

dependências



Reunião de correspondentes permanentes do Grupo Pompidou



1as. Jornadas da Trofa procuram caminhos para a inclusão



VIH e hepatites víricas: o que tem sido feito e o que falta atingir

AZEVEDOS Genéricos



OBRIGADO!

POR ESCOLHER GENÉRICOS AZEVEDOS



- SISTEMA NERVOSO CENTRAL
- ANTI-INFECIOSOS
- APARELHO LOCOMOTOR
- APARELHO CARDIOVASCULAR
- SANGUE
- APARELHO GENITURINÁRIO
- APARELHO DIGESTIVO
- APARELHO RESPIRATÓRIO
- HORMONAS

Há mais de dois séculos, o seu parceiro na vida.

P. MSRM. Especial. Escalão de comparticipação C.

RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO: NOME DO MEDICAMENTO Buprenorfina Azevedos 2 mg comprimidos sublinguais, Buprenorfina Azevedos 8 mg comprimidos sublinguais **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Cada comprimido de Buprenorfina Azevedos 2 mg contém 2,16 mg de Cloridrato de buprenorfina equivalente a 2 mg de buprenorfina base. Cada comprimido de Buprenorfina Azevedos 8 mg contém 8,64 mg de Cloridrato de buprenorfina equivalente a 8 mg de buprenorfina base. **Excipientes:** Lactose monoidratada, manitol, amido de milho, povidona (Plasdone K29/32), ácido cítrico anidro, citrato de sódio, ácido ascórbico, EDTA e estearato de magnésio. **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos sublinguais. **INFORMAÇÕES CLÍNICAS: Indicações terapêuticas:** Tratamento de substituição em caso de toxicod dependência maior de opiáceos, no âmbito de um programa detalhado de acompanhamento terapêutico do ponto de vista médico, social e psicológico. **Posologia e modo de administração:** O tratamento destina-se a adultos e crianças a partir dos 15 anos de idade que acederam ao tratamento da sua toxicod dependência. Ao instituir o tratamento com buprenorfina, o médico deverá ter presente o perfil agonista parcial da molécula para os recetores μ dos opiáceos, que pode precipitar uma síndrome de privação em doentes dependentes de opiáceos. O resultado do tratamento depende da posologia prescrita assim como do conjunto de medidas médicas, psicológicas, sociais e educacionais tomadas na monitorização do doente. A via de administração é sublingual: Os médicos devem advertir os doentes de que a via sublingual é a única via de administração eficaz e bem tolerada para a administração do medicamento. O comprimido deve ser mantido debaixo da língua até se dissolver, o que ocorre normalmente entre 5 a 10 minutos. **Terapêutica de iniciação:** a dose inicial varia entre 0,8 e 4 mg, administrada numa dose diária única. Toxicod dependentes de opiáceos não submetidos a uma fase de privação: quando se inicia o tratamento, a dose de buprenorfina deve ser tomada, pelo menos 4 horas após o último consumo de opiáceo ou quando surgem os primeiros sintomas de privação. Doentes medicados com metadona: antes de iniciar a terapêutica com buprenorfina, deve reduzir-se a dose de metadona até um máximo de 30 mg/dia; contudo a buprenorfina pode precipitar uma síndrome de privação. Ajuste da posologia e manutenção: a posologia deve ser progressivamente aumentada, dependendo da necessidade de cada doente; a dose diária máxima não deve ser superior a 16 mg. A posologia é titulada de acordo com a reavaliação do estado clínico e situação global do doente. Recomenda-se uma prescrição diária de buprenorfina, particularmente durante a fase de iniciação. Em seguida, após estabilização, pode dar-se ao doente um quantidade de medicamento suficiente para vários dias de tratamento. Contudo, recomenda-se que a quantidade de medicamento dispensada se limite, no máximo, a 7 dias. Redução da posologia e suspensão do tratamento: após um período satisfatório de estabilização e se o doente concordar, a posologia de buprenorfina pode ser gradualmente reduzida; em alguns casos favoráveis, o tratamento pode ser interrompido. A disponibilidade dos comprimidos sublinguais nas doses de 0,4 mg, 3mg e 8 mg, respetivamente, permite efetuar uma titulação decrescente da posologia. Os doentes devem ser mantidos sob vigilância após a suspensão do tratamento com buprenorfina devido ao potencial de recaídas. **Contraindicações:** Hipersensibilidade à buprenorfina ou a qualquer dos excipientes. Crianças com idade inferior a 15 anos. Insuficiência respiratória grave. Insuficiência hepática grave. Alcoolismo agudo ou delírium tremens. **Efeitos indesejáveis:** O aparecimento de efeitos secundários depende do limiar de tolerância do doente, que é mais elevado nos toxicod dependentes do que na população em geral. O quadro 1 inclui efeitos indesejáveis durante os ensaios clínicos. Quadro 1: Efeitos Indesejáveis Relacionados com o Tratamento Notificados por Sistema Orgânico - Muito frequentes (>1/10); Frequentes (> 1/100, <1/10); Pouco frequentes (>1/1.000, <1/100); Raros (>1/10.000, <1/1.000); Muito Raros (<1/10.000) incluindo notificações isoladas (CIOMS III). Perturbações do foro psiquiátrico: Raras - Alucinações; Doenças do sistema nervoso: Frequentes - Insónia, cefaleias, desmaio, tonturas; Vasculopatias: Frequentes - Hipotensão ortostática; Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino: Raras - Depressão respiratória; Doenças gastrointestinais: Frequentes - Obstipação, náuseas, vômitos; Perturbações gerais e alterações no local de administração: Frequentes - Astenia, sonolência, sudores; Outros efeitos indesejáveis notificados durante o período de pós-comercialização: Doenças do sistema imunitário: reações de hipersensibilidade tais como rash, urticária, prurido, broncoespasmo, edema angioneurótico, choque anafilático. Afeções hepatobiliares: Em condições normais de utilização: raros aumentos das transaminases e hepatite icterícia que geralmente se resolvem favoravelmente e em caso de utilização incorreta por via IV, hepatite aguda potencialmente grave; Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos: Em caso de utilização incorreta por via IV: reações locais, por vezes sépticas; Em doentes que apresentam toxicod dependência marcada, a administração inicial de buprenorfina pode provocar em efeito de privação semelhante ao associado à naloxona. **Advertências e precauções especiais de utilização:** Depressão Respiratória: foram descritos alguns casos de morte por depressão respiratória, em particular quando o fármaco foi utilizado em associação com benzodiazepinas ou quando a buprenorfina foi incorretamente utilizada. Hepatite, eventos hepáticos: Foram referidos casos graves de lesão hepática aguda num contexto de utilização incorreta, especialmente pela via de administração intravenosa. Estas lesões hepáticas foram observadas principalmente nas doses elevadas e possivelmente devidas a toxicidade mitocondrial pré-existente ou adquirida. Sempre que se suspeite de um evento hepático, torna-se necessária uma avaliação biológica e etiológica adicional. **Interações medicamentosas e outras formas de interação:** Associações não aconselháveis: O álcool potencia o efeito sedativo da buprenorfina, tornando perigosa a condução de veículos ou a utilização de máquinas. Associações que devem ser utilizadas com precaução: A associação com benzodiazepinas pode provocar a morte devido a depressão respiratória de etiologia central. Esta associação aumenta a depressão do sistema nervoso central. **INFORMAÇÕES ADICIONAIS DISPONÍVEIS A PEDIDO.**



Os riscos que importa não esquecer...

Enquanto em Portugal vamos discutindo se a canábis deve ou não ser legalizada, 85 mil crianças morrem de fome no Iémen vítimas da intensificação da guerra, 150 milhões de crianças e adolescentes são vítimas de trabalho escravo, enquanto outras são traficadas para o negócio da pedofilia e indústria do sexo.

Não nego o interesse da discussão... mas confesso preocupar-me mais pelo que se passa no planeta onde as razões climáticas, o aquecimento global, a fome e a miséria em que vive uma grande parte da população do mundo instigada por guerras fratricidas em que crianças e adolescentes são transformados em meninos e meninas soldados a soldo de organizações terroristas que vivem do negócio das guerras.

Não nego o debate, embora na minha opinião a prioridade seja outra, no entanto seria bom que o debate da canábis fosse desprovido de preconceitos tendo por base o interesse da saúde pública e das pessoas, sem ignorar que estamos a falar de crianças e jovens em risco.

Sobre a canábis, confesso que tenho assistido a uma discussão estéril, fala-se da sua legalização misturam-se falsidades e conceitos, deve ou não a ca-

nábis ser liberalizada, legalizada seja para fins terapêuticos ou para consumo recreativo, ou se a mesma deve ser plantada em casa ou industrializada no campo, se deve ser consumida ou fumada em idade precoce, comercializada ou vendida nas drogarias, supermercados ou nas farmácias... se é uma planta curandeira ou uma substância psicoativa que altera o sistema nervoso central, se produz ou não danos para a saúde, se os estudos epidemiológicos e a evidência científica devem ser tidos em conta, se estamos a falar de uma substância inócua ou não, se é ou não perigosa nas mãos das crianças e jovens, se existe algum perigo associado ao consumo, se se trata de uma substância tóxica causadora de psicoses e esquizofrenia, que envolve riscos para a saúde mental...

Discutir a questão da liberalização da canábis, esquecendo que se trata de um negócio que envolve muitos e diversificados interesses, entre os quais a criminalidade associada ao tráfico de drogas que é a forma mais lucrativa de negócio para os criminosos, com um valor estimado de mais de 320 mil biliões de dólares por ano.

É isto que importa saber, e este é o desafio para todos aqueles que ainda

não perceberam que vivemos situações económicas e socialmente diferentes, esquecemos que todos deveríamos nascer livres e iguais, que continuamos a não aprender que o mundo é de todos, que uma pequena dose de humanidade poderia ajudar a transformar o mundo e a contribuir para a realização de pequenos sonhos e felicidade de tantas crianças.

Eu quero continuar a discutir as questões canábicas mas, antes, gostaria de ver os homens e mulheres a discutir a carta universal dos direitos das crianças e a garantir o seu integral cumprimento para garantir a todas as crianças do planeta o direito à liberdade de ensino, de educação e saúde. Proteção contra todas as formas de exploração, que possam brincar e crescer num ambiente de liberdade e democracia.

Enquanto estes problemas continuarem secundados pelo fenómeno da liberalização e negócio canábico, o mundo continuará social e economicamente pobre e a classe política empobrecida na dialética e nos interesses de um povo que teima em não perceber as razões de tanto egocentrismo e dependência herbácea...

Sérgio Oliveira, director

Saúde e Comunidade na agenda do município

1as. Jornadas da Trofa procuram caminhos para a inclusão



O Auditório do Fórum Trofa XXI acolheu, no dia 5 de junho, as 1^{as} Jornadas da Trofa - Saúde e Comunidade – “Caminhos Para a Inclusão”, evento organizado pela Câmara Municipal da Trofa em parceria com o CRI Porto Ocidental. Fomentar hábitos de vida saudáveis e minimizar comportamentos, como a toxicod dependência, o tabagismo e o alcoolismo, dando igualmente relevância à melhoria da rede dos cuidados de saúde, em cooperação com a administração central são os objetivos primordiais do Município da Trofa na luta contra as dependências.

Desta forma, no passado dia 5 de junho temas como “A Prevenir se vai ao longe”, “As redes no caminho da inclusão”, “Onde estamos e para onde queremos ir” e “A cuidar se vai ao longe” foram abordados nas 1^{as} Jornadas da Trofa – Saúde e Comunidade – “Caminhos Para a Inclusão”.

Nomes como Manuel Sobrinho Simões – Médico, Professor, Investigador, Jorge Negreiros - Professor da Faculdade de Psicologia de Ciências da Educação da UP, Kerstin Hoffmeister - Coordenadora da DICAD/ARS Norte, I.P. – Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências, João Goulão – Diretor Geral do SICAD, Ponciano Oliveira – Vogal do Conselho Diretivo da ARS Norte, I.P., Maria Rosário Loureiro - Coordenador Distrital do Norte da Segurança Social, Carla Lima – Coordenadora do CLDS – Trofa 3G, Natércia Rodrigues – ASAS/Re(Inserir), Maria Helena Silva – Presidente da ASAS Santo Tirso/Trofa, Domingos Neto – Médico, Professor, especialista na área dos Comportamentos Aditivos e Dependências, Júlio Roque – Coordenador do CRI Porto Ocidental, e Ana Tato – Diretora Executiva do ACES Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa marcaram presença nas Jornadas da Trofa.

Quem também esteve presente foi Dependências, que registou o discurso proferido por João Goulão na sessão de abertura e entrevistou ainda Lina Ramos, Vereadora da Câmara Municipal da Trofa, e Jorge Negreiros, Professor da Faculdade de Psicologia de Ciências da Educação da UP.



JOÃO GOULÃO

“O facto de se realizarem estas Jornadas é também um indicador da preocupação com a formação dos profissionais e da reflexão em torno das práticas que vamos prosseguir. Tivemos aqui um bom exemplo, um bom início, com a intervenção do Professor Jorge Negreiros, que nos alerta para a necessidade de desenvolvermos programas de prevenção de qualidade, baseados tanto quanto possível na evidência. Para além das coisas importantes que foram ditas, gostaria de referir que não temos sempre de inventar a roda... Há muita investigação feita, temos a felicidade de ter em Portugal o OEDT, que mantém um repositório de instrumentos validados de intervenção preventiva e não só; há um Portal de Boas Práticas, onde felizmente, está incluído o nosso programa Eu e os Outros, bem como outros, nomeadamente de intervenção familiar, onde é possível buscarmos inspiração, aprendermos e depois trabalhar na formação de profissionais no sentido de sermos capazes de o aplicar no terreno.

Em termos de estratégias preventivas, partimos, há 20 ou 30 anos atrás, de estratégias que adjectivaria de um tanto terroristas... Alguns lembrar-se-ão do célebre programa Droga, Loucura, Morte, que acabou por ser contraproducente, mas que era o que se fazia à luz do que se sabia na altura... Hoje em dia, se calhar,

em vez de abordarmos a questão dos consumos, tornando como parte fundamental os riscos e perigos das drogas ou de dizermos que as mesmas são más, talvez seja importante tomarmos consciência de que as drogas são boas... E as pessoas usam-nas porque são boas... Ninguém usa drogas para sofrer, mas antes em busca de prazer. O grande problema é que, em muitos casos, esse prazer que as drogas proporcionam se vem a transformar na única fonte de prazer que as pessoas são capazes de usufruir. Portanto, se não contrapomos outros prazeres e fontes de bem-estar, dificilmente contrariamos a força destas substâncias ou de outros comportamentos que não passam necessariamente por substâncias. Temos que oferecer coisas que tenham poder de atração e estimulação e fomentar, em muitos casos, os sentimentos de pertença.

Há pois, aqui uma série de fatores em relação aos quais temos que refletir mas gostaria de deixar como ponto de partida esta ideia que as pessoas não usam drogas para sofrer... usam porque são boas. E é daí que vêm os problemas porque, se fossem más, não continuariam a usá-las.

A Dra. Kerstin Hoffmeister falou no 20º aniversário da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga, que marcou de facto um ponto importante na evolução das respostas no nosso país relativas aos problemas de CAD... Queria dizer-vos que estamos a chegar ao fim de um ciclo estratégico, sendo que o Plano Nacional termina em 2020 e é altura agora de desenharmos uma estratégia para o ciclo que aí vem. Assinei ontem o lançamento de um concurso público internacional para que uma entidade venha fazer a avaliação externa da execução da estratégia 2013-2020, o que será um dos elementos importantíssimos a ter em conta relativamente ao lançamento do próximo ciclo estratégico. Penso que, de uma forma generalizada, temos os instrumentos, até legais, necessários para enfrentarmos os novos desafios que se nos colocam, um dos quais o envelhecimento da população que pretendemos servir. Felizmente, mantivemos viva uma população que foi a que, ao fim e ao cabo, motivou o desenvolvimento da rede de serviços hoje existente, conseguimos prestar-lhes cuidados de saúde, eles estão aí e agora temos a responsabilidade de estar com eles enquanto envelhecem, fragilizados pelas condições de saúde física e mental que decorrem desses consumos, agravados pelos que decorrem do envelhecimento. E a criação de unidades que possam servir as necessidades dessa população parece-me uma das prioridades que teremos que equacionar no próximo ciclo.

Para terminar, gostaria de deixar aos profissionais aqui presentes um desafio: que colaborem ativamente no desenho do próximo ciclo estratégico, que identifiquem prioridades... temos que fazer um brainstorming quase de início e depois encontrar as formas de acorrer às necessidades da nossa população nesta área tão exigente. Temos muito a fazer e é importante que cada um, com a sua experiência de terreno, dê os inputs para que tenhamos uma estratégia passível de dar os resultados que pretendemos”.



LINA RAMOS

Em que medida constitui a intervenção social e em saúde uma prioridade para a autarquia da Trofa?

Lina Ramos (LR) – Entrámos nesta Câmara Municipal em 2013 e, desde logo, uma das bandeiras definidas na nossa estratégia de atuação, enquanto Executivo Municipal, foi a aposta nas pessoas, em todas as suas vertentes, daí a nossa preocupação com a área da saúde, da formação e da educação. E é sobretudo na educação e na ação social que pretendemos marcar a diferença na nossa ação de proteção e de apoio aos nossos munícipes. Essa é a nossa grande bandeira... Já conseguimos diminuir substancialmente o desemprego, a taxa de sem-abrigo é residual, são apenas três casos, conhecidos e acompanhados, que ainda não têm uma solução de reintegração, porque eles próprios não querem ir para uma casa. De resto, o Município tem apoio transversal para quem precisa. O nosso lema é fazer pessoas felizes.





Festival de Teatro, a feira do Livro, as provas desportivas Raid BTT trofa, Trail da trofa, Urban Trofa Race, Atletismo, Ciclismo, etc....

Referiu que os jovens da Trofa se deslocam para outros territórios em procura de contextos recreativos... Em que medida equacionaria um trabalho em conjunto com outros municípios no sentido de facultarem respostas mais integradoras?

LR – Neste Executivo, estamos a trabalhar para isso e temos excelentes relações com os parceiros de outras Câmaras, nomeadamente com a Maia e Famalicão. Esta união é fundamental. Para além disso, a Autarquia da Trofa está sempre presente e luta constantemente ao lado das instituições locais, a quem tentamos dar as melhores ferramentas que podemos. Anualmente, auxiliamos financeiramente instituições em todas as freguesias do concelho, que são no fundo a nossa extensão nesses territórios e em quem descentralizamos muitas intervenções. E todas as instituições do concelho estão de mão dada com o atual executivo.

Os comportamentos dos jovens do concelho constituem preocupação?

LR – São preocupantes como em todos os concelhos e, sendo a Trofa um concelho jovem, não poderia ser diferente. Mas temos no terreno vários programas de ação de apoio, sensibilização e intervenção que acompanham os jovens desde o pré-escolar até ao final do ensino secundário. Estes programas decorrem integrados com toda a comunidade, envolvendo a escola e as famílias.

Sendo a Trofa o concelho mais jovem do país, que alternativas oferece a esta população?

LR – A Trofa apresenta hoje inúmeras valências de ocupação de tempos livres vocacionadas para os jovens, nomeadamente as férias desportivas da Academia Municipal da Trofa, a Biblioteca Municipal e a casa da Cultura ou o Centro Comunitário Municipal da Trofa. Em paralelo, na época de férias, tentamos também motivar as instituições concelhias a oferecerem atividades de ocupação de tempos livres. E os nossos jovens podem ser voluntários em todas as instituições do concelho, inclusive na Casa da Cultura ou até na Ação Social. Nós trabalhamos em rede e esta Câmara não teria o sucesso que tem vindo a evidenciar não fosse a parceria com toda a comunidade. De resto, no campo do desporto e lazer temos para os jovens o BeliveTrofa, Festival de Verão, a expoTrofa, o Danc'In Trofa (evento nacional de dança), o



JORGE NEGREIROS

Apetece dizer que a prevenção voltou...

Jorge Negreiros (JN) – Eu acho que nunca deixou de estar presente nas preocupações dos decisores e dos investigadores. No meu caso pessoal, o meu doutoramento foi sobre prevenção e, apesar de ter feito investigação noutras áreas, a prevenção foi sempre uma área importante para mim e na qual deposito grandes esperanças.



Quando se diz que a prevenção não tem números, para o Professor, que trabalhou com a autarquia de Matosinhos, que deixou de ter a sua unidade móvel ativa porque não existe essa necessidade, parece afinal não ser assim tão difícil constatar resultados a partir da intervenção preventiva...

JN – Diria que é da prevenção e do conjunto de políticas que foram aplicadas no concelho, que investiu desde muito cedo e de uma forma muito decisiva em políticas quer ao nível da prevenção, da caracterização do fenómeno – lembro que Matosinhos terá sido o primeiro concelho a tentar efectuar estudos em contexto escolar para caracterizar a dimensão do fenómeno e adequar as intervenções – para além de outras iniciativas que considero muito meritórias, nomeadamente na área da redução de riscos, em que foi também um dos concelhos pioneiros ao disponibilizar esse tipo de serviço à população.

A prevenção do passado parece distante da de hoje...

JN – Sim, a prevenção do passado era muito baseada na intuição, na necessidade de dar uma resposta sem se saber bem se iria funcionar ou não, ao passo que a prevenção de hoje é baseada na investigação científica, na evidência. Portanto, com os conhecimentos que hoje temos para as questões do álcool, das drogas e dos CAD, o tipo de resposta é de qualidade infinitamente superior à que tínhamos há 20 ou 30 anos atrás, em que não sabíamos muito bem o que funcionava. Sabíamos o que não funcionava, nomeadamente as intervenções baseadas no fornecimento de informação mas, depois, havia muita ignorância acerca das estratégias que realmente funcionam.

Apesar dessa produção de evidência, a verdade é que os decisores políticos teimam em ignorar a importância da prevenção...

JN – Pois... esse é provavelmente um problema crónico da nossa sociedade. Recordo-me, há 30 anos, quando comecei a trabalhar nestas áreas, de conversar com o Professor Cândido Agra que me confessava ter sido “mandado” para um sótão para trabalhar estas questões da prevenção... Aquilo era uma espécie de metáfora do que representava a prevenção naquela altura, era uma área pobre. Parece-me, no entanto, que a situação mudou porque a comunidade se mobilizou para desenvolver projetos mas talvez ainda haja um caminho a percorrer, nomeadamente na adaptação de programas que já têm demonstrado que são eficazes e na adaptação cultural.

O Dr. Fernando Mendes lançou recentemente um desafio, que consiste na criação de um fórum sobre prevenção, onde se discutissem estratégias, se avaliassem projetos e onde os interventores se



pu dessem juntar para discutirem e decidirem o futuro desta área... O que lhe parece a ideia?

JN – Considero essa ideia excelente... Aliás, foi isso que se fez quando se preparou a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga, com discussões sectoriais em diferentes áreas que culminaram num bom documento, que ainda hoje nos orgulha e que tem suscitado o interesse de vários países. Essas discussões criam o terreno propício para que o conhecimento científico se alie à decisão política e depois se traduza em melhores resultados para a população. Esses fóruns são sempre positivos, desde que estejam bem articulados com o poder político.

O que pode fazer o meio académico, nomeadamente a Faculdade de Psicologia de Ciências da Educação da UP para que este tema faça novamente parte da agenda?

JN – Nós temos atualmente um projeto europeu, que apresentámos para financiamento pela UE, que consiste numa parceria entre a FPCEUP e a Universidade das Ilhas Baleares, que tem um excelente trabalho ao longo dos últimos 20 anos na área da prevenção familiar e que visa adaptarmos em Portugal um programa americano, que já foi igualmente adaptado em Espanha. Será o nosso modesto contributo para esta área.



APEDD promove reflexão sobre a organização dos serviços em CAD



A Associação Portuguesa de Adictologia (APEDD) organizou, no dia 4 de maio, na Casa da Comunidade Sustentável, em Aveiro, uma reunião de profissionais a trabalhar em adictologia subordinada ao tema Rede de Cuidados Especializados em Adictologia: porquê, para quem e como? Um evento que contou com uma adesão massiva, o que elevou a capacidade de reflexão e de afirmação dos profissionais em CAD relativamente à relevância dos serviços públicos de saúde para as adições. No contexto português actual, e perante um desafio de 8 anos de agastamento nos CRI e Unidades de Intervenção Local, requerendo uma abordagem global urgente e clarificadora, é notória a preocupação relativamente ao rumo e organização dos serviços. “É crucial e urgente uma renovação dos recursos, humanos e de equipamentos, e melhorar a capacidade de intervenção nas novas áreas. As políticas públicas para as adições permanecem hoje ainda numa situação de incerteza quanto à definição de um modelo organizacional para as adições, que acompanhe as novas realidades sobre comportamentos aditivos e dependências e que reflita a sua natureza multidimensional. Esta situação contribui largamente para a fragilização e desqualificação lenta dos serviços e para acentuar o continuado e desesperante esforço dos profissionais em manter uma resposta condigna aos utentes e famílias que todos os dias acorrem aos serviços”, refere a APEDD.

Do programa constaram temas como “Novos desafios em velhos doentes; os utentes novos e os que ainda não são nossos utentes - uma leitura da realidade das adições dentro e fora das ET - Que respostas a manter e a criar?” e “Que organização, para que as respostas necessárias sejam acessíveis, coesas e eficientes? Que organização de forma a que sejam mantidas as intervenções dos profissionais, a multidisciplinariedade, bem como a necessária coerência científica?”. A cada tema correspondeu um debate entre os profissionais presentes, que apresentaram propostas por escrito, que seriam aprovadas pela Assembleia...

Dependências esteve presente no evento e entrevistou o Presidente da APEDD, Rocha Almeida...



ROCHA ALMEIDA

Assistimos aqui a uma reflexão aqui relativamente ao estado atual dos serviços em CAD, com muitas preocupações relevadas por uma plateia que aderiu em peso a esta iniciativa organizada pela Associação Portuguesa de Adictologia

Rocha Almeida (RA) – Antes disso, gostaria de falar sobre a importância que estamos a dar à constituição destes grupos de trabalho. Apesar de apenas agora o estarmos a formalizar, já vínhamos há algum tempo a trabalhar na constituição destes grupos. Propusemos à Ordem dos Médicos a criação da Competência em Adictologia Clínica, e criamos um grupo de trabalho que integrou a estrutura nomeada pela Ordem dos Médicos que trabalhou na criação desta competência. Estes grupos de trabalho da APEDD são criadas para responder a questões de índole científica, tendo como objetivo contribuir para melhorar a intervenção na área dos comportamentos aditivos e dependências.

Quanto a esta reunião, destacaria em primeiro lugar a adesão dos sócios da APEDD – e não só – e a importância que conferimos à necessidade do debate em torno da organização dos serviços. Há muito que temos vindo a chamar a atenção para a necessidade de uma tomada de decisão.

Desde 2011, altura em que o IDT foi extinto e houve uma integração nas ARS, que não sabemos que definição se pretende para estes serviços. Os profissionais foram-se mobilizando reivindicando melhores condições, é assim que nasce o Grupo de Aveiro que tem sido importante na sua intervenção. A APEDD vem agora com este grupo de trabalho chamar a atenção de quem tem que tomar decisões para a necessidade de definir se é ou não importante a área dos Comportamentos Aditivos e Dependências.

Também se falou aqui no tabu álcool, a toxicodependência dos portugueses... Em que medida será intenção da APEDD promover, também a este nível, um debate claro e aberto no sentido de se encontrarem respostas?

RA – Sim, esse é um aspeto importante neste debate. O que aqui referimos foi que a integração em 2007 dos três centros regionais de alcoologia no IDT, não foi acompanhado nos Centros de Respostas Integradas de um aumento de recursos necessários para dar resposta aos utentes com problemas ligados ao álcool. A verdade é que esta integração não correspondeu a qualquer reforço da capacidade de recursos, isto é, é a mesma estrutura que tínhamos anteriormente, o que tem trazido alguns problemas face ao aumento de pedidos de apoio de utentes com problemas ligados ao álcool e também face à saída de profissionais por aposentação, emigração ou mobilidade.

Sabemos que a Ordem dos Médicos reconheceu esta competência em CAD mas, face à especificidade que esta competência e especialidade conferem, como será possível responder aos problemas com o tipo de organização atual?

RA – É a pergunta que andamos a fazer há muito tempo, há ou não necessidade de termos serviços especializados para dar resposta a esta patologia? O reconhecimento da Ordem dos Médicos da competência em Adictologia Clínica vem reforçar a necessidade de termos áreas específicas de resposta para esta patologia. Estamos a trabalhar com outras áreas profissionais para que façam o mesmo junto das suas estruturas representativas.

Sobre o modelo de organização destes serviços públicos, o que constatamos é que já lá vão duas legislaturas e dois governos e não temos qualquer resposta sobre a definição de um modelo. É importante referir que os partidos que sustentam o atual governo se manifestaram contrários à extinção do IDT feita pelo anterior governo e no entanto, nada fizeram para reverter esta situação. Foi por incapacidade ou entendem que afinal estes serviços não são necessários? Nas audiências que tivemos colocamos sempre esta questão, à qual nos respondem que somos importantes e necessários, mas o que verificamos é que ninguém avança com qualquer tipo de decisão.

Nesta sessão, também ficou claro que o panorama nacional em CAD não se afigura tão fácil como, à primeira vista, poderia transparecer e registei uma expressão usada numa comunicação: “Os adolescentes têm hoje consumos de adultos” Que análise faz da evolução

deste quadro ao longo dos últimos 18 anos, desde a extinção do IDT até hoje?

RA – Nas décadas 80/90 e ainda no início do ano 2000 tínhamos em tratamento uma população maioritariamente dependente de heroína. Muitos destes utentes mantêm-se nos serviços em tratamento, estão mais envelhecidos e cada vez mais a precisar de cuidados seja na área física e/ou mental. Há agora um outro padrão de consumo, com predomínio do policonsumo de substâncias a que se associa o consumo excessivo de álcool, consumo que se faz com fins recreativos e socializantes. Temos também um outro perfil de consumidores, mais jovens, bem integrados na sociedade, com uma situação financeira relativamente boa, uma vida social intensa e que não consomem diariamente. Embora muitos destes consumidores não sintam consequências destes consumos, há um pequeno grupo desta população com problemas de abuso e que recorrem a tratamento. Se olharmos as estatísticas vemos que nos anos 90 mais de 80% das primeiras consultas era por consumo de heroína, em 2017 mais de 50% das primeiras consultas era por consumo de cannabis e mais de 20% por consumo de cocaína, o consumo de heroína representava 20% de primeiras consultas em 2017. Não podemos esquecer também os problemas com as dependências sem substâncias, jogo, internet, etc. Podemos dizer que a dimensão dos problemas com o consumo de opiáceos já não tem a visibilidade e a gravidade que tiveram anteriormente na sociedade portuguesa, mas deparamo-nos com outros desafios para os quais temos de dar resposta. E aqui reforçaria a importância da intervenção comunitária, seja na área da prevenção ou da redução de riscos e minimização de danos. E é aqui que nos questionamos se temos capacidade de continuar a dar as mesmas respostas que durante anos fomos concretizando através de planos e estratégias de intervenção.

Como “homem da casa”, que significado atribui ao facto de comemorarmos atualmente os 20 anos da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga, num momento em que não existe um serviço capaz de avançar com novas estratégias?

RA – A Estratégia foi extremamente importante e definiu um rumo, um caminho a seguir, o que permitiu encontrar formas de dar resposta às necessidades da população com problemas de dependência. E o problema abrangia uma larga franja da população portuguesa de todas as idades e todos os níveis sociais. O modelo criado com esta estratégia e reconhecido internacionalmente, assentou numa abordagem integrada com intervenções nas áreas da prevenção, da dissuasão, da redução de riscos e minimização de danos, do tratamento e da reinserção. Para nós toda a intervenção deve assentar neste paradigma que tão bons resultados tem dado. Se agora estamos a celebrar 20 anos, temos que continuar a pensar que o problema não acabou e que está em permanente mudança. Temos um novo padrão de consumo, um outro perfil de consumidores para os quais necessitamos de outros tipos de intervenções face a um aumento de procura de apoio destes consumidores. Só assim poderemos continuar a executar uma estratégia que tem levado a resultados positivos.



Evento decorreu em dois dias, em Coimbra: Jornadas da APEDD reúnem mais de 300 profissionais



Cerca de 300 profissionais marcaram presença nas Jornadas da Associação Portuguesa de Adictologia, evento que decorreu, nos dias 6 e 7 de junho em Coimbra. A Vertigem do Risco e os Labirintos da Vontade – Olhares sobre Comportamentos Aditivos foi o mote preconizado pela APEDD, uma associação científica dedicada à dignificação da actividade dos profissionais que trabalham, directa ou indirectamente, em matéria de adições, bem como à formação, estudo e investigação dos comportamentos aditivos.

O evento foi realizado em parceria com o Centro de Inovação em Bio-medicina e Biotecnologia dos CHUC e decorreu no Auditório da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra, resultando numa reflexão sobre comportamentos aditivos e dependências na população adolescente e jovem adulta e de que forma a investigação, a clínica e o direito contribuem para a compreensão dos mesmos.

Dependências esteve presente no evento e entrevistou João Curto, membro da APEDD e Rui Tato Marinho, um dos preletores na sessão educativa Eliminar a Hepatite C até 2030: A Responsabilidade Partilhada num Objetivo?



JOÃO CURTO

O que pretende a APEDD atingir através da realização destas I Jornadas?

João Curto (JC) – Pretendemos actualizar uma discussão sobre dimensões que nos parecem fundamentais nos comportamentos aditivos: a que respeita às pessoas, nomeadamente os adolescentes e os jovens adultos e os seus potenciais comportamentos aditivos e a dimensão educativa, não apenas nas perspetivas familiar e social, mas igualmente sob o ponto de vista da legalidade. Por isso, incluímos algumas sessões com gente ligada à justiça, para percebermos que linguagem nos poderá aproximar nesta matéria das adições. E, dado o momento e circunstâncias que o país atravessa, em termos de definição de serviços, achámos também pertinente não deixar cair mais uma organização que se pretende nacional e que recupere o bom serviço prestado anteriormente pelas organizações públicas. Nesta fase, assistimos um pouco à degradação dos serviços e sabemos que não se trata. Para já, de uma prioridade... Por um lado, ainda bem, porque é um sinal de que o trabalho foi bem feito nos anos anteriores mas também queremos transmitir que não podemos dormir descansados, uma vez que estão a surgir outros comportamentos aditivos, com padrões



de consumo variados, alguns sem substância, que complicam a vida particularmente nestas faixas etárias que falamos. Portanto, reactivar esta discussão é, ao mesmo tempo, tentar prevenir futuras complicações e impedir que os serviços se degradem e não tenham resposta para os novos comportamentos.

Sendo a APEED uma instituição de cariz científico, pergunto-lhe se este conhecimento vale de alguma coisa se não existir no país uma organização eficaz dos serviços...

JC – Efetivamente, temos essa dimensão da investigação, que nos ajuda a perceber um pouco melhor que futuras intervenções podemos fazer, de âmbito farmacológico mas igualmente social e psicossocial. Mas é verdade que, sem uma estrutura organizacional forte e capaz, podemos correr sérios riscos de estragar o que foi feito. Por outro lado, diminuir a importância das questões não as resolve. O essencial é que a clínica possa estar presente, o que obriga a uma organização e estruturação dos serviços por trás. E nesse caso, os serviços públicos são essenciais, até porque é conhecida a importância que representam neste país, mas a verdade é que atualmente só sobrevivem graças à boa vontade e grande esforço que os profissionais vão fazendo... mas isso não dura sempre... Estamos a atingir limites!

Tem notado na prática clínica efeitos desse desinvestimento?

JC – Sim, particularmente no último ano, temos notado um acréscimo das consultas, nomeadamente numa área que se considera perfeitamente controlável, que é o caso dos opiáceos. E sob diversas formas que não apenas a clássica heroína mas igualmente de opiáceos de prescrição médica. Há pois um conjunto de fatores que deve ser tido em atenção e isso só se consegue com uma estruturação bem definida dos serviços, que têm que estar unidos e interligados. Sem isto, dificilmente conseguimos abordar este problema multidimensional.

Há menos de um mês, a ministra da saúde garantiu que surgiriam novidades ainda antes do final da atual legislatura... Acredita?

JC – Eu gostaria de acreditar mas a verdade é que andamos com estas promessas há muitos anos, fundamentalmente neste governo que, no início, prometeu que iria haver uma solução. É lamentável que, passados quatro anos, não tenhamos ainda uma decisão. E já nem pedimos muito... Falando como profissional dos serviços públicos, constato uma falta de percepção de como as coisas se estão a passar com os serviços. E se não há interesse, pelo menos que se diga e se tome uma decisão. Também ouvi em Lisboa essa promessa da Senhora Ministra e assim esperamos que aconteça.

Para uma altura em que o serviço está em crise, cerca de 300 inscrições neste evento são significativas...

JC – É significativo, tal como a preocupação que as pessoas revelam, ávidas de continuar e de receber novos ensinamentos. Mas, lá está, estes encontros são o esforço de alguns que não querem que os serviços sejam

desmerecidos. Acho que o Governo está a esquecer-se que houve um serviço que mereceu bem a denominação de prestação de boas práticas, reconhecidas internacionalmente e com uma intervenção magnífica ao longo destes anos, que permitiu este controle... Então, não desfaçam isto. É necessário que os serviços continuem organizados. É necessário termos uma estrutura que defina o rumo para onde querem ir.



RUI TATO MARINHO

O que nos traz a esta conferência?

Rui Tato Marinho (RM) – Nesta conferência, o objetivo consiste em divulgar o problema da Hepatite C neste mundo das adições. Sabemos que este mundo das adições está cheio de Hepatite C, neste momento há uma abordagem nova sem efeitos secundários, nomeadamente a nível neuropsiquiátrico, conseguindo-se eliminar o vírus com uma eficácia de quase 100 por cento e o objetivo é explicar essa eficácia terapêutica, que é única na medicina, as consequências da Hepatite C e como se pode evitar.

Fala-se atualmente numa metodologia de um único passo para o tratamento, existindo já equipas de rua a projetá-lo... É o que falta ao país?

RM – O que falta é uma decisão política eficaz, como aconteceu no início com o Infarmed e o Ministério da Saúde e fomos pioneiros a nível internacional nesse campo... Agora abrandámos um pouco e temos que re-visitamos a estratégia da Hepatite C.

Certo é que já foram desenvolvidas diversas aplicações informáticas e estudos que constataram que Portugal, seguindo o rumo atual, não conseguirá eliminar até 2030...

RM – Ainda faltam 11 anos e esse é um horizonte que permite conseguir muita coisa. Acredito que se perceba que temos que atuar de uma





maneira diferente e mais efetiva. Ainda há hospitais que têm muita dificuldade em passar a medicação para a boca dos doentes...

Essa centralização do medicamento nos centros hospitalares não constituiu também uma barreira ao acesso, até porque alguns centros hospitalares passam por dificuldades financeiras e outras?

RM – Não obrigatoriamente... Percebo a centralização nas pessoas que estão mais especializadas no tratamento da Hepatite C e da doença do fígado... Isto não é só tomar os comprimidos e eliminar o vírus, é uma doença oncogénica, os exames de diagnóstico, como o fibroscan ou a ecografia, falham em 20 por cento casos, portanto, é necessária uma abordagem global. Não podemos ser muito redutores nem nos cingirmos a dar apenas o comprimido... Por isso, até concordo que haja centros de referência ou centros que estejam mais habituados a tratar. No meu entender, não se pode colocar esta questão nas farmácias ou nos médicos de medicina geral e familiar que, com o devido respeito, não estão muito por dentro deste assunto... Se queremos ver um doente como um problema global, físico, mental e social, não podemos ser demasiado redutores e resumir a intervenção à toma dos comprimidos...

Mas o que falta para que essa decisão política seja eficaz?

RM – Que os responsáveis políticos decidam da maneira como os responsáveis de 2015, designadamente o Infarmed, na pessoa do Dr. Eurico Castro Alves, o ministro Paulo Macedo e a Assembleia da República, que quiseram pôr o país a funcionar e, independentemente de ser o hospital a, b ou c, as coisas tinham que funcionar e aparecer feitas.

Mas o que falta em concreto, no terreno?

RM – Como estratégia nacional, faltam várias coisas... Falta identificar no terreno as pessoas que estão infetadas e nós defendemos que se faça a análise pelo menos uma vez na vida, tal como se faz no VIH. Iden-



tificar as cerca de 40 mil pessoas que presumimos estarem infetadas é um dever de cidadania nacional e de saúde e até de direitos humanos...

Isso deve ser feito nos cuidados primários?

RM – Na conjugação das várias equipas: nos cuidados primários, se calhar com formação dos cuidados mais especializados e com a colaboração entre todos. Uma estratégia nacional para o controlo de qualquer doença implica vários stakeholders, entre os quais informáticos, farmacêuticos, médicos, cirurgiões, jornalistas, políticos, economistas...

Depois de feito o diagnóstico, o doente deve ser acompanhado num hospital?

RM – No meu entender, não é obrigatório... Os que se identificam com cirrose sim, devem ser acompanhados num hospital ou, eventualmente, em centros de saúde, por profissionais de medicina geral e familiar que tenham formação contínua e uma forte ligação com o hospital... Falamos numa realidade complexa, com cancro, com transplante hepático...

Foi recentemente eleito Presidente da Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia... O que significa e o que poderemos esperar deste seu exercício?

RM – É uma honra muito grande. É uma grande Sociedade... a especialidade Gastroenterologia engloba imensas doenças, sabemos que cerca de 3 milhões de portugueses irão um dia precisar de um gastroenterologista e pretendemos explicar o que um gastroenterologista faz, as doenças que trata, muitas delas mortais – 10% das mortes entre os portugueses tem a ver com cancro digestivo, sendo que lidamos com um terço dos cancros... Acho que somos muito úteis à população e queremos criar awareness, que nos compreendam para ajudarmos também a população. No fundo, o nosso grande objetivo é que esta não tenha tantas doenças.



Ciclos Temáticos de Formação em Alcoologia da Unidade de Alcoologia de Coimbra

A entrevista motivacional, por Maria José Corte Real

A Unidade de Alcoologia de Coimbra (UAC) é uma unidade especializada no tratamento e reabilitação de doentes com problemas ligados ao uso, abuso e dependência de álcool, desenvolvendo para esse efeito programa de internamento e ambulatório. Os Ciclos Temáticos de Formação em Alcoologia são entendidos como um fórum de debate e formação interna e externa sobre áreas relevantes de intervenção técnica relacionada com o uso, abuso e dependência de álcool e demais problemas daí decorrentes, que se enquadrem no âmbito da prevenção, tratamento/reabilitação e reinserção de doentes com PLA's. Com este projecto, pretende-se promover o debate técnico entre as diferentes áreas do saber e distintas entidades que concorrem directa ou indirectamente para o processo de prevenção, tratamento/reabilitação e reinserção de pessoas com problemas ligados ao consumo nocivo de álcool. No dia 21 de maio, Maria José Corte Real, que acedeu também conversar com Dependências, foi a preleitora convidada a desenvolver o tema Entrevista Motivacional...



MARIA JOSÉ CORTE REAL

Em que medida representa a entrevista motivacional uma ferramenta importante no tratamento dos CAD e, em particular, na problemática do álcool?

Maria José Corte Real (MR) – A entrevista motivacional é importante porque é uma técnica, não para o nosso doente mas com o nosso doente. É um trabalho que fazemos com o doente e, nesse sentido, é importante porque, através destas estratégias, o indivíduo pode escolher o percurso que mais se adequa à sua personalidade, à sua maneira de ser e às suas condições de vida, o que acaba por dar alguma segurança no arriscar mudar o comportamento.

Quem necessitará ser mais motivado: o doente ou o próprio tratador?

MR – Se calhar os dois... Por isso, esta não é uma intervenção para o doente mas com o doente... Portanto, se calhar, precisam os dois de se motivarem e de acreditarem na capacidade de mudança.

Sendo o álcool uma substância culturalmente aceite, onde se coloca a família quando se trata o doente?

MR – Temos que a colocar ao lado do doente. Não pode ser de outra forma, até porque a família é também sofredora face a tudo o que acontece. O mal estar que o doente sente é transposto e também sentido pela própria família, portanto, é importantíssimo que, ao trabalhar-se a mudança comportamental com um doente alcoólico ou com outras dependências, que os familiares, pelo menos o de maior referência e acompanhamento, possam também ter algum espaço para compreenderem o que está a passar-se, como poderão eventualmente estar presentes e ajudar o seu familiar. Eu sou também terapeuta familiar e defendo que a família deverá fazer sempre parte do processo.

Habitualmente, estes doentes negam a sua doença... Como trabalha essa rejeição?

MR – Essa rejeição dá-me indicações de que a estratégia que estou a utilizar não está a surtir qualquer efeito e, como tal, compete ao terapeuta motivacional ir procurando outras estratégias que possam, de alguma forma, fazer sentido ao doente. Se o doente está a rejeitar tudo aquilo que está a ser trabalhado naquele momento é porque não lhe está a fazer sentido e, assim sendo, compete ao terapeuta procurar um outro caminho.

Os doentes recorrem habitualmente de livre vontade ou são "arrastados"?

MR – Temos de tudo... Temos utentes que vêm de livre vontade, outros impelidos pela família, outros com obrigatoriedade do tribunal...

Consegue apontar um caso concreto em que tenha sentido frustração nessa árdua tarefa de motivar?

MR – Nas dependências as frustrações são muitas... Uma das coisas que o terapeuta tem que saber fazer é lidar com as suas próprias frustrações e a entrevista motivacional ajuda-nos muito porque percebemos que, se calhar, é também preciso aceitar o indivíduo como ele é e perceber que, se hoje estou frustrado porque as coisas não correram bem, isso não invalida que, daqui a dois ou três meses, haja uma alteração ou mudança e se possa recomeçar um caminho. As recaídas e o andar para trás fazem parte do processo de crescimento e se lhe dissesse que tenho uma grande frustração isso signi-

Gilead organiza Virology Meeting Point 2019: VIH e hepatites víricas: o que tem sido feito e o que falta atingir



VIROLOGY
meeting point'19



A Gilead Sciences Portugal organizou, nos dias 10 e 11 de maio, a 6ª edição do Virology Meeting Point. O evento, que reúne especialistas nacionais e internacionais nas áreas do VIH e das hepatites víricas decorreu na Figueira da Foz, subordinando-se ao objetivo de debater as perspetivas atuais na terapêutica antirretrovírica no VIH, bem como a importância do rastreio e da ligação aos cuidados de saúde dos doentes com infeção por VIH e VHC.

A destacar, no primeiro dia do evento, a realização de uma sessão dedicada à infeção por VIH, com o início rápido da terapêutica antirretrovírica, o paradigma das terapêuticas atuais e a perspetiva do doente sobre as diferentes abordagens no centro da reflexão.

No segundo dia de trabalho esteve em foco o rastreio e a ligação aos cuidados de saúde dos doentes infetados por VHC e VIH, que incluiu uma palestra dedicada aos doentes com infeção por VHC que visou essencialmente quebrar o estigma dos utilizadores de drogas através de uma melhor compreensão dos fatores neurobiológicos que estão na origem dos seus comportamentos.

O Virology Meeting Point correspondeu igualmente a um momento de partilha e discussão de projetos nacionais de rastreio e ligação aos cuidados de saúde dos doentes com VHC e VIH, numa dinâmica de grupo, um momento que a Gilead acredita que será muito interessante e profícuo, principalmente pela oportunidade de participação de todos os intervenientes na gestão destes doentes – profissionais de saúde e organizações de base comunitária.

“O Virology Meeting Point pretende, acima de tudo, discutir o que tem vindo a ser feito e o que está ainda por conseguir, tanto na área do VIH como na área das hepatites víricas” - refere Vítor Papão, Diretor-Geral da Gilead Sciences Portugal. “É importante discutir os últimos avanços em termos de inovação terapêutica, na ligação dos doentes aos cuidados de saúde e no caminho para a eliminação da hepatite C, entre outros temas, com a comunidade médica, outros profissionais de saúde e as organizações de base comunitária, garantindo que, em conjunto, se avance na melhoria do prognóstico e da qualidade de vida dos doentes”, sustenta.

Dependências marcou presença no evento e entrevistou Rodrigo Coutinho...



RODRIGO COUTINHO

Que importância assume a neurobiologia da adição num quadro de procura de respostas para o tratamento em CAD?

Rodrigo Coutinho (RC) – A neurobiologia da adição tem uma grande importância porque nos fornece mais um instrumento de compreensibilidade das questões que se colocam com os utilizadores de drogas desorganizados ou problemáticos. E ajuda-nos a compreender muitas atitudes e comportamentos que estas pessoas têm e que não têm a ver com desinteresse ou contradição mas antes com um “sequestro” da parte neurobiológica que produz comportamentos muito centrados na droga, impossibilitando-os de verem mais além...

Durante muitos anos, as equipas de intervenção em CAD “esqueceram-se” deste problema aqui debatido, a Hepatite C...

RC – O que aconteceu na história da Hepatite C em Portugal foi, por um lado, a existência de uma epidemia de Sida que absorveu tudo... O facto é que os serviços que atuavam na área da droga faziam, desde o início, rastreios sistemáticos, também da Hepatite C... No entanto, os



tratamentos na altura disponíveis para a Hepatite C eram rejeitados por serem extremamente dolorosos, complicados e difíceis, pelo que os nossos doentes não aderiam de todo. Por outro lado, também é verdade que os próprios técnicos não tinham um conhecimento tão aprofundado da Hepatite C, estando muito mais preocupados com o VIH, sendo que a Hepatite C, apesar de rastreada, não representava uma preocupação tão importante para seguimento, monitorização e tratamento.

Ouvimos falar ainda hoje em muitas barreiras ao tratamento, quer por parte destes doentes, quer por parte dos profissionais que os acompanham, o que acaba por dificultar a adesão terapêutica... O que justifica este panorama?

RC – É evidente que as respostas tradicionais ou as várias etapas que a pessoa tem que percorrer para chegar ao tratamento constituem barreiras. Até podem querer tratar-se mas, porque estão de tal maneira envolvidos pelo consumo de substâncias, não conseguem percorrer todas essas etapas. Por isso, está neste momento a ser desenvolvida uma estratégia constituída por uma única etapa, em que tudo é avaliado e o tratamento é iniciado, sempre numa óptica de proximidade com o serviço em que o doente está a fazer o acompanhamento da toxicodependência.

Entretanto, também ouvimos aqui falar na tal barreira relacionada com a centralização da administração do medicamento nos centros hospitalares, o que se tem traduzido num enorme retrocesso face à desejável celeridade...

RC – Claramente! Neste caso, na perspetiva do acesso ao tratamento, foi acrescentada mais uma etapa. Se antes os hospitais tinham uma plataforma nacional, hoje, cada um é responsável pelos medicamentos... E tudo isso colide depois com orçamentos do hospital e problemas de outra ordem que vão dificultar o acesso.

Calculo que sejam muitos os rastreios anuais que a Ares do Pinhal realiza no âmbito da Hepatite C...

RC – Sim, são muitos... na ordem dos 400...

E depois do rastreio, o que fazem?

RC – Nós fomos montando estratégias que potenciasses que, após o rastreio, houvesse uma resposta... Rastrear e não facultar uma resposta é ainda pior do que não rastrear porque nós ficamos a saber que o utente está infetado e que pode ser tratado; o utente sabe que está infetado e não tem acesso ao tratamento e tudo isso coloca uma grande tensão entre o paciente e a estrutura. Portanto, fomos obrigados a procurar uma solução para tentarmos encontrar a melhor solução possível de acesso ao tratamento.

Que soluções considera as mais adequadas para uma intervenção eficaz?

RC – Nos programas de proximidade de redução de danos, a solução é haver uma única etapa, um único acto em que a pessoa é rastreada e avaliada e, a partir dessa avaliação, percebe-se se precisa de tratamento e, caso se confirme essa necessidade, o tratamento vai ter com a pessoa, nomeadamente nas unidades móveis, cuja equipa vai buscar o fármaco às farmácias.

Acredita na eliminação da Hepatite C?

RC – Com este ritmo, tenho grandes dúvidas... Pela forma como esta questão está a ser gerida e como as coisas estão a correr atualmente, tenho dúvidas... Realmente, temos colocado muitas pessoas para tratamento mas precisávamos de colocar muitas mais, o triplo ou o quádruplo. E somos muito poucos os que proporcionam este tipo de abordagem. Há uma grande franja desta população que não tem acesso aos programas existentes e que irá certamente ficar fora. Se não eliminarmos uma percentagem importante das pessoas desta população com Hepatite C, ela vai perpetuar-se.



Solução para pulverização nasal de naloxona “chega” a potenciais interventores

Ilhas açorianas recebem formação que pode ajudar a salvar vidas

As ilhas de São Miguel, Terceira e Faial, nos Açores, foram palco, nos dias 3, 4 e 5 de junho, de ações de formação dedicadas ao tema Nyxoid - solução para pulverização nasal de naloxona. O formador foi Fábio Luz, Médico de Medicina Geral e Familiar e responsável clínico pelo Programa de Substituição Opiácea “Percurso”, na Unidade de Saúde da Ilha Terceira. Intoxicação aguda por opióides: fatores de risco e determinantes, Naloxona: tratamento em intoxicação aguda, Apresentação do Nyxoid, Vantagens da naloxona intranasal e Cuidados centrados no doente foram alguns dos tópicos desenvolvidos nestas formações, dirigidas em particular a potenciais interventores em possíveis casos de overdose mas igualmente a qualquer outro cidadão. Em entrevista, Fábio Luz dá-nos a conhecer os contornos destas ações...

A que públicos se destinam e que principais objetivos visam as ações de formação subordinadas ao Nyxoid, solução para pulverização nasal de naloxona?

Fábio Luz (FL) - As ações de formação acerca da naloxona intranasal (“Nyxoid”) destinam-se a qualquer pessoa ou profissional, que tenha alta probabilidade de ser um primeiro respondedor num possível caso de sobredosagem (“overdose”) opiácea. Estamos a referir-nos principalmente a: médicos e enfermeiros, que trabalham com este tipo de utente, bombeiros, guardas prisionais, polícias, entre outros. Acrescento que a educação e informação sobre este produto deverá ser dirigida a todos os consumidores de heroína e seus pares, amigos, familiares, profissionais de estabelecimentos públicos, e à população em geral.

A quem e em que circunstâncias deverá ser fornecido este fármaco?

FL - Este fármaco deverá ser fornecido a qualquer pessoa, com mais de 14 anos, que seja suspeita de vítima de sobredosagem opiácea. A partir de qualquer momento em que ocorra a “overdose”, pode-se aplicar o dispositivo pela via intranasal, sendo que a eficácia será maior, quanto mais cedo for aplicado o produto. O objetivo é reverter o quadro clínico de sobredosagem, nomeadamente a depressão respiratória.

Que principais determinantes e fatores de risco devemos ter em consideração quando falamos em intoxicação aguda por opióides?

FL - A intoxicação aguda por opiáceos depende da quantidade e pureza de opiáceo consumido, o tempo decorrido desde o consumo até à pri-



FÁBIO LUZ

meira abordagem medicamentosa, a tolerância do consumidor, e se existem outras substâncias que potencializem esta intoxicação, como é o caso do álcool.

O que se espera desta ferramenta de tratamento da intoxicação aguda, nomeadamente no que concerne à prevenção de overdoses?

FL - Esta nova ferramenta será certamente uma excelente e inovadora alternativa, pois sendo de fácil transporte e acesso, manuseio simples e seguro, e de administração rápida, a primeira abordagem ao doente será certamente mais célere, e portanto o potencial de reversão da sobredosagem muito maior, e assim prevenir “overdoses”, diminuindo o número de mortes associadas às mesmas.

Que vantagens estão subjacentes para os doentes?

FL - A principal vantagem é a rapidez da abordagem com naloxona intranasal, pois sendo mais acessível e de fácil manuseamento, será utilizada mais rapidamente e assim, a hipótese de reverter o quadro de sobredosagem será maior. Outra grande vantagem, é não haver contra-indicações na utilização do produto e haverem poucos efeitos secundários, sendo um produto extremamente seguro.

Que outros assuntos considera pertinentes para as pessoas que lidam com estas populações?

FL - É importante desmistificar o produto, explicá-lo como funciona, demonstrar o quão é seguro, e que deverá ser utilizado assim que possível na suspeita de uma sobredosagem. É um privilégio para os açorianos, tanto doentes como profissionais de saúde, terem acesso a este tipo de produto moderno e sofisticado, pois sendo a região pioneira na aquisição do mesmo, colocamos o arquipélago um passo à frente na prevenção de mortes associadas a “overdose”, e pessoalmente congratulo-me por podermos usufruir do produto, tanto doentes como primeiros respondedores, evitando situações por vezes dramáticas, com que lidamos frequentemente.



NYXOID®

naloxona

Uma **solução imediata**
para a **sobredosagem**
por **opiáceos**



INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O CRM

NOME DO MEDICAMENTO: Nyxoid 1,8 mg solução para pulverização nasal em recipiente unidose. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** Cada recipiente de pulverização nasal liberta 1,8 mg de naloxona (sob a forma de cloridrato di-hidratado). **FORMA FARMACÉUTICA:** Solução para pulverização nasal, em recipiente unidose (pulverização nasal). Solução transparente, incolor a amarela-pálida. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS:** Nyxoid destina-se a administração imediata, como terapêutica de emergência para uma sobredosagem por opiáceos conhecida ou suspeita, manifestada por uma depressão respiratória e/ou do sistema nervoso central, em contextos não clínicos e de cuidados de saúde. Nyxoid está indicado para adultos e adolescentes com idade igual ou superior a 14 anos. Nyxoid não é um substituto dos cuidados médicos de emergência. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** Para adultos e adolescentes com idade igual ou superior a 14 anos, a dose recomendada é de 1,8 mg, a ser administrada numa narina (uma pulverização nasal). Em alguns casos, poderão ser necessárias doses adicionais. A dose máxima apropriada de Nyxoid será específica de cada situação. Se o doente não responder, deverá ser administrada a segunda dose após 2-3 minutos. Se o doente responder à primeira administração, mas tiver uma recaída, entrando novamente em depressão respiratória, a segunda dose deverá ser administrada de imediato. Poderão ser administradas doses adicionais (se disponíveis) em narinas alternadas e o doente deverá ser monitorizado, enquanto espera pela chegada dos serviços de emergência. Os serviços de emergência podem administrar mais doses de acordo com as orientações locais. Não se estabeleceu a segurança e eficácia de Nyxoid em crianças com menos de 14 anos de idade. **Modo de administração:** Via nasal. Nyxoid deverá ser administrado tão brevemente quanto possível para evitar danos no sistema nervoso central ou morte. Nyxoid contém apenas uma dose e, por isso, não poderá ser preparado ou testado antes da administração. **CONTRAINDICAÇÕES:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** Foram notificadas as seguintes reações adversas com Nyxoid e/ou outros medicamentos contendo naloxona durante os estudos clínicos e na experiência pós-comercialização: **muito frequentes** ($\geq 1/10$): Doenças gastrointestinais (náuseas); **frequentes** ($\geq 1/100$, $< 1/10$): Doenças do sistema nervoso (tonturas, dores de cabeça), Cardiopatias (taquicardia), Vasculopatias (tensão arterial baixa, tensão arterial alta); **pouco frequentes** ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$): Doenças do sistema nervoso (tremores), Cardiopatias (arritmia, bradicardia), Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino (hiperventilação), Doenças gastrointestinais (diarreia, boca seca), Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos (hiperidrose), Perturbações gerais e alterações no local de administração (Síndrome de abstinência do fármaco - em doentes dependentes de opiáceos); **raras** ($\geq 1/10.000$, $< 1/1.000$); **muito raras** ($< 1/10.000$) e **desconhecidas** (não podem ser calculadas a partir dos dados disponíveis): Doenças do sistema imunitário (hipersensibilidade, choque anafilático), Cardiopatias (fibrilhação cardíaca, paragem cardíaca), Doenças respiratórias (edema pulmonar), Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos (eritema multiforme). **NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITAS DE REAÇÕES ADVERSAS:** A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas diretamente ao INFARMED, I.P.: Direção de Gestão do Risco de Medicamentos; Parque da Saúde de Lisboa, Av. Brasil 53; 1749-004 Lisboa; Tel: +351 21 798 73 73; Linha do Medicamento: 800222444 (gratuita); Fax: +351 21 798 73 97; Sítio da internet: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissaooram>; E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt. Data da revisão do texto: novembro 2018. MEDICAMENTO SUJEITO A RECEITA MÉDICA. N.º registo: 5737002. MEDICAMENTO NÃO COMPARTICIPADO. Para mais informações contactar o Titular de AIM: Mundipharma Corporation Limited.



Mundipharma - Farmacêutica Lda.
Sede: Lagoas Park - Edifício 4 - Piso 1 Norte
R. Encosta das Lagoas, 2740-267
Porto Salvo, Oeiras

Telefone: +351 219 013 162
Fax: +351 309 709 068
NIPC: 506760014
www.mundipharma.pt

MKT-AD-NYX-3-2019-0002-V1



LISBON ADDICTIONS 2019

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

23 – 25 October 2019 Lisbon Congress Centre, Portugal

Spotlight on big debates

The Lisbon Addictions team has been working hard to put together a conference programme that will showcase cutting-edge research to help characterise, understand and respond to addiction and addictive behaviours.

Be prepared for three days packed with high-level content; packages of topical strands, sessions and guided poster tours developed by our co-producers, along with networking opportunities during the lunches, the opening cocktail and conference dinner.

We are thrilled to announce a series of big debates this year, with one scheduled at the end of each day. The debates, involving audience participation, will be led by a professional moderator and the panel members will be announced soon!

The topics under debate will be:

- Will changes in cannabis policy result in greater costs or greater benefits?
- Industry friend or foe? Can industry contribute to better addiction science, policy, and actions?
- Is there sufficient participation of civil society and effected communities in shaping drug policies and drug services?

Sign-up to follow the conference @LxAddictions via Twitter and Facebook accounts to keep updated and take part in the debates.

Meet some of our keynote speakers

Eilish Gilvarry



Eilish Gilvarry is President of the Society for the Study of Addictions. Eilish has been involved with addictions services in the UK for many years, with a particular interest in young people. In 2010 she chaired a review of injectables

treatment for drug users, was a member of the NICE guidelines on clinical management of alcohol related physical complications and also a member of the NICE guidelines on management of alcohol harm and dependence. Eilish has edited a number of books, published widely and is currently involved in research particularly with young people and brief interventions for alcohol misusers.

Antoni Gual



Antoni Gual is a psychiatrist, Head of the Addictions Unit at the Neurosciences Institute, Clinic Hospital, University of Barcelona, Spain, and also acts as Alcohol Consultant at the Health Department of Catalonia. He is the coordinator of several EU-funded

projects (Alice Rap, Odhin, Amphora, Leader, Twist) and has been involved in several European research projects in the areas of Public Health and clinical trials. He is Vice President of the International Network on Brief Interventions for Alcohol Problems (INEBRIA), former President of the European Federation of Addiction Scientific Societies (EUFAS) and former President of the Spanish Scientific Society for the Study of Alcohol and Alcoholism.



Olivier George

Olivier George works at The Scripps Research Institute which focusses on understanding how drugs affect your brain and how your brain controls your actions. To quote Dr George: ‘The brain is truly one of the last unknown territories in science, studying it is a little bit like sailing a ship to an imaginary world. Finding what you were looking for is an amazing feeling, but the best day is the one where you find something you never expected.’



Marilyn A. Huestis

Marilyn A. Huestis brings an extraordinary breadth and depth of knowledge in clinical and forensic toxicology, anti-doping, diagnostic screening and confirmation drug testing, and cannabinoid agonists and antagonists. Her research is focused on improving people’s lives by reducing deaths from drugged driving, finding novel medications to treat drug dependence and using drug testing as a tool for drug dependence treatment.

Angela Morelli



Angela Morelli is an Italian information designer based in Norway. She is CEO and co-founder of InfoDesignLab. She gained her MA in Communication Design from Central St Martins University in London, where she specialised in Information Design. Angela serves as an ambassador for virtual water and water footprint research, and was named a 2012 Young Global Leader by the World Economic Forum.

Kevin Sabet



Kevin Sabet is the President of SAM (Smart Approaches to Marijuana) and former three-time White House Office of National Drug Control Policy advisor, having been the only person appointed to that office by both a Republican and Democrat. He is also Affiliated Fellow at Yale University, New York, USA.

Henrietta Bowden-Jones



Henrietta Bowden-Jones, OBE is a medical doctor and neuroscience researcher working as Consultant psychiatrist in Addictions. Dr Bowden Jones is the Founder and Director of the National Problem Gambling Clinic (London). The clinic was the first National Health Service multidisciplinary treatment centre in the UK for the treatment of problem gamblers. It has received more than 4000 referrals since its opening in 2008 and holds the only extensive national database on pathological gambling. Dr Bowden-Jones is the current President of the Medical Women's Federation.

Karl Erik Lund



Karl Erik Lund is Senior Researcher at the Norwegian Institute of Public Health. He has been involved in tobacco control work since the mid-1980s. Dr Lund received the Norwegian Medical Association's Award in preventive medicine in 2000. He has published extensively on tobacco research, lectured on tobacco topics in several countries worldwide, and been called to give talks before authorities in many countries. His recent contribution to the research community revolves around the new generations of electronic delivery systems for nicotine uptake, such as the 'heat-not-burn' products.

Johanna Gripenberg



Johanna Gripenberg is Director and Researcher at STAD, Karolinska Institutet in Stockholm. This institute develops, implements and evaluates promising methods to reduce substance use problems in society.

Sharon L. Walsh



Sharon L. Walsh is Director of the Center on Drug and Alcohol Research (USA). She is Professor of Behavioral Science, Pharmacology, Pharmaceutical Sciences and Psychiatry at the University of Kentucky. She is appointed Special Government Employee of the Food and Drug Administration and serves in an advisory capacity for new drug approvals of analgesic formulations and risk management approaches for marketed drugs with abuse liability.

Wayne Hall



Wayne Hall is a Professor at the Centre for Youth Substance Abuse Research (CYSAR) at the University of Queensland and a Visiting Professor at the National Addiction Centre, Kings College London, UK.

Niamh Fitzgerald



Associate Professor in Alcohol Studies, Institute for Social Marketing, University of Stirling, Stirling, Scotland, UK.



lisbonaddictions.eu

Register online (www.lisbonaddictions.eu) for the third European Conference on Addictive Behaviours and Dependencies.

The LX19 registration fee includes:

- A Participant Welcome Pack
- Coffee Breaks & Lunch Boxes for the three days of the Conference
- A Welcome Cocktail (23 October)
- A Networking Buffet Dinner (24 October)

Key dates:

- 29.06.2019: Deadline for late-breaking abstracts
- 30.06.2019: Deadline for regular registration
- From 01.07.2019: Late registration (online and on-site)

Reunião de correspondentes permanentes do Grupo Pompidou

Realizou-se em Lisboa nos dias 28 e 29 de maio, a 84ª reunião dos Correspondentes Permanentes do Grupo Pompidou – Grupo de Cooperação em Matéria de Luta Contra o Abuso e o tráfico Ilícito de Estupefacientes, na qual participam representantes de 24 países, bem como da Comissão Europeia e do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência.

A primeira reunião realizada sob a presidência Portuguesa do Grupo Pompidou (para o quadriénio 2019-2022), tem por objetivo para além de supervisionar a implementação do programa de trabalho “Sustainable drugs policies respectful of human rights”, iniciar o processo de revisão do mandato, funcionamento e métodos de trabalho do Grupo, tendo em vista a adoção de uma Resolução Estatutária revista pelo Comité de Ministros por ocasião do 50º aniversário da fundação do Grupo, a celebrar em 2021.

A reunião foi presidida pelo director-geral do SICAD e Coordenador Nacional para os Problemas da Droga, da Toxicodependência e do Uso Nocivo do Álcool, João Goulão e contou na sua abertura com a presença da Secretária de Estado da Saúde, Raquel Duarte.

O Grupo Pompidou é uma instância permanente do Conselho da Europa, criada em 1971, que congrega 39 países, cujo objetivo é o desenvolvimento da cooperação multidisciplinar no âmbito da luta contra o abuso e o tráfico ilícito de drogas no espaço europeu e os seus Correspondentes Permanentes, designados pelos Governos dos países participantes, reúnem duas vezes por ano para discutir questões relacionadas com as drogas e a toxicodependência.



Intervenção em reinserção social foi tema de formação no SICAD

Decorreu no dia 28 de maio, no SICAD, uma formação sobre Intervenção em Reinserção Social.

Destinada a profissionais das áreas social e da saúde, e estudantes, contou com a participação de 16 formandos.

Os seus objetivos foram: analisar e refletir sobre os processos de reinserção, os modelos de intervenção, os instrumentos de trabalho e estratégias de intervenção, tendo em conta que as orientações técnico-normativas para a intervenção na área da reinserção social que colocam o enfoque na reparametrização das rotinas quotidianas dos indivíduos, no desenvolvimento de competências sociais e, não menos importante, na intervenção e preparação da família e dos outros sistemas sociais, enquanto elementos facilitadores e potenciadores das mudanças individuais.

O próximo curso, a decorrer nos dias 27 e 28 de junho próximos, também no SICAD, versará sobre Intervenções Breves e Entrevista Motivacional.

Delegações estrangeiras visitam SICAD no mês de Maio

Decorreram, durante o mês de maio, várias visitas de delegações estrangeiras ao SICAD cujo objetivo foi o de conhecer as nossas práticas em matérias de CAD, sobretudo no que toca ao Modelo Português.

Assim, nos dias dois e três de maio, o SICAD acolheu uma delegação do Myanmar composta por membros do Parlamento, representantes dos Ministérios da Saúde, da Justiça e dos Assuntos Internos, representantes da sociedade civil e peritos do UNODC e UNAIDS. A troca de experiências sobre o quadro legislativo e as possíveis respostas à crise de saúde pública associada ao consumo de drogas que se vive em Myanmar foram temas desta visita.

De 13 a 16 do mesmo mês, a ONG Americana Fair and Just Prosecution, que apela à mudança de paradigma do sistema criminal americano para uma abordagem menos repressiva e mais assente na prevenção, trouxe a Lisboa uma delegação de Procuradores recentemente eleitos. A visita dos 16 Procuradores oriundos de vários Estados americanos visou conhecer a realidade portuguesa em termos de sustâncias ilícitas e as respostas implementadas, com especial enfoque na Lei da Descriminalização.

Já a 20 de maio foi feita uma apresentação da política portuguesa aos participantes do grupo de trabalho Prevenção da rede Eurocities pelo diretor-geral do SICAD, João Goulão. A rede Eurocities é uma rede de cidades europeias, que pretende promover o intercâmbio das melhores práticas e representar os interesses das grandes cidades junto das instituições comunitárias, promovendo a inclusão das exigências urbanas nas políticas europeias.

A finalizar o mês, no dia 30 de maio, Catherine Byrne, Ministra de Estado da Irlanda, responsável pela Promoção da Saúde e pela Estratégia Nacional em matéria de Drogas, acompanhada pela Embaixadora do seu país em Portugal, visitou a Comissão para a Dissuasão da Toxicod dependência de Lisboa (CDT), tendo sido recebidas pelo Dr. João Goulão, Coordenador Nacional para os Problemas da Droga, da Toxicod dependência e do Uso Nocivo do Álcool e pelo Dr. Nuno Capaz, membro da CDT.

Na sequência de um encontro bilateral com a Secretária de Estado da Saúde, Raquel Duarte, que teve lugar margem da última reunião da Comissão de Estupefacientes das Nações Unidas, a Ministra Irlandesa manifestou interesse em recolher informação detalhada sobre a política portuguesa em matéria de comportamentos aditivos e dependências, designadamente a implementação da Lei da Descriminalização e os resultados alcançados desde 2001.



SICAD acolheu simpósio sobre Canábis Medicinal

A canábis para fins medicinais foi o tema de um simpósio, organizado pela Key Leaves, que decorreu durante dois dias (21 e 22 de maio), no SICAD, em Lisboa.

Os trabalhos iniciaram com as palavras de Graça Vilar, em representação do SICAD.

O que não sabemos sobre a Canábis Medicinal foi o mote para o evento que contou com oradores de várias nacionalidades que deu a conhecer as situações de Holanda, Canadá, Israel e EUA no que toca a esta matéria.

O simpósio teve como objetivo conhecer melhor o uso medicinal da canábis, de forma a responder mais eficazmente às necessidades dos cidadãos que podem beneficiar com a sua utilização.



EMCDDA apresenta Relatório Europeu sobre Drogas 2019: Tendências e Evoluções

Apreensões de cocaína atingem níveis recorde num mercado da droga competitivo

A Europa assiste a sinais de aumento na disponibilidade de cocaína, registando-se níveis recorde de apreensões desta droga. Estes dados são apresentados pelo Relatório Europeu sobre Drogas 2019: Tendências e Evoluções, divulgado no dia 6 de junho, pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCDDA).

Na sua análise anual, o EMCDDA também aborda os desafios colocados pela heroína e pelos novos opiáceos sintéticos, os mais recentes desenvolvimentos no mercado da canábica, o crescente papel da Europa na produção de drogas sintéticas e a utilização das tecnologias digitais com vista a benefícios de saúde em matéria de drogas.

Dimitris Avramopoulos, Comissário Europeu responsável pela Migração, Assuntos Internos e Cidadania, observou que “O relatório hoje publicado mostra a natureza complexa do fenómeno da droga na Europa. As drogas continuam a ser uma ameaça multifacetada e em constante evolução para as nossas sociedades, afetando a vida de milhões de cidadãos em todo o mundo. Precisamos de uma abordagem mais coordenada, que contempla tanto a oferta como a procura. Os nossos esforços estão a dar frutos com as nossas novas regras de proibição das substâncias psicoativas e com o reforço da nossa cooperação com os parceiros internacionais. Mas também precisamos olhar para o papel da digitalização no mercado de drogas. Não temos tempo a perder. Precisamos de estar coordenados a nível nacional, europeu e internacional. Juntamente com a nossa agência da UE de informação sobre droga, continuaremos a desempenhar um papel de liderança neste esforço”.

O relatório do EMCDDA destaca a continuidade da elevada disponibilidade da maioria das substâncias ilícitas. As últimas estatísticas revelam que, na Europa (UE-28, Turquia e Noruega), é anualmente comunicado mais de um milhão de apreensões de drogas ilícitas. Cerca de 96 milhões de adultos da UE (15-64 anos) já experimentaram uma droga ilícita ao longo da vida e cerca de 1,2 milhões de pessoas recebem anualmente tratamento por problemas relacionados com o consumo de drogas ilícitas (UE-28). Em 2018, foram detetadas na UE 55 novas substâncias psicoativas (NSP) pela primeira vez, elevando para 730 o número total de substâncias monitorizadas pelo Observatório.

Alexis Goosdeel, diretor do EMCDDA, afirma: «Os desafios que enfrentamos no domínio da droga continuam a aumentar. Não só existem sinais de uma maior disponibilidade de drogas à base de plantas já estabelecidas, como a cocaína, mas assistimos também à evolução de um mercado onde a produção de drogas sintéticas e de droga na Europa está a ganhar importância. Tal pode ser observado em problemas associados à utilização de opiáceos sintéticos altamente potentes, em novas técnicas de produção de MDMA e anfetaminas, e em desenvolvimentos recentes no processo de transformação de morfina em heroína dentro das fronteiras europeias».

Cocaína: níveis recorde de apreensões, novos métodos de distribuição e evidências de crescentes problemas de saúde

Os mais recentes dados relativos à cocaína revelam que tanto o número de apreensões como as quantidades de cocaína apreendidas atingem níveis recorde. Foram reportadas mais de 104 000 apreensões de cocaína na UE em 2017 (98 000 em 2016), correspondentes a 140,4 toneladas, cerca do dobro da quantidade apreendida em 2016 (70,9 toneladas). Embora o preço da cocaína se tenha mantido estável, o seu grau de pureza nas ruas atingiu, em 2017, o nível mais elevado numa década. A cocaína entra na Europa por numerosas rotas e diferentes meios, mas destaca-se como principal desafio o crescimento do tráfico de grandes volumes, através de grandes portos, com recurso a contentores de transporte. Há provas de que a utilização das redes sociais, os mercados da Internet obscura («darknet») e as técnicas de encriptação desempenham um papel cada vez mais relevante na possibilidade de grupos mais pequenos e indivíduos se envolverem no tráfico de droga. Olhando para o mercado da cocaína, o empreendedorismo pode ser visto em métodos de distribuição inovadores. Um exemplo é a existência de «call centres» de cocaína, que dispõem de estafetas que garantem entregas rápidas e flexíveis. Estes métodos — refletindo uma potencial «uberização» do comércio de cocaína — indiciam a existência de um mercado competitivo em que os vendedores concorrem através da oferta de serviços adicionais além do próprio produto. A cocaína é a droga estimulante ilícita mais usada na UE, tendo havido 2,6 milhões de jovens adultos (15–34 anos) a consumi-la durante o último ano (estimativa de 2017). Um estudo recente dos resíduos de drogas encontrados em águas residuais domésticas revelou que, entre 2017 e 2018, se registaram aumentos nos metabolitos da cocaína em 22 das 38 cidades que apresentaram dados relativos a este período, confirmando a tendência ascendente já observada em 2017. Em 2018, os mais elevados níveis de resíduos padronizados por 1 000 pessoas por dia registaram-se em cidades na Bélgica, em Espanha, nos Países Baixos e no Reino Unido. Em algumas cidades da Europa Oriental, dados recentes revelam um aumento, embora a partir de um nível baixo.

Há sinais de que o aumento da oferta de cocaína está associado a um aumento do número dos problemas de saúde comunicados. As estimativas mais recentes apontam para cerca de 73 000 utentes que iniciaram tratamento da toxicodependência por problemas relacionados com o consumo de cocaína.

São particularmente preocupantes os 11 000 destes utentes que iniciaram tratamento por problemas relacionados com o consumo de cocaína-crack, uma forma particularmente prejudicial de consumo de cocaína. O número de «novos» utentes referidos como necessitando

pela primeira vez de tratamento por problemas relacionados com o consumo de cocaína registou um aumento na ordem dos 37% entre 2014 e 2017, sugerindo um aumento das necessidades em matéria de tratamento. A cocaína foi também a droga ilícita mais comunicada em entradas de urgência no hospital relacionadas com drogas, registadas por uma rede de 26 hospitais-sentinelas em 18 países europeus em 2017 (Euro-DEN Plus).

Heroína: indicações de mutações do mercado

A heroína continua a ser o opiáceo ilícito mais comum no mercado da droga na Europa e contribui de forma significativa para os custos sociais e de saúde relacionados com a droga. A quantidade de heroína apreendida na UE aumentou mais de uma tonelada em 2017, elevando-se às 5,4 toneladas, às quais há a acrescentar as 17,4 toneladas apreendidas pela Turquia (algumas das quais se destinariam ao mercado da UE). Uma evolução preocupante prende-se com as 81 toneladas de anidrido acético, precursor essencial no fabrico de heroína, apreendidas na UE em 2017, e com as 243 toneladas deste precursor encontradas em carregamentos intercetados. Além disso, nos últimos anos foram descobertos em países da UE (Bulgária, República Checa, Espanha e Países Baixos) laboratórios de produção de heroína a partir de morfina utilizando este precursor. A pureza da heroína mantém-se elevada e o preço de venda a retalho relativamente reduzido (tendo descido ao longo da última década).

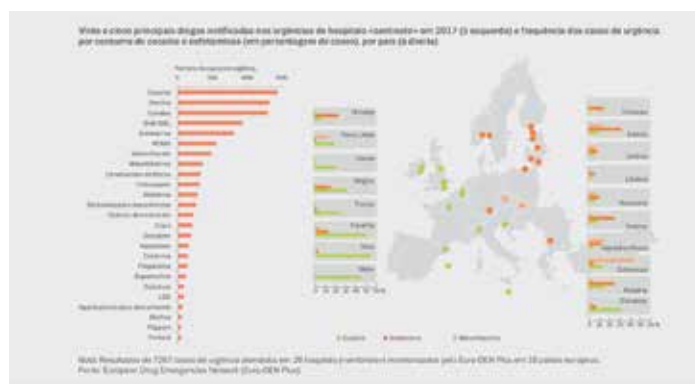
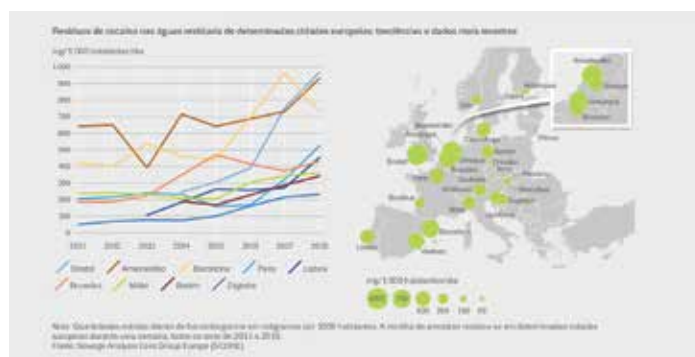
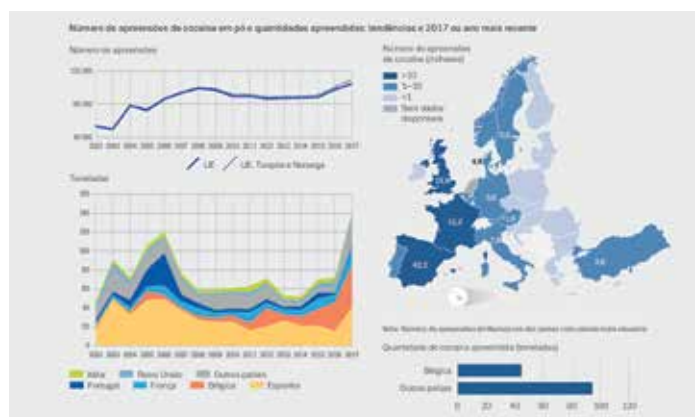
A Europa pretende eliminar a hepatite viral enquanto ameaça à saúde pública, em consonância com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Facultar às pessoas que injetam heroína, ou outras drogas, um maior acesso à prevenção, às análises para deteção de HBV e de HCV, bem como ao respetivo tratamento, é crucial para atingir este objetivo, visto que estas pessoas suportam o maior peso da doença e se encontram em situação de maior risco de transmissão. O relatório do EMCDDA destaca a necessidade de reforçar as medidas destinadas a dar resposta à hepatite viral, em particular em partes da Europa Oriental.

Novos opiáceos sintéticos: uma preocupação crescente

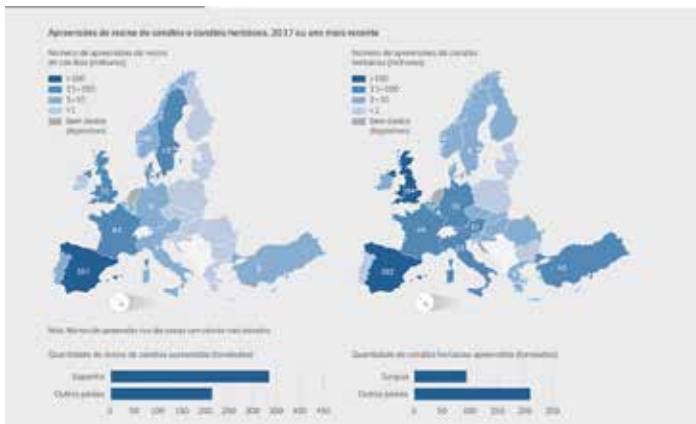
A atual epidemia de opiáceos nos Estados Unidos e no Canadá deve-se, em larga medida, ao consumo de opiáceos sintéticos, em particular de fentanilo e dos seus derivados. Embora atualmente estas substâncias representem somente uma pequena percentagem do mercado da droga na Europa, são no entanto uma preocupação crescente, estando o seu consumo associado a envenenamentos e mortes. Em 2018, foram detetados na Europa onze novos opiáceos sintéticos, normalmente sob a forma de pós, comprimidos e líquidos. Sendo apenas necessários pequenos volumes para produzir muitos milhares de doses, estas substâncias são fáceis de ocultar e transportar, representando um desafio para os serviços responsáveis pela aplicação da lei e para os serviços alfandegários.

Os derivados do fentanilo constituem a maioria dos 49 novos opiáceos sintéticos monitorizados pelo EMCDDA. Em 2018, seis derivados do fentanilo foram detetados pela primeira vez na Europa (34 detetados desde 2009). Segundo os dados mais recentes, estas drogas extremamente potentes correspondem a

70% da totalidade das apreensões de novos opiáceos sintéticos. Foram reportadas mais de 300 apreensões de carfentanilo, uma das drogas mais potentes desta família. Foi também apreendido na UE um total de 4,5 kg de um precursor químico para fabrico de derivados de fentanilo (N-fenetil-4-piperidona).



Substância (pós controlada)	Apreensões		Remoções (interceptadas)		TOTALS	
	Número	Quantidade	Número	Quantidade	Número	Quantidade
MDMA ou substâncias similares						
PMK (litros)	10	5 397	0	0	10	5 397
Sufona (litros)	5	2 960	0	0	5	2 960
Piperonal (kg)	3	37	4	6 394	7	6 431
Derivatos glicídicos de PMK (kg)	20	17 774	0	0	20	17 774
N-BOC-MDMA (kg)	1	25	0	0	1	25
Adjuvantes e manipuladores						
BMK (litros)	29	3 506	0	0	29	3 506
Efedrina, granel (kg)	14	25	0	0	14	25
Pseudoefedrina, granel (kg)	23	13	0	0	23	13
APAA (kg)	9	5 065	0	0	9	5 065
PAA, ácido fenilacético (kg)	0	0	4	300	4	300
APAA (kg)	90	30 830	0	0	90	30 830
Derivatos glicídicos de BMK (kg)	5	5 725	0	0	5	5 725
Outros						
Ácido acético (litros)	24	81 200	55	243 011	79	324 300
2-bromo-4-metilpiperidona (kg)	4	1 211	0	0	4	1 211
N-fenetil-4-piperidona (kg)	2	4,5	0	0	2	4,5



Os dados provenientes da monitorização do tratamento da toxicod dependência revelam que atualmente um em cada cinco utentes (22%) que iniciam tratamento da toxicod dependência por problemas relacionados com o consumo de um opiáceo referem um opiáceo lícito ou ilícito, e não a heroína, como a droga principal responsável pelo seu problema. Isto indicia que os medicamentos que contêm opiáceos desempenham atualmente um papel cada vez mais importante no problema da droga na Europa.

Canábis: novos desenvolvimentos relativamente à droga mais enraizada na Europa

A cânabio continua a ser a droga ilícita mais consumida na Europa, sendo a sua predominância evidente nos dados sobre prevalência, apreensões e novos pedidos de tratamento. Estima-se que cerca de 17,5 milhões de jovens europeus (15–34 anos) tenham consumido cânabio durante o último ano (UE-28) (estimativa de 2017).

Em 2017, os Estados-Membros da UE reportaram 782 000 apreensões de produtos de cânabio (cânabio herbáceo, resina, plantas e óleo), tornando-a a droga mais apreendida na Europa. No entanto, a quantidade de resina de cânabio apreendida é mais do dobro do que a de cânabio herbáceo (466 toneladas contra

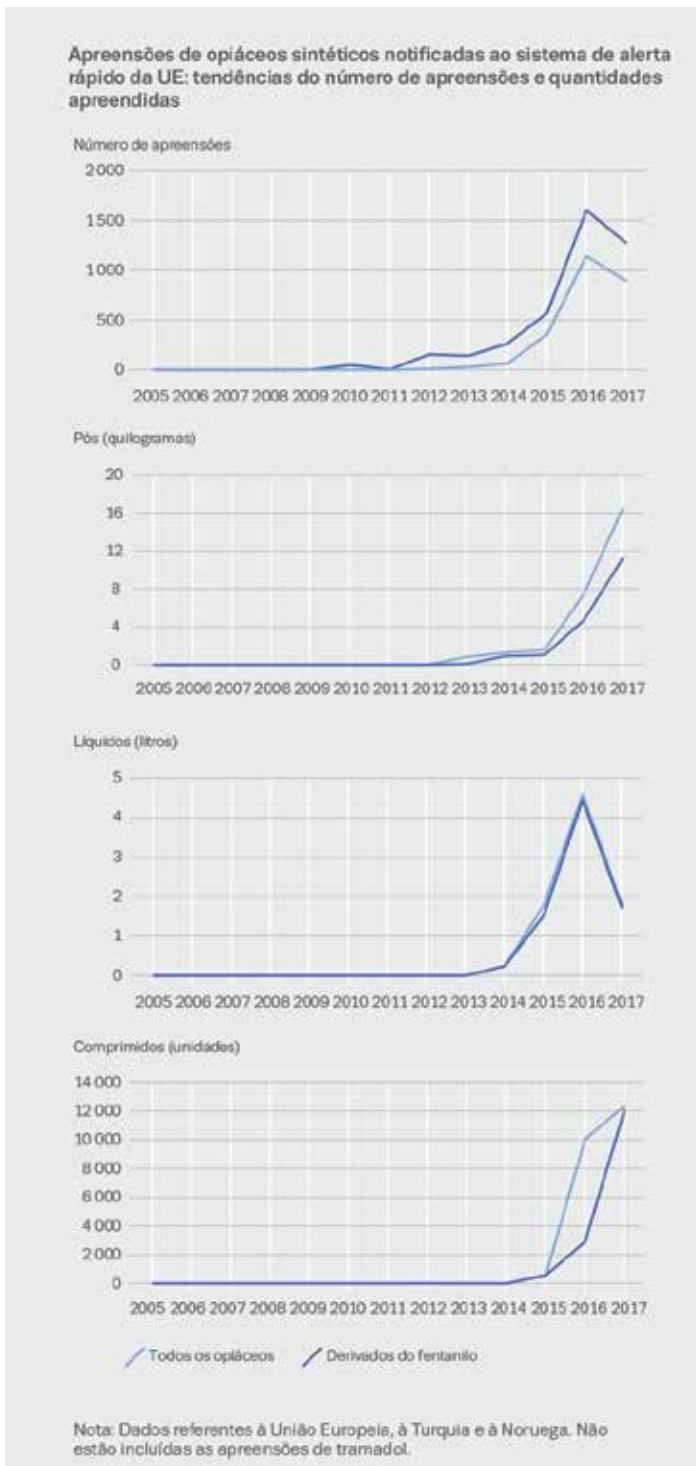
209 toneladas). Um estudo recente do EMCDDA concluiu que o teor típico de tetrahydrocannabinol (THC) da cânabio herbáceo e da resina de cânabio duplicou durante a última década, suscitando preocupações quanto aos potenciais danos. No caso da resina, é provável que os factores que explicam este aumento da potência média incluam a introdução de plantas altamente potentes e de novas técnicas de produção em Marrocos, o principal produtor de resina para o mercado da UE.

Estima-se que cerca de 1% dos adultos (15–64 anos) na UE consumam cânabio diariamente ou quase diariamente. Em 2017, aproximadamente 155 000 pessoas iniciaram na Europa um tratamento da toxicod dependência por problemas relacionados com o consumo de cânabio, das quais 83 000 iniciaram o tratamento pela primeira vez nas suas vidas. A cânabio é agora a substância indicada com mais frequência pelos novos utentes de serviços especializados de tratamento da toxicod dependência como o principal motivo para procurarem ajuda.

Canábis: novos produtos aumentam os desafios numa área política complexa

A criação de mercados legais de cânabio para consumo recreativo fora da UE está a impulsionar a inovação em termos de desenvolvimento do produto (por exemplo, e-líquidos, produtos comestíveis e concentrados), alguns dos quais começam a surgir no mercado europeu, onde colocam novos desafios em matéria de deteção e controlo de drogas.

A cânabio contém muitas substâncias químicas diferentes, sendo o tetrahydrocannabinol (THC) e o canabidiol (CBD) as mais conhecidas. Um exemplo dos rápidos desenvolvimentos no mercado da cânabio é o surgimento de produtos com baixo teor de THC à venda em lojas especializadas ou lojas de produtos dietéticos em alguns países da UE. As vendas realizam-se com base na argumentação de que estes produtos têm um teor de THC inferior a 0,2% ou 0,3% e, por conseguinte, os seus efeitos tóxicos são reduzidos ou inexistentes, e não são abrangidos pela atual legislação em matéria de controlo de drogas. Por vezes, o teor de CBD dos produtos é destacado, com a argumentação de que esta substância pode ter qualidades benéficas. Encontra-se atualmente disponível toda uma gama de produtos, incluindo plantas, misturas



25 anos a reconstruir vidas

Centro Social Convívios Fraternos (re)une vila em torno de causas nobres

O dia 25 de maio marcou uma nova página numa história já bem preenchida no Centro Social Convívios Fraternos. Esta instituição particular de solidariedade social, sediada em Avanca, celebrou 25 anos e a massiva presença da comunidade local é fiel demonstração da ligação umbilical das estruturas edificadas ao longo de tanto tempo, em prol de um território e das suas gentes.

Recuemos no tempo: Em 1968, Padre Valente de Matos fundava um movimento, no seio da Igreja Católica, designado Convívios Fraternos. Tratava-se basicamente de um movimento juvenil, destinado até aos dias de hoje a jovens com uma iniciação realizada na paróquia, materializado num encontro com a duração de 3 dias, em regime de internamento, onde se pretende que haja uma reflexão séria e uma oportunidade para um encontro consigo próprios, com os outros e com Deus, em ambiente de convívio e animação.

Nesses convívios, o Padre Valente de Matos viu crescer o número de jovens com problemas relacionados com substâncias psicoativas e deparados com dificuldades em encontrar internamentos sem fins lucrativos, com um mínimo de eficácia de tratamento. Desta forma, em 1994, surge o Centro Social Convívios Fraternos, com valências asseguradas nas áreas do tratamento e reinserção de jovens com comportamentos aditivos e dependências. Este é uma IPSS sem fins lucrativos que visa a formação integral de jovens. Apoiar todos os jovens que se encontrem em situação de risco ou em conflito social/familiar devido a CAD e colaborar no seu tratamento e na sua formação cultural, educacional, profissional, cívica e religiosa, sem distinção de raças, cores ou condições sociais é a missão incorporada.

O Centro Social Convívios Fraternos recebe jovens e adultos até aos 45 anos de idade, tendo como foco a sua reinserção escolar, laboral, familiar e social, encontrando-se, atualmente mais focado na faixa etária entre os 14 e os 18 anos de idade, sendo este grupo etário predominante (mas não exclusivo).

Dependências acedeu ao convite da Instituição e participou na celebração do seu 25º aniversário, onde ouvimos o rosto mais visível desta obra, o Padre Valente de Matos...



O que significam estes 25 anos?

Estes 25 anos significam uma caminhada, muita luta, muitas esperanças, muita determinação, muita confiança e muito amor. Ao completarmos 25 anos, com a passagem de 1254 utentes pela Comunidade e com algumas centenas destes libertos das drogas e vivendo como cidadãos úteis, sentimos muita alegria e, se calhar, a compensação do trabalho que, não eu mas toda uma equipa, temos realizado...

Muito muda em 25 anos... o modus operandi, os perfis de utentes, de consumos, as demais realidades envolvidas...

No âmbito do nosso modelo, o Projeto Reconstruir focalizou-se no Tratamento Geral de Toxicodependência e no Programa Específico para Jovens. Tivemos que proceder a algumas alterações, não só de ordem técnica mas também no que respeita aos objetivos a alcançar e nos métodos a utilizar. Felizmente, colabora comigo uma equipa multidisciplinar com 20 anos de existência que revela grande capacidade de adaptação a novas situações e a novas respostas para novos problemas. Esta simbiose entre adultos com 30 anos e mais, completamente destruturados e que também iniciaram os seus consumos por volta dos 14, 15 ou 16 anos com haxixe, a mesma substância dos menores, que não dão relevância ao seu consumo, propicia uma espécie de terapia permanente de choque e de confrontação, gerando efeitos positivos. Nós responsabilizamos os mais velhos na ajuda aos mais novos e isso acaba também por gerar neles uma certa empatia como se fosse de pais e filhos, com todas as consequências positivas que acabam por decorrer tanto nos jovens como nos mais adultos.

Quantos utentes têm atualmente?

Temos capacidade para 52 utentes e temos protocolados 45. Neste momento, as comunidades estão lotadas.

Que principais problemáticas e patologias são sinalizadas nestes utentes?

Uma vez que não temos duplos diagnósticos nem utentes com Programa de Longa Duração numa fase em que já evidenciam graves





danos causados pelo consumo, nos jovens e sobretudo nos menores os graves problemas que enfrentamos são a abstenção escolar, a dificuldade de os convencer dos danos provocados a nível social, mental e físico, pelo haxixe e a indisciplina que manifestam, sobretudo nas escolas. Os mais velhos, regra geral, não vêm com danos graves quanto à sua saúde mental e física.

Há 25 anos atrás, a criação deste tipo de resposta era encarada pela população com alguma desconfiança e até medo... Como evoluiu a integração desta Instituição na comunidade?

No princípio, tivemos realmente dificuldades... As pessoas julgavam que, ao trazermos para a vila, jovens com problemas de consumos de drogas, para tratamento poderíamos correr vários riscos, entre os quais espalhar pela vila o consumo... Mas o projeto acabou por ser recebido com muita confiança. Através do projeto existente na altura, Vida Emprego, estagiaram e ficaram muitos jovens a trabalhar na vila, hoje perfeitamente inseridos socialmente o que levou a população a aceitar e considerar válida a existência da Instituição e a ter por ela bastante carinho e admiração pelo seu trabalho.

Neste momento, o nosso problema sente-se mais nas escolas locais porque ao acolhermos os menores eles têm que frequentar as escolas através de 3 turmas de PIEF's e Cursos Profissionais. Nesse contexto é grande a dificuldade dos professores em contê-los disciplinarmente, até porque nem todos estão preparados psicopedagogicamente para lidar com estes alunos no meio escolar.. Temos dois técnicos de intervenção local no meio escolar, para ajudar a conter alguns destes problemas.

O que espera dos próximos 25 anos?

Como se costuma dizer, o futuro só a Deus pertence... Mas creio que tudo está realmente estruturado e não me parece que estas casas desapareçam. Cada vez há mais jovens organizados em gangs e grande número de adultos, vítimas das drogas, a vaguear pelas grandes cidades abandonadas e marginalizadas. É um drama muito grave que continua a afetar a sociedade e a exigir respostas do Estado que são insuficientes, o que justifica a existência destas Instituições e um apelo à disponibilidade de pessoas que possam ajudar a reconstruir as suas vidas no âmbito social, familiar e profissional.



O Centro Social Convívios Fraternos recebe jovens e adultos até aos 45 anos de idade, tendo como foco a sua reinserção escolar, laboral, familiar e social, no entanto, neste momento encontra-se mais focado na faixa etária entre os 14 e os 18 anos de idade, sendo este grupo etário predominante (mas não exclusivo). Tem como missão apoiar todos os jovens que se encontrem em situação de risco ou em conflito social/familiar devido a Comportamentos Aditivos e Dependências e colaborar no seu tratamento e na sua formação cultural, educacional, profissional, cívica e religiosa sem distinção de raças, cores ou condições sociais.

Governo dos Açores adjudica concessão e gestão do Solar da Glória, em São Miguel

O despacho do Secretário Regional da Saúde refere que esta concessão será válida por três anos, com um preço global do contrato de 1,5 milhões de euros, correspondente a um valor anual de meio milhão de euros.

O Solar da Glória, no concelho de Ponta Delgada, vai acolher uma estrutura de desabilitação e reabilitação em regime de internamento, vocacionada para jovens entre os 14 e os 24 anos.

Além do tratamento, este Centro irá promover o acesso dos utentes e famílias aos recursos comunitários existentes.

A infraestrutura terá capacidade para 30 utentes, dos quais 20 em regime de comunidade terapêutica e 10 em regime de desabilitação, e adotará um modelo biopsicossocial com intervenção cognitivo-comportamental para intervenção e reabilitação.

Compete à entidade gestora do Solar da Glória, entre as obrigações do contrato de concessão, a disponibilização, em tempo real, da gestão de camas diárias, fornecer relatórios trimestrais sobre as taxas de ocupação por tipologia e programa, bem como fornecer um relatório anual com as taxas de sucesso de abstinência e integração social dos utentes.

Atualmente, os jovens Açorianos que necessitam de um regime de internamento de média e longa duração são encaminhados para estruturas no território continental, com os constrangimentos que o desenraizamento do seu contexto e o afastamento da família acarretam.

Proximidade é crucial para uma intervenção eficaz na área das dependências, defende Diretora Regional

“A identificação dos problemas e as respostas mais adequadas dependem do conhecimento da realidade específica de cada localidade, que vão desde as potencialidades do meio, aos recursos disponíveis”, sustentou Suzete Frias, que participava numa aula destinada a alunos da Escola Superior de Saúde, da Universidade dos Açores.

Para a Diretora Regional as medidas adotadas no âmbito da prevenção de comportamentos aditivos, devem ter por base a acessibilidade física ou geográfica a todos os elementos da comunidade, existindo localidades que pelo seu isolamento merecem abordagens dirigidas.

“É fundamental reconhecer a dignidade humana, disponibilizando respostas o mais precocemente possível, que privilegiem a saúde e o bem-estar da pessoa, com o propósito de reforçar os laços familiares e sociais e assim promover as competências pessoais e sociais”, frisou.

Na ocasião, Suzete Frias defendeu a adoção de referenciais técnicos e científicos de modo a garantir uma melhoria contínua das respostas nos vários tipos de intervenção e da qualidade clínica e organizacional das instituições.

“Consolidar e aprofundar uma política pública integrada e eficaz no âmbito da Prevenção dos Comportamentos Aditivos e das Dependências, deverá ter por base uma articulação intersectorial, visando ganhos em saúde e bem-estar na sociedade”, concluiu.

Agentes da PSP recebem formação sobre modelo de dissuasão da toxicodependência, afirma Rui Luís



O Secretário Regional da Saúde destacou em Vila do Porto, a realização de uma formação dirigida a agentes da Polícia de Segurança Pública sobre intervenção e dissuasão da toxicodependência, para todas as esquadras dos Açores.

“Esta formação teve início em março, abrangendo até à data uma centena de agentes da Terceira e de Santa Maria. Iremos prosseguir até novembro com ações semelhantes, que, no fundo, pretendem dar a conhecer o papel das Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência”, afirmou Rui Luís, em declarações à margem da formação ‘Modelo de Intervenção Português- Intervenção em Dissuasão’ destinada a profissionais da PSP de Santa Maria.

O modelo de intervenção em dissuasão e o trabalho desenvolvido pelas Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência confere especificidade à intervenção na área dos comportamentos aditivos e dependências, que se regem por normativos legais.

Neste âmbito, as Comissões são entidades de referência na área da redução da procura do consumo de substâncias psicoativas e enquanto agentes na redução do consumo de substâncias psicoativas, comportamentos aditivos e dependências.

No arranque desta iniciativa, dirigida a 27 agentes da PSP de Santa Maria, o Secretário Regional sublinhou a importância de dotar os profissionais com responsabilidades nesta matéria de conhecimentos e competências, de forma a possibilitar uma intervenção precoce e integrada junto dos consumidores de substâncias psicoativas.

“A PSP é um parceiro fundamental neste modelo, uma vez que são os agentes que encaminham os indiciados para as Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência, que procedem a uma avaliação da sua situação face ao consumo, permitindo deste modo a aproximação dos consumidores de substâncias ilícitas aos serviços de saúde”, afirmou Rui Luís.

Formação pioneira prepara profissionais para prevenir o consumo de álcool por menores

A Diretora Regional de Prevenção e Combate às Dependências anunciou, em Vila do Porto, o arranque de uma nova formação, relacionada com o consumo precoce de álcool, destinada aos profissionais dos núcleos de apoio a crianças e jovens em risco das Unidades de Saúde de Ilha.

“Esta formação prepara os profissionais para ministrar formação aos representantes legais e aos menores notificados, de modo a assimilarem os impactos do consumo precoce”, salientou Suzete Frias, que falava à margem da primeira ação, que decorre na ilha de Santa Maria.

Esta iniciativa abrange mais de quatro dezenas de profissionais dos núcleos de apoio a crianças e jovens em risco de todas as ilhas dos Açores.

A medida decorre da alteração ao Regime Jurídico de Venda e Consumo de Bebidas Alcoólicas, que aumentou a idade mínima para venda e consumo de álcool nos Açores de 16 para 18 anos.

“Os pressupostos da alteração da lei têm em vista a deteção precoce e a responsabilização dos pais, cabendo aos núcleos fazer ações de sensibilização para casos notificados”, afirmou a Diretora Regional.

O diploma prevê que, quando forem detetados menores a consumir bebidas alcoólicas em locais públicos, quer os visados, quer os seus representantes legais, frequentem ações de sensibilização sobre os efeitos do álcool.

“Os profissionais dos núcleos de apoio à criança, depois desta formação, ficam dotados de competências para transmitir conteúdos ligados à prevenção do consumo e aos efeitos nocivos do consumo do álcool associados à criança”, frisou Suzete Frias.

As ações de sensibilização para os jovens notificados terão uma duração de quatro horas e para os pais de oito horas, preparando-os para lidar com a pressão entre pares e da comunidade face ao consumo.

Para Suzete Frias, esta medida é complementar a um conjunto de outras integradas no Plano de Ação para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool, que terão efeitos a longo prazo na minimização da problemática dos consumos.



Prevenção do consumo de álcool nos jovens pode reduzir doenças oncológicas e mentais, defende Diretora Regional

A Diretora Regional de Prevenção e Combate às Dependências defendeu, em Ponta Delgada, que a aposta na prevenção do consumo de álcool nos jovens terá impacto a médio e longo prazo na redução da prevalência de doenças oncológicas e mentais e na diminuição da sinistralidade.

“As evidências científicas revelam-nos que o consumo precoce e o consumo nocivo do álcool estão interligados com as principais causas de morte, nomeadamente com as doenças cardiovasculares e oncológicas, os acidentes, os suicídios, a cirrose hepática, daí a importância de centramos a prevenção cada vez mais nas crianças e jovens”, salientou Suzete Frias, que falava à margem da formação destinada aos profissionais do núcleo de apoio a crianças e jovens da Unidade de Saúde de Ilha de São Miguel.

Esta ação decorre da alteração ao Regime Jurídico de Venda e Consumo de Bebidas Alcoólicas, que aumentou a idade mínima para venda e consumo de álcool nos Açores de 16 para 18 anos.

O diploma prevê que, quando forem detetados menores a consumir bebidas alcoólicas em locais públicos, quer os visados quer os seus representantes legais, frequentem ações de sensibilização sobre os efeitos do álcool.

“A medida é inovadora no país e concorre para o aumento da literacia dos pais, em relação aos problemas ligados ao consumo abusivo do álcool, ao mesmo tempo que consciencializa para a importância da supervisão e acompanhamento da vida emocional e contextos relacionais da criança”, sustentou Suzete Frias.

A ação de formação, que teve início em Santa Maria, abrange mais de quatro dezenas de profissionais dos núcleos de apoio a crianças e jovens em risco (NCJR) de todas as ilhas dos Açores e prepara os profissionais para ministrar formação aos representantes legais e aos menores notificados, de modo a assimilarem os impactos do consumo precoce.

“Se pensarmos que 86% das doenças crónicas podiam ser evitadas pela simples mudança de comportamentos de risco, de acordo com dados da Direção Geral de Saúde, teremos por via da redução do consumo do álcool efeitos diretos na Saúde Pública”, frisou a Diretora Regional.

Suzete Frias lembrou, ainda, o parecer do Comité das Regiões, de 9 de fevereiro de 2017, intitulado “Necessidade e linhas de orientação de uma estratégia da UE em matéria de álcool”, que vai no sentido de uma liderança política forte na proteção das crianças e jovens no que diz respeito à prevenção dos problemas ligados ao álcool.

“Nunca é demais frisar a relação entre o álcool e a sinistralidade rodoviária, quando os indicadores revelam que a primeira causa de morte nos jovens se deve a acidentes de viação, enquanto que um em cada três condutores envolvidos em acidentes tem uma taxa de alcoolemia superior a 0,5 gr./litro”, salientou.

Segundo a Diretora Regional a ação de formação aos profissionais dos NCJR, tem uma amplitude transversal à família e à comunidade.

Entre os objetivos desta ação, destacam-se, formas de proteção individual em contextos de consumo, promoção de hábitos de vida saudáveis e a promoção de competências pessoais, sociais e parentais.

'Brigadas da água' promovem o consumo de água potável na Feira da Saúde nas Furnas



A Diretora Regional da Prevenção e Combate às Dependências desafiou os jovens a adotarem o hábito do consumo de água potável, por uma melhor saúde e por um melhor ambiente.

Suzete Frias, que falava, nas Furnas, na 'Feira da Saúde' promovida pelo agrupamento de escolas das Furnas e Povoação, apresentou o projeto SMS@Água, que integra Brigadas da Água, que promovem junto dos alunos do 2º, 3º Ciclos e Secundário, o consumo de água.

O projeto integrado na Saúde Escolar, resulta de uma parceria com os municípios e assenta na distribuição da água da rede pública com o recurso a mochilas de distribuição suportadas numa Estação Portátil de Água.

"O conceito está a ser lançado nesta Feira da Saúde, com o objetivo de sensibilizar os mais novos para a importância de beber água diariamente, e por outro lado, motivá-los a serem os agentes promotores deste hábito de vida saudável no contexto escolar", explicou Suzete Frias.

As mochilas de distribuição de água, com dispensadores de copos de cartão reciclado, serão transportadas pelos alunos para fornecer a água no intervalo das aulas.

No âmbito do Plano Regional de Redução dos Problemas Ligados ao Álcool e do Programa Regional para a Promoção da Alimentação Saudável, a Direção Regional de Prevenção e Combate às Dependências, através da equipa de saúde escolar da Unidade de Saúde de Ilha de S. Miguel, propõe estender esta iniciativa aos Festivais de Verão e às zonas balneares no período de férias escolares.

"Partindo de um dos lemas desta Feira da Saúde, 'A Água é o Princípio de todas as coisas', diria que não podemos esquecer que 65% da nossa composição corporal é feita de água, logo uma das formas de manter o nosso organismo a funcionar bem é consumindo pelo menos 1,5 l de água por dia", acentuou a Diretora Regional.

Entre os principais benefícios do consumo de água, Suzete Frias apontou a melhoria do funcionamento gastrointestinal, a garantia da hidratação e o funcionamento adequado do sistema renal.

"A esta vertente quisemos ainda associar a sustentabilidade, porque só teremos efetivamente melhor saúde se tivermos um planeta sustentável do ponto de vista ambiental", frisou.

A Feira da Saúde que conta com a participação de mais de 250 alunos do agrupamento de escolas das Furnas e Povoação, é um meio privilegiado de promoção da literacia em saúde, já que envolve os diferentes recursos existentes na comunidade.

Governo Regional alerta para os perigos do cyberbullying com mensagens projetadas nas escolas e unidades de saúde

SEXTORSÃO



A Direção Regional de Prevenção e Combate às Dependências assinalou o Dia Mundial da Internet junto das unidades de saúde e escolas da Região, através de uma ação de sensibilização alertando para os perigos do cyberbullying.

Com o recurso à projeção de imagens e mensagens nas salas de espera e espaços públicos pretende-se chamar a atenção para a problemática da "sextorsão".

O fenómeno está relacionado com ameaças de divulgação de imagens íntimas para forçar alguém a fazer algo, por vingança, humilhação ou para extorsão financeira, sendo uma forma de violência grave, que pode levar a consequências extremas como o suicídio.

Através desta campanha informativa, a Direção Regional de Prevenção e Combate às Dependências sinaliza situações consideradas como "sextorsão", como sejam, as invasões de contas, ameaças sexuais ou criação de falsos grupos ou perfis.

A divulgação de mensagens alusivas a este tema, incluem também dicas de ajuda em caso de ser vítima, nomeadamente, através de queixa à Polícia de Segurança Pública.

As empresas de Internet podem ajudar a remover imagens. Em Portugal, elas são obrigadas a remover qualquer conteúdo que viole a intimidade e que tenha sido publicado sem autorização.

O Dia Mundial da Internet, assinalado a 17 de maio, foi instituído pela Organização das Nações Unidas em janeiro de 2006. A data é também conhecida como Dia Mundial das Telecomunicações e da Sociedade de Informação.

A efeméride visa fazer uma reflexão sobre as potencialidades e desafios das novas tecnologias na vida dos cidadãos.



10 MILHÕES DE PESSOAS
QUE SE INJETAM COM DROGAS,
EM TODO O MUNDO, TÊM HEPATITE C.⁽¹⁾



88% DOS UTILIZADORES DE DROGAS
ENDOVENOSAS, EM TRATAMENTO
DA TOXICODPENDÊNCIA, SÃO VHC+.⁽²⁾

86% DE NOVAS INFEÇÕES POR VHC/ANO SÃO
OBSERVADAS EM UTILIZADORES DE DROGAS
ENDOVENOSAS EM TRATAMENTO
DA TOXICODPENDÊNCIA.⁽²⁾



68% DOS UTILIZADORES
DE DROGAS ENDOVENOSAS VHC+
NÃO SÃO REFERENCIADOS PARA UM
ESPECIALISTA.⁽³⁾

A HEPATITE C PODE SER CURADA

ATUE JÁ



RASTREIE DIAGNOSTIQUE REFERENCIE

A sua ação é o primeiro passo para a cura

1. Grebely J, Dore GJ. *Antiviral Res* 2014;104:62-72. 2. Relatório Anual SICAD 2014 3. Muething L et al. Abstract 1029 apresentado na ID Week 2015, San Diego, CA, USA, 2015. Disponível em: <https://idsa.confex.com/idsa/2015/webprogram/Paper51648.html>. Acedido a março de 2016.



Gilead Sciences, Lda. Atrium Saldanha, Praça Duque de Saldanha, N.º 1 - 8.º A e B, 1050-094 Lisboa - Portugal
Tel.: 21 792 87 90 - Fax: 21 792 87 99 - N.º de contribuinte: 503 604 704
Informação médica através do n.º verde: 800 207 489, departamento.medico@gilead.com

Data de publicação: maio 2016 - HCV/PT/16-05/ED/1597

O MC é uma plataforma interativa onde se pode obter informação clara e objetiva sobre substâncias psicoativas, fazer perguntas, falar com especialistas, tudo de forma anónima e confidencial.

Se tem dúvidas sobre uma determinada substância, se vai consumir e queres fazê-lo de forma segura e protegida, se precisas de falar com alguém porque achas que tens um problema, fala com o MC, através do site mc.adeima.pt

FALA COM O MC

