR apelou à colaboração de todos na adoção de comportamentos seguros durante a condução, nomeadamente: respeitar os limites de velocidade, não consumir álcool, não utilizar indevidamente o telemóvel e parar de duas em duas horas, para evitar a fadiga, em viagens de longa distância.

O slogan da campanha, divulgada nos meios digitais da ANSR e nos painéis de mensagem variável foi “Viaje sem pressa, sem álcool, sem telemóvel”.

Durante o período da campanha, de 1 de julho a 15 de setembro de 2022, os meios digitais alcançaram cerca de 3 milhões de pessoas e os painéis de mensagem variável atingiram cerca de 1.900 milhões de visualizações. Para este desempenho contribuíram também outras campanhas que decorreram em simultâneo, desenvolvidas pela ANSR em parceria com as Forças de Segurança e integradas no Plano Nacional de Fiscalização, sobre as temáticas do telemóvel, da velocidade e dos dispositivos de segurança.



FÓRUM “INOVAÇÃO NA SEGURANÇA RODVIÁRIA”

O Fórum “Inovação na Segurança Rodoviária”, organizado pela Ascendi, decorreu no passado dia 10 de outubro, em Ílhavo, com foco na apresentação de uma Barreira de Segurança inovadora para pontes e viadutos, a implementar em toda a sua rede de infraestruturas, com o objetivo de aumentar a segurança dos seus utentes.

Rui Ribeiro, Presidente da ANSR, participou no evento com uma apresentação subordinada ao tema “A Segurança Rodoviária”.

A sessão terminou com uma visita ao local onde a nova solução de Barreiras de Segurança já se encontra implementada - Nó do Carvoeiro, na A25.

O novo sistema marca já presença em cerca de 16 quilómetros da A25, na sequência de um estudo promovido pela Ascendi que avaliou as barreiras de segurança em toda a sua rede, e do qual resultou um programa de substituição destes equipamentos até 2024.





LANÇAMENTO DO JOGO DE AÇÃO DIGITAL “NEUROPAL”

Decorreu no dia 11 de outubro, no festival internacional de ciência FIC.A, no Espaço Hub-ACT em Porto Salvo, o lançamento do jogo de ação digital NeuroPal, que contou com a presença do Presidente da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, Rui Ribeiro.

Anualmente, 250.000 a 500.000 pessoas sofrem lesões na medula espinal, na sua maioria por causas evitáveis. Neste contexto, foi desenvolvido o jogo NeuroPal, um jogo que promete revolucionar a forma como percebemos situações de risco.

O NeuroPal tem como objetivo ajudar crianças entre os 5 e os 12 anos a reconhecer situações de risco e a adotar comportamentos seguros que possam prevenir acidentes, ao mesmo tempo que explora a anatomia do sistema nervoso e as importantes funções que ele desempenha. Mais do que um jogo educacional digital, o NeuroPal é um jogo sobre segurança e sistema nervoso, que alia conhecimento e tecnologia em prol da segurança rodoviária.

O NeuroPal, financiado pela Fundação “la Caixa” e pela Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, foi desenvolvido por uma equipa multidisciplinar, coordenada pela investigadora Leonor Saúde, do Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes (iMM) e por Joana Barros, coordenadora da Associação Viver a Ciência.

O jogo está disponível em português, espanhol e inglês para download gratuito, para Android e IOS, nas App Stores e no site <http://www.neuro-pal.org>, que disponibiliza materiais educativos adicionais.

UNA GUANTANAMERA DESTACADA



Dra. Anselma Betancourt Pulsan

Anselma Betancourt Pulsan es una guantanamera que se graduó en el Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba en 1983. Esta mujer, a lo largo de su trayectoria laboral, ha estado vinculada en varios momentos con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y, por tanto, tiene muchos recuerdos y anécdotas relacionados con las labores que en otros tiempos desarrolló en el país la Representación de estos organismos.

De su época como estudiante siempre recuerda con mucho cariño la vorágine dentro de las aulas, repletas de jóvenes "pegados a los libros" hasta

altas horas de la noche. Igual recuerda muy bien el espíritu de los festivales de cultura y los encuentros deportivos.

Las memorias de sus primeros años como médica también están vinculadas con los estudiantes, lo que en este caso sus alumnos; los deseos que tenían de aprender, su alegría, y el ímpetu con el que enfrentaban cada reto de la carrera. Tampoco olvida la exigencia de sus tutores, que la guiaron en aquellos inicios como profesional y supieron encaminarla hacia la docencia y la investigación.

En 1989, la Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo trazó tres líneas de investigación priorizadas,

afines con: Programa de Atención Materno Infantil (PAMI); Medicina Natural y Tradicional (MNT) y Neurociencias. A ella la designaron responsable de esta última y eso le permitió comprobar que el alcoholismo constituía un problema de salud en el país, aunque en aquel momento todavía era escasamente visibilizado. Fue entonces que se vinculó con los estudios y las labores dirigidas a la prevención del alcoholismo y otras drogas, un área en la que se especializó y se sigue desempeñando. Acerca de la situación en la isla en torno a este tema comenta la Dra. Betancourt Pulsan:

"En el contexto cubano el consumo de alcohol y de cigarros se han incrementado, con disminución de la edad de inicio y un aumento del consumo en las mujeres. En cuanto a las drogas ilegales, a pesar de las leyes y los esfuerzos multisectoriales, hay que estar muy atentos, sobre todo con adolescentes y jóvenes; aunque en general nuestra sociedad ha ganado conocimiento sobre los daños que producen las drogas y hay una actitud de rechazo hacia el consumo y el tráfico. También se comprende que la persona alcohólica, adicta, está enferma y merece ser tratada para mejorar."

VÍNCULO CON LA COOPERACIÓN TÉCNICA DE OPS/OMS

Junto con otros colegas investigadores, Anselma elaboró el proyecto "Estilos de vida

contra hábitos tóxicos”, conocido como proyecto Caimanera, que fue el primero de su tipo en presentarse para el Movimiento de Municipios Saludables. El principal propósito de este proyecto era demostrar cómo los estilos de vida saludables contribuían con la prevención del alcoholismo, el tabaquismo y el consumo excesivo de café y psicofármacos, y que para ello era muy importante el aporte de diferentes sectores vinculados con la comunidad.

La Dra. Rosaida Ochoa Soto, responsable entonces del Centro Nacional de Educación para la Salud y vinculada al Movimiento de Municipios Saludables, al notar la importancia de la iniciativa, le sugirió ir a La Habana y exponerlo en la Oficina de OPS/OMS. El Dr. Márquez, que era el Representante por ese tiempo, también encontró utilidad a la propuesta. Así, se motivó a ir a Guantánamo y se entrevistó con las autoridades de salud provinciales. Aquella visita abrió las puertas a otros proyectos, como fue el titulado “Calidad del agua en Guantánamo”. Este último buscaba desarrollar aspectos de educación sanitaria en la población y adquirir equipos para mejorar el agua que se consumía en el territorio.

A través de la OPS/OMS, la Dra. Betancourt Pulsan y su grupo de trabajo tuvieron asesoría y aprendieron algunos aspectos relevantes para la realización de esos proyectos, tales como la intersectorialidad, la participación de la comunidad organizada y la integración en las acciones. Asimismo, la OPS facilitó el financiamiento de terceros actores, sobre todo en lo relacionado con agua y saneamiento.

Esas experiencias ocurrieron hace más de 30 años. No había acceso a internet, de manera que resultaba muy ventajoso disponer de fuentes actualizadas



Dra. Anselma Betancourt Pulsan trabajando en la comunidad Macambo, municipio San Antonio del Sur, provincia Guantánamo

para estudiar y profundizar en determinados temas, sobre todo en provincias tan alejadas de la capital como Guantánamo. La OPS puso a disposición su biblioteca, con libros y revistas, que recogían información sobre un asunto tan álgido y polémico como el alcoholismo y otras drogas. Al recordar aquellos momentos Anselma dice:

“Recuerdo la primera vez que vi al Dr. Miguel Márquez, nunca había hablado con ninguna autoridad extranjera y cuando le vi estaba realmente muy nerviosa. Sin embargo, su voz cálida y afable, su solidaridad y experticia como médico, lograron que pudiera sentirme a gusto y optimista.

Al principio yo no veía todo lo que representaba el trabajo que estábamos haciendo en la prevención de hábitos tóxicos en Caimanera. Era la primera vez que en Cuba se realizaba un trabajo de esa envergadura. El Dr. Márquez lo visualizó en toda su magnitud y un día acercándose a mí, me dijo: -Jovencita, ese es su camino en la Ciencia, prevención del alcoholismo... ya casi pasaron 30 años y sigo justo en este camino”.

Con la cooperación de la OPS, el proyecto sobre calidad del agua benefició a muchas comunidades de los municipios El Salvador, Manuel Tames, Baracoa y San Antonio del Sur, por solo

mencionar algunos. Asimismo, la contribución de OPS aportó al intercambio científico y a la realización de eventos internacionales.

Ese apoyo también fue muy útil en 1995, para realizar el I Encuentro Internacional “Estilos de vida contra hábitos tóxicos”, donde se consiguió la presencia de 11 países y más de 100 delegados. Ello fue un logro para la salud y la ciencia guantanamera. Estos encuentros se continúan realizando y, además, en la Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo se creó la cátedra enfocada en la prevención de las drogodependencias, pionera de su tipo en el país y que se acerca a su aniversario 21. En todas estas conquistas, y otras, está la mano de Anselma.

Durante su carrera profesional, muchas personas e instituciones, como la Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo y la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), han sido un soporte para la protagonista de estas líneas. Le ayudaron a vencer obstáculos y conseguir el Doctorado en Ciencias de la Salud. De igual forma, es Profesora Titular, Investigadora Titular y Héroe del Trabajo de la República de Cuba. Según ella misma reconoce, la solidaridad, comprensión y orientación que recibió mediante la colaboración técnica de la OPS también han sido vitales.

SICAD ABORDOU POBREZA E COMPORTAMENTOS ADITIVOS NUMA SOCIEDADE DE RISCO



“Pobreza e comportamentos aditivos numa sociedade de risco” foi o tema da videoconferência SICAD realizada a 18 de outubro, integrada nas comemorações do Dia Internacional para a Erradicação da Pobreza, e que contou com 284 participantes.

A sessão teve como oradores convidados Jorge Barbosa, assistente social, coordenador do CRI Porto Oriental (DICAD - ARS Norte, I.P.) e professor especialista na Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais (UCP), e Américo Nave, psicólogo clínico, diretor Executivo e membro fundador da Associação CRESCER. No papel de moderadora esteve Graça Vilar, psiquiatra e diretora de serviços da Direção de Serviços de Planeamento e Intervenção, do SICAD.

Manuel Cardoso, subdiretor-geral do SICAD, abriu a videoconferência recordando a parceria com a Rede Europeia Anti-Pobreza em que o momento se integrou, salientando que as pessoas com consumos de substâncias psicoativas e/ou outros comportamentos aditivos e os fenómenos de pobreza e de discriminação estão, em muitos casos, ligados.

Após um sumário enquadramento teórico, o trabalho do CRI do Porto Oriental foi o tema abordado por Jorge Barbosa, que considerou que as situações de pobreza foram, e são, sempre uma prioridade.

Américo Nave focou-se nas pessoas em situação sem-abrigo e no projeto “Housing first”, que veio provar que todas as pessoas nesta situação querem sair da rua e que quando entram no programa diminuem o consumo de substâncias.

No período de perguntas e respostas Jorge Barbosa destacou o enorme desafio que é o envelhecimento desta população. Américo Nave salientou o fato destes indivíduos serem pessoas mais informadas, o que torna importante os técnicos terem em conta o conhecimento que eles trazem.

DIRETOR-GERAL DO SICAD INTERVEIO NO WEBINAR “INOVAÇÃO SOCIAL E PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA: REDE DE INTERVENÇÃO SOBRE DROGAS E EDUCAÇÃO DE PARES”



João Goulão foi um dos oradores convidados do webinar, promovido pela associação Kosmicare, que decorreu a 10 de outubro e que teve como foco principal o projeto RIDE - Rede de Informação sobre Drogas e Educação de Pares, de que o SICAD é um dos parceiros.

Na sua intervenção, o diretor-geral do SICAD realçou a importância do projeto que ilustra o tipo de intervenção que corresponde ao que se pretende que seja a abordagem, integrada e articulada, aos problemas relacionados com a droga e as toxicodependências e, também, com o que respeita à exclusão e ao estigma, que considerou ter feito progressos significativos na sociedade portuguesa. Relativamente à abordagem desenvolvida pela Kosmicare e os seus parceiros, que considerou exemplar, nomeadamente a relacionada com o drug-checking, alertou para o fato desta componente estar espalhada por condicionantes legislativas e realçou a necessidade de conhecer o que circula em outro tipo de ambientes de grande fragilidade e vulnerabilidade, para além do contexto recreativo, que a existência de uma pandemia sanitária suscitou.

Referindo-se ao desenho do novo Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2021-2030, João Goulão afirmou que projetos como o RIDE se inserem nos três pilares deste documento: empoderar, cuidar e proteger. Tendo terminado a intervenção assumindo o compromisso de levar à tutela propostas de atualização de legislação enquadradora destes projetos, para que seja consagrada.

O RIDE, projeto de base comunitária desenvolvido no âmbito do Programa Bairros Saudáveis, no concelho de Lisboa, no seu primeiro ano de execução, que termina no presente mês de outubro, nove meses dos quais com drug-checking, envolveu 35 moradores, formou 38 pares, analisou 210 amostras e contactou, nas diversas atividades do projeto, com 250 pessoas utilizadoras de drogas.

DELEGAÇÃO DA POLÓNIA VISITOU SICAD



O SICAD recebeu a 11 de outubro uma delegação da Polónia, composta por representantes de autoridades locais e de membros do National Center for Prevention and Addiction, estrutura nacional de coordenação das políticas em matéria de drogas e álcool, que vieram a Lisboa conhecer a abordagem portuguesa a este fenómeno.

No encontro, realizado no SICAD, foram apresentados os mais recentes desenvolvimentos da nossa política, nomeadamente em termos das linhas orientadoras do Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências (2021-2030) e as respostas desenvolvidas nas áreas de prevenção, tratamento e redução de danos.

Durante a sua presença em Portugal, o grupo visitou ainda duas respostas de redução de danos implementadas pela Associação Ares de Pinhal: a unidade móvel do programa de substituição opiácea em baixo limiar e a Sala de Apoio Integrado (SAI), bem como, a Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT) de Lisboa, onde foi apresentada a implementação da Lei da Descriminalização.